

7
20



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

**ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

**"ESTUDIO DE FRUSTRACION EN
MADRES DE NIÑOS QUEMADOS"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

ANGELICA COLIN CALDERON

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pag.
I.- Resumen.....	6
II.- Introducción.....	8
III.- Justificación.....	10
IV.- Marco Teórico.....	13
1.- Antecedentes del tema.....	14
2.- Quemaduras:	
A) Aspecto Médico.....	19
a) Traumatología.....	19
b) La piel.....	20
c) Estructura de la piel..	21
d) Definición y Tipos de quemadura.....	23
e) Fases evolutivas de la quemadura.....	27
f) Tratamiento.....	28
g) Quemaduras en áreas especiales.....	29
h) Respuestas generales a la lesión térmica.....	31
B) Aspecto Psicológico.....	36
a) Generalidades.....	36
b) Respuestas emocionales del niño a la hospitalización.....	36
c) Reacciones Psicológicas del niño con quemaduras.....	38
d) Reacciones emocionales en las familias de niños quemados.....	42
e) Características de las familias de niños quemados.....	44
f) Reacciones emocionales del Personal médico y Paramédico ante el niño quemado.....	45
3.- Relación Materno-Filial.....	46
a) La madre.....	50
b) El padre.....	53
c) Relación padre-madre...	53
4.- Frustración.....	55
a) Fuentes de Frustración..	57
b) Economía de la necesidad frustrada.....	58
c) Tolerancia a la Frustración.....	61

d) Frustración-Agresión...	61
V.-Aspecto Metodológico.....	66
1.-Objetivos de la Investigación.....	67
2.-Planteamiento del Problema.....	67
3.-Hipótesis.....	67
4.-Definición de Variables....	68
5.-Muestra de Investigación...	68
6.-Diseño de Investigación....	70
7.-Instrumento de Medición....	70
8.-Procedimiento.....	72
VI.-Análisis Estadístico.....	74
Resultados.....	75
VII.-Interpretación y Discusión de resultados.....	77
VIII.-Conclusiones.....	83
IX.-Limitaciones y Sugerencias.....	87
X.- Bibliografía.....	89
XI.-Anexos.....	94

I
RESUMEN

El presente trabajo pretendió conocer las reacciones ante la frustración en las madres de los niños quemados y si varían con respecto a la edad del niño. Se pretende afirmar las hipótesis que consisten en saber si existe diferencia significativa en las reacciones ante la frustración en las madres de los niños quemados, y si varían con respecto a la edad de éstos. Para ello se consideran como variables independientes a: Madres de hijo(a) quemado y edad del niño. La medición de la variable dependiente, que en este estudio es la frustración, se lleva a cabo por medio del Test de Rosenzweig. La muestra es de 83 sujetos, y distribuida, para fines de la investigación, constituyéndose una muestra no probabilística de cuota. El nivel de investigación es exploratorio con un diseño pre-experimental, con una sola medición. X O. Se emplea un análisis estadístico de comparación de medias.

11
INTRODUCCION

El surgimiento de la investigación que se llevó a cabo, se derivó del interés que nació al conocer el problema de los niños y adolescentes quemados.

Generalmente se cree que los accidentes de este tipo son provocados únicamente por corriente eléctrica, explosiones de agentes químicos inflamables como gasolina, alcohol, gas etc, de los cuales hay estudios y son normalmente prevenidos. Sin embargo el asombro es grande cuando se descubre que no son ni los únicos ni tan frecuentes como se piensa ya que, el agente mas común con el que se queman los niños son los líquidos calientes como: Agua, frijoles, café, té, aceite, etc.

La edad del niño es otro factor a considerar. Generalmente se piensa en niños mayores y traviosos, sin embargo las quemaduras son más frecuentes en niños pequeños, y por lo tanto mas impactantes, ya que, es imposible creer que un menor de dos o tres meses de nacido sufra un accidente por quemadura, en cara, por ejemplo, y que desde tan pequeño sea sometido a tratamientos dolorosos que dejan una huella emocional importante para el resto de su vida.

Ante este hecho, y por la carencia de investigaciones que hay a este respecto, surgió el trabajo de investigación que se llevó a cabo, para que, encontrando un principio, nos lleve a conocer el problema y así poder prevenirlo.

El interés de tomar como muestra de la investigación, a las madres de estos niños, se debe a que ellas son por lo general las personas presentes en el momento del accidente y las encargadas del cuidado de los niños.

Son ellas por las que se debe empezar a prevenir este tipo de accidentes que causan tanto dolor en sus hijos y en ellas mismas, y para poder hacerlo es importante conocerlas psicológicamente desde muchos puntos de vista.

Los resultados que se obtengan de esta investigación serán nuevos y útiles para delimitar futuras investigaciones.

**III
JUSTIFICACION**

Cada día se producen numerosas lesiones por quemadura, que provocan largas estancias hospitalarias, graves deformaciones, invalidez, inactividad laboral prolongada, así como muertes inmediatas y mediatas.

El niño y el adolescente sufren desde el primer momento del accidente, ya que este se presenta inesperadamente. Ellos son internados en medios hospitalarios y sometidos a curaciones y tratamientos dolorosos como lo es el baño diario, en el cual, la remoción de los apósitos y el tallado de la piel se vuelven en procedimientos inportantes. Diariamente, los niños y adolescentes sometidos a este tipo de tratamientos, se angustian, temiendo la llegada de este momento. Durante el baño se contagian unos a otros del llanto de dolor, siendo esos momentos, para ellos mismos y para el personal que los atiende, una situación difícil de enfrentar.

Paulatinamente, al pasar las horas, el niño se recupera de este terrible momento, sabiendo, sin error, que al día siguiente se repetirá el mismo proceso.

Las reacciones emocionales de los niños, son variadas en intensidad y síntomas, yendo desde pequeñas manifestaciones regresivas, hasta severos estados depresivos, a los cuales, ni el niño ni la familia les encuentran explicación.

El dolor físico disminuye en el momento que la piel empieza a epitelizar, sin embargo, las manifestaciones emocionales continúan, determinadas tanto por el ambiente hospitalario como por la conducta de los padres y, el impacto del accidente. De tal forma, pueden perpetuarse conductas fóbicas, comportamientos infantilizados, trastorno en los hábitos ya adquiridos y conductas agresivas.

La presencias de secuelas físicas acentúan en los niños las alteraciones emocionales ya descritas, dado que la corrección de dichas secuelas requiere amenudo de nuevos procedimientos quirúrgicos, o la utilización de prendas compresoras durante períodos prolongados.

Generalmente en poblaciones de bajos recursos económicos, éste último procedimiento no se sigue debido al alto costo de las prendas de licra. Así, el niño y adolescente vivirá siempre con

una marca física que sumada a lo vivido en la primera fase, recrudescera los problemas emocionales.

Las familias de estos niños, y principalmente las madres, sufren de igual manera que sus hijos. Atraviesan también por estados emocionales variados, sintiéndose en la mayoría de los casos, incomprendidas, culpables y aún más solas.

Estos niños y adolescentes pertenecen a familias generalmente desintegradas, incompletas, numerosas, lo cual influye en la respuesta que como grupo puedan dar ante el accidente de su hijo.

La presente investigación se centró, en las madres de estos niños, ahondando en sus características psicológicas y de Personalidad que permitan determinar si influyen o no, en la ocurrencia de este tipo de accidentes.

El estudio es importante ya que los datos recabados permitirán que se den los primeros pasos en la delimitación de los múltiples factores que influyen en la presentación de dicho problema.

La experiencia recabada en los meses de trabajo con estos niños y sus familias, hicieron sentir la necesidad de tener datos reales que permitan elaborar planes de ayuda y prevención debidamente organizados y estructurados, dando lugar a futuras investigaciones.

IV
MARCO TEORICO

1.- Antecedentes del tema:

El asombro y la incredulidad que rodean a los accidentes por quemadura en niños y adolescentes es notable.

En nuestro país hay poca información acerca de las características de las quemaduras en los niños. Recientemente se ha informado que dentro las causas de muerte por traumatismos y envenenamiento en niños de uno a cuatro años, 15% son generados por accidentes causados por fuego. (Aldama, y Nieto, 1988).

En los Estados Unidos la principal causa de muerte en los niños es por accidentes, de los cuales alrededor de 15,000 niños menores de 15 años mueren anualmente. Fuego y explosiones son las causas más frecuentes de éstos accidentes fatales.

"El promedio anual de quemaduras en niños es de 612,000 mil; de estos 100,000 mil requieren hospitalización" (1)

"Mueren de 7,800 a 12,000 (7.8 a 12%); es la segunda causa de muerte accidental en el hogar" (2)

En México no contamos con estadísticas globales; se sabe que hay gente que sufre quemaduras, tanto niños como adultos, y los médicos de distintas instituciones dan sus aproximaciones estadísticas, pero en realidad, una cifra no se tiene. (Romano, 1988).

En nuestro país este tipo de accidentes se hacen presentes en eventos catastróficos como el sucedido hace algunos años en San Juan Ixhuatepec, sin embargo, no son los únicos motivos en donde niños y adolescentes sufren quemaduras severas e importantes.

La causa más frecuente de lesiones por quemadura en nuestro país es ocasionada por líquidos calientes.

En el año de 1985, se llevo a cabo en el Hospital Infantil, ubicado en la Delegación Xochimilco de los Servicios Médicos de D.F. un estudio clínico Epidemiológico retrospectivo de los niños con quemaduras que ingresaron a la institución.

Se registraron 899 casos de niños hospitalizados, reportan la importancia de líquidos calientes como principal agente causal de quemadura.

El 64% de los casos tuvo como antecedente la escaldadura y el 28% fuego directo.

AGENTE	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
ESCALDADURA	234	211	455 (63.7%)
FUEGO	123	61	184 (26.3%)
ELECTRICIDAD	9	7	16 (2.3%)
ACIDO	2	1	3 (0.4%)
DESCONOCIDO	28	23	51 (7.3%)
TOTAL	396	303	699 (7.8%)

(Aldama y Nieto, 1986, pag. 88)

En los resultados del estudio antes mencionado clasifican también a la población en estudio por grupos de sexo y edad, observando que: El sexo masculino, ocupó el 57% de los casos, mientras que el sexo femenino representó al 44% de la población.

SEXO	1980	1981	1982	1983	1984	TOTAL
MASCULINO	70	60	61	69	67	327(56.7%)
FEMENINO	35	49	62	71	65	382(44.3%)
TOTAL	125	118	124	140	132	579(100%)

(Aldama y Nieto 1986 pag 88)

GRUPO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
LACTANTES	88(12.0%)	78(10.4%)	166(22.0%)
PRE-ESCOLAR	137(22.3%)	148(20.3%)	300(42.0%)
ESCOLAR	127(18.2%)	74(10.0%)	201(28.0%)
ADOLESCENTES	24(3.4%)	13(1.8%)	37(5.0%)
TOTAL	376(56.7%)	303(44.3%)	679(100%)

(Aldama y Nieto 1986 pag 88)

Según los grupos de edad, la mayor frecuencia ocurrió en los pre-escolares 43%, siguiendo los escolares 29%, luego los lactantes 23% y los adolescentes 8%.

El 22% de las quemaduras se presentaron durante los meses de Diciembre y Enero, meses en que se registran las temperaturas más bajas del año"

El 25% de los niños residen en la delegación Xochimilco, 19% en los Estados de México, 10% en Iztapalapa, 8% en Tlahuac, 25% en las 12 delegaciones restantes del Distrito Federal y 6% en diversos estados". (Aldama y Nieto 1986)

Por la courrencia de este tipo de accidentes en los meses fríos del año y la procedencia de estos niños, nos hablan de familias de bajos recursos económicos, lo que hace clasificar las circunstancias y causas de estos accidentes en los siguientes grupos:

a)SOCIAL.- Circunstancias económicas de los padres que preocupan y tensionan a la familia y principalmente a los progenitores, ya que se cuenta únicamente con lo necesario para vivir.

En ocasiones ambos padres tienen la necesidad de trabajar, por lo que el cuidado y preocupación por los hijos se delega a otra persona mayor, en la minoría de las veces, o bien a la hermana o hermano mayor.

Las condiciones de vivienda igualmente, en la mayoría de los casos es precaria, la familia cuenta únicamente con una habitación en donde se distribuye la cocina, sala, comedor, y dormitorio. No cuentan con drenaje y agua potable. No hay baños, en donde, puedan asearse, y para hacerlo se ven obligados a calentar agua almacenándola en tinas y cubetas para ser mezclada, incrementándose el riesgo para los pequeños.

b)FISICO.- Se incluye aquí, además del hogar, los alrededores del mismo, por ejemplo: Destinan en los alrededores de la casa orificios para depositar la basura y ser quemada a su tiempo.

Las familias que no tienen estufa o parrilla dentro de su casa, instalan anafres u hogueras en el patio, para elaborar los alimentos.

El cableado de alta tensión tiene pocos metros de altura, facilitando a niños y adolescentes su alcance. En estas áreas juegan los niños exponiéndose a este tipo de accidentes.

Sumado a los factores sociales y físicos que determinan, en gran medida la presentación de estos accidentes, influyen factores individuales que pueden determinar la negligencia de los adultos.

"Queda pendiente el intentar la clasificación de éstos hechos, ya sea como "accidentes" propiamente dichos, en el que las familias, generalmente estables, pueden contener con el problema y apoyar al niño; o como producto de "crisis situacionales" en que el niño parece tener propensión a los accidentes como resultado de stress agudo o crónico preexistente en la familia; o como resultado de "abuso" (3)

"Los padres mencionan que todo se debe a un "accidente", pero la pregunta que surge, y que queda planteada en el trabajo, es si en realidad se trata tan solo de un riesgo ambiental o hay predisposición de los niños a los accidentes o qué otras motivaciones inconscientes pueden existir" (4)

Seligman y Otros (1971) realizaron una investigación enfocada a puntos relacionados con la historia de la vida de éstos niños y sus familias. Estos incluían: 1) Pérdida temprana de los padres. 2) Motivación inconsciente, 3) Posible significado de fechas de aniversario, 4) Ausencia de psicosis en los niños.

Plantean en la discusión preguntas importantes como Qué relación padre-hijo produce al niño quemado? Qué papel representa, si es que representa alguno, la pérdida de los padres?, etc.

Estos autores descubrieron inesperadamente la presencia de la muerte temprana de los padres de alguno de los padres del niño quemado. Los accidentes de los niños en estudio eran en días de aniversario luctuoso de abuelos, hermanos etc.

En sus conclusiones mencionan que "es necesario explicar porque ha existido esta situación, si nosotros estamos tratando de alterarla" (5)

Las causas del accidente son pues de naturaleza individual, social psicológica y económica, de tal manera que el problema es con frecuencia mucho mayor que en los adultos, ya que durante el crecimiento quedan impedidas por el accidente, las posibilidades escolares y profesionales.

Por ello, se ha intentado, dar algunas recomendaciones para disminuir el número de accidentes, los puntos principales son:

-Educación, en el alto sentido de la palabra, incluidos, padres, maestros, médicos, legisladores etc. Los niños deben ser protegidos de los accidentes.

-Desde el punto de vista técnico, mediante construcciones adecuadas de las casas (balcones, instalaciones eléctricas, lugares de juego, etc).

-Reglas fundamentales: seguridad en la producción de tóxico y medicamentos.

De este problema debe ocuparse una serie de instituciones: grupos distintos que trabajan en la profilaxis de los accidentes. Cruz Roja, Escuelas, Seguros privados y generales, Industrias farmacéuticas, reunión de padres de familia etc. (Ramírez y de la Vega S. 1986)

Sin embargo la atención no debe quedarse en este nivel superficial y concreto ya que, en esta área hay que profundizar las investigaciones para intentar determinar con mayor exactitud las causas y así poder estructurar planes preventivos.

2.- QUEMADURAS: A) Aspecto Medico:

a) Traumatología:

"Las lesiones por quemadura están consideradas dentro de los eventos catastróficos ya que su inicio es súbito, con poca o ninguna advertencia de lo que sucederá" (Romano P. 1988). Se considera entonces, a este tipo de accidentes como traumatismos térmicos que comprenden a todas las lesiones internas y externas provocadas por una violencia exterior. Es un estado del organismo afectado de una herida o contusión grave.

La Organización Mundial de la salud divide los traumatismos de acuerdo a la edad, en :

Traumatismo en niños de edad inferior a un año, se consideran aquí varias posibilidades, tales como asfixia por la almohada o por tomar alimentos, asfixia por obstrucción con diferentes objetos, caídas de la cama etc.

Traumatismos en niños de 1 a 4 años, o sea, en edad preescolar, antes de que el niño vaya a la guardería infantil. Las 2/3 partes de los accidentes que acontecen en esta edad ocurren en el hogar y cerca del mismo.

El 37% muere por accidentes automovilísticos; 3/5 partes de los accidentes son quemaduras por fuego o líquidos en ebullición e intoxicaciones.

Traumatismos en niños de 4 a 14 años de edad (edad escolar), acaecen generalmente fuera del hogar.

Traumatismos entre los 14 y los 18 años de edad (adolescencia). En esta edad, el deporte, bicicleta, motos y accidentes automovilísticos desempeñan el papel más importante.

Las quemaduras constituyen el prototipo para el estudio de todos los traumatismos y heridas mayores. Pueden ser causados por una amplia variedad de agentes incluyendo llamas, agua caliente, vapor, sustancias químicas, electricidad, etc.

Este tipo de lesiones destruye la piel, produciendo alteraciones locales y generales, graves y diversas; afecta

principalmente a la piel pero puede lesionar otros tejidos como grasa, músculo, nervios y vasos sanguíneos.

b) La Piel:

Todo animal está revestido por una piel o tegumento, formado de una o varias capas celulares. Sin embargo, la piel es más que una simple cubierta exterior, puesto que debe considerarse como un verdadero órgano que cumple muchas funciones.

La piel es por su tamaño y peso, el órgano más grande del cuerpo. La pérdida de una área considerable, si no es reemplazada por la propia piel del paciente, es incompatible con la vida. La piel tiene las funciones obvias de protección del medio ambiente, sensibilidad, transpiración regulación de la temperatura. Es también la parte de nosotros que presentamos al mundo y por tanto, puede constituir una fuente de belleza visual.

La función más evidente y vital es la de proteger al cuerpo de los múltiples agentes externos, a la vez que mantener constante el medio interno. Salvaguarda las células subyacentes contra daños mecánicos causados por presión, fricción o golpe. La piel es, prácticamente, una barrera absoluta contra gérmenes -en tanto está indemne- lo que significa protección antiinfecciosa. Su impermeabilidad defiende al organismo de una pérdida considerable de humedad o, en los animales acuáticos, de un exceso de ingreso de agua.

Es también importante, el amparo que da a las células internas contra la radiación ultravioleta nociva del sol, gracias a un pigmento que el mismo tegumento produce, melanina, la sustancia que da a la piel curtidora por el sol, su color.

La piel funciona, así mismo, como radiador, controlando termostáticamente, las pérdidas corporales de calor. Como éste se produce incesantemente, por los procesos celulares metabólicos, y es distribuido por la corriente de la sangre, es preciso que se pierda cierta cantidad, también constante, para mantener invariable la temperatura orgánica. Cierta calor escapa del cuerpo con el aire espirado, y otra porción con las heces y la orina, pero, en un 90% la

pérdida calórica se irradia desde la piel. Si la temperatura exterior es baja, las terminaciones nerviosas muy sensibles de la piel-que funcionan como reguladores de calor- al estimularse, hacen que las arteriolas se contraigan reflejamente, lo que va a producir disminución de la corriente sanguínea en el tegumento, y reducción de la pérdida de calor. En un ambiente cálido las condiciones son diametralmente opuestas; las arteriolas se dilatan, la piel enrojece y la corriente copiosa que pasa, difunde más calor. En una atmosfera en extremo calurosa, este mecanismo no basta para que el cuerpo elimine calor suficiente, siendo entonces estimuladas las glándulas sudoríparas con aumento subsiguiente de la secreción sudoral. La evaporación del sudor en la superficie de la piel disminuye la temperatura corporal, al eliminar el organismo el calor necesario para convertir el sudor líquido en vapor de agua.

"Debido a su rica dotación de receptores sensoriales para las sensaciones dolorosas, táctiles y térmicas, la piel llega a ser la matriz del "Yo corporal" (Friedman y Kaplan, 1981, pag 512).

La piel contiene varios receptores encargados de comunicarnos las sensaciones de presión, temperatura y dolor. La piel del hombre y de otros mamíferos contiene glándulas sudoríparas sebáceas y mamarias. En el espesor de la piel se alojan multitud de glándulas especializadas: unos dos millones y medio de glándulas sudoríparas se calculan en función de toda la cubierta cutánea, desigualmente repartidas, pues son más numerosas en la palma de las manos, plantas de los pies, axilas y frente. También se encuentran glándulas sebáceas, especialmente numerosas en cara y cuero cabelludo, encargadas de secretar una película aceitosa que conserva el pelo húmedo y flexible e impide que la piel se agriete y se reseque. Las glándulas mamarias derivan también de la piel, con especialización de secreción de leche.

c3 Estructura de la Piel:

La piel humana está compuesta de una parte externa relativamente delgada, la Epidermis, carente de vasos sanguíneos, y

otra interna más gruesa: la dermis, provista de vasos sanguíneos y de terminaciones nerviosas. La epidermis se compone de varias capas de diferentes tipos de células cuyo número varía en las diversas partes del cuerpo. La piel es muy gruesa en las plantas de los pies y palma de las manos, con la característica de que las porciones más externas se disponen en infinidad de surcos, que en conjunto forman lo que se llama Huellas Dactilares, invariables y personales, puesto que se conservan durante toda la vida. La capa de epidermis inmediata a la dermis, está compuesta de células cilíndricas, cuya división es frecuente para proveer las capas superiores.

Las capas más externas de la piel se están secando y desprendiendo sin cesar, substituyéndose por las que están inmediatamente por debajo. Cada célula, por lo mismo, está comprimida hacia afuera por la capa más interna, hasta quedar con la forma de una célula epitelial aplanada, muerta y escamosa.

La dermis, mucho más gruesa que la epidermis está compuesta principalmente de células y fibras conectivas. Debajo, y en conexión con los músculos subcutáneos, se extiende una capa compuesta de muchas células adiposas y algunas fibras dispuestas en una red más holgada que la anterior. Esta capa dérmica es uno de los principales depósitos de la grasa de reserva, con finalidad múltiple de evitar la excesiva pérdida de calor y servir de almohadilla contra los daños mecánicos. La dermis está muy bien regada por sangre y drenada por linfa, provista de terminaciones nerviosas y sembrada de glándulas sudoríparas y sebáceas, así como de folículos pilosebáceos.

El color de la piel depende de tres factores: el matiz amarillento de las células epidérmicas, la propiedad de las mismas, de ser translúcidas, lo que deja pasar el tono de la sangre que circula por los capilares; el tipo y abundancia del pigmento (rojizo, amarillo o pardo) contenido en la capa interna de células epidérmicas.

Los anexos de la piel, en el humano son el pelo y las uñas. Con excepción de las palmas de las manos y las plantas de los pies, toda la piel está provista de innumerables folículos pilosebáceos, formados por la depresión en forma de bolsa de las células internas de la epidermis; estas células, por sus divisiones

dan lugar a las del pelo. Las uñas de las manos y de los pies derivan también de invaginaciones de las capas celulares internas de la epidermis. Las uñas están formadas por células muertas densamente comprimidas, pero con la calidad de translúcidas, lo que explica su color sonrosado que trasmite el de los capilares subyacentes.

d) Definición y Tipos de Quemaduras:

Una quemadura es un lesión cutánea de causa térmica, es decir, una lesión producida en los tejidos por el calor, en sus diversas formas.

El daño producido sobre los tejidos se clasifica en grados que implica la profundidad de la quemadura, de la siguiente manera:

-Quemadura de Primer grado (Superficial):

Es una lesión por exposición prolongada al calor, a baja intensidad; el daño es superficial. La respuesta local se caracteriza por eritema sin formación de vesículas. Se produce edema en las capas basales, irritando las terminaciones nerviosas desnudas a ese nivel de la piel causando molestias; aunque no se ve inflamación y vesiculación clínicamente. Se produce desnaturalización de la capa externa inerte de queratina, acompañada con frecuencia de alguna destrucción celular de presentación retardada, en el estrato granuloso subyacente. La muerte celular prematura puede ocasionar descamación a ese nivel, que se observa como despollejamiento unos cuantos días después de la quemadura.

Todas las células germinativas del estrato basal sobreviven conservando la capacidad de regenerarse.

Quemaduras de Segundo grado:

a) Quemadura de segundo grado de espesor parcial (superficial):

La intensidad del calor o el tiempo de exposición

aumenta, haciendolo así también la destrucción tisular. Ya que cualquier lesión que no llegue a la pérdida de todo espesor, es de "espesor parcial", esta lesión requiere de una subdivisión adicional. Está incluida en espesor superficial parcial, cualquier lesión que no destruya totalmente el estrato basal.

Esta lesión está caracterizada clínica e histológicamente por acumulación de líquido. Se observa eritema, pero el hallazgo distintivo es la formación de ampollas. Cuando el edema de la quemadura está cerca de la superficie, es fácilmente visible. Ocurre la misma respuesta vascular con formación de edema, tanto en la unión dermoepidérmica como en la epidermis en si.

Las células del estrato granuloso están destruidas y, junto con el estrato córneo, forman el recubrimiento de las ampollas. Las prolongaciones intercelulares de las células espinosas desaparecen; se observa una separación edematosa y frecuentemente destrucción de estas células. Ocurre una marcada dilatación del plexo subpapilar, pero la integridad estructural de la dermis permanece intacta. Las células basales pueden estar destruidas en parte e, irritarse las terminaciones nerviosas a este nivel. Las ampollas intactas mantienen un recubrimiento estéril e impermeable de la herida y la curación ocurre por un crecimiento continuo de las células basales restantes. La remoción o rotura de las ampollas ocasiona una reacción exudativa y una pérdida de la "barrera membranosa de la piel". Al quitar esta capa de epidermis se ocasiona un aumento de la pérdida evaporativa de agua, acompañada del necesario gasto metabólico de la lesión térmica. La pérdida de la ampolla también expone a las terminaciones nerviosas desnudas y aumenta las molestias. Una vez que la ampolla se ha roto, el líquido del edema forma un coágulo o costra, bajo el cual se realiza la curación normalmente y sin novedad.

Debido a que las células basales no son destruidas en cantidad, la regeneración usualmente es rápida y completa sin cicatrización, puede ocurrir un cambio temporal en la coloración y algunos cambios permanentes consistentes en un aclaramiento, lo que puede estar en relación con la pérdida de melanocitos.

b) Quemadura de segundo grado, espesor profundo:

Este nivel de lesión está caracterizado por pérdida de la continuidad epidérmica y pérdida de gran parte de la capa de células basales, pero con supervivencia de elementos epidérmicos viables en los folículos pilosos y en las glándulas. Los principales cambios histológicos ocurren en el plexo subpapilar. Las fases líquidas y celulares iniciales de la respuesta vascular ocurren con acumulación de edema en la unión dermoepidérmica.

Ocurre una necrosis coagulativa de las células epidérmicas mientras la lesión vascular progresa a bloqueo vascular, trombosis y disolución de las células endoteliales. Ocurre una respuesta inflamatoria leucocitaria debajo del estrato basal. Puede haber formación de ampollas en esta lesión, pero más frecuentemente se desarrolla un coágulo seco de plasma y células necróticas: una escara. La barrera de la membrana al agua está perdida y la evaporación a través del coágulo es de 15 a 20 veces mayor que a través de la piel normal. La lesión a este nivel, si no es traumatizada adicionalmente o sufre invasión bacteriana, tiene el potencial de regenerarse espontáneamente. Las células epiteliales no dañadas de los folículos pilosos y de los bordes de la herida proliferan y revisten la herida.

El nuevo epitelio es delgado y faltan secreciones sebáceas para lubricar las superficies, la sensibilidad está disminuida y, ya que la mayoría de los melanocitos están destruidos, será más claro el tejido circundante.

Quemaduras de tercer grado (todo espesor):

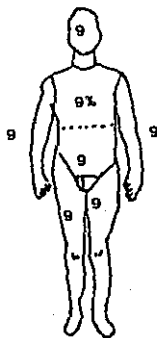
Al aumentar la profundidad de la lesión, el traumatismo es más grave, todos los elementos epidérmicos y las estructuras dérmicas de soporte son destruidas. Mientras las lesiones más superficiales están caracterizadas por un aumento de la vascularidad, ésta es una lesión avascular. La respuesta líquida y celular a la lesión ocurre en los bordes, en el tejido normal viable y en la

profundidad del tejido subcutáneo. Necrosis coagulativas de las células, trombos de los vasos, acumulación de líquidos e infiltrado celular de los bordes de la herida caracterizan a esta lesión. Clínicamente caracterizadas por la misma escara que presenta la quemadura de espesor parcial, éstas son insensibles a la estimulación con un alfiler. La escara también permite la pérdida evaporativa de agua en un grado excesivo y no forma una barrera funcional contra la invasión bacteriana.

Esta lesión no puede sanar por sí misma. Habrá una progresión natural de una respuesta inflamatoria marginal subcutánea, desarrollo de tejido de granulación y autólisis en unión del tejido viable con el no viable, con formación final de una escara. La renovación de la superficie solo puede ocurrir a partir de los bordes de la herida o por aplicación de un injerto de piel. Para considerar el grado de extensión de las quemaduras se han sacado valores estimativos de la superficie corporal siguiendo el método de la "regla de los nueves". Existen variaciones dependiendo que el paciente sea un niño o un adulto.

-Esquema adulto:

- Cabeza y cuello Completos 9%
- Brazo Completo 9%
- Superficie posterior de la mitad superior del tronco 9%
- Superficie posterior de la mitad inferior del tronco 9%
- Superficie posterior de cada una de las piernas 9%
- Genitales 1%

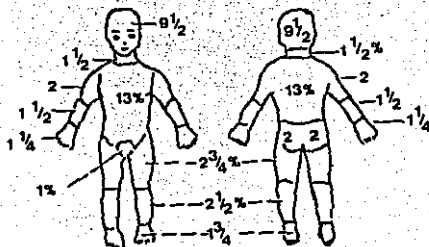


(Krupp, A. Marcus y Chatton L. Milton, 1970, pag 1057).

-En niños:

AREA	Edad del niño					
	0	1	5	10	15	adulto
cefalea	10%	17%	18%	11%	2%	7%
lordosis	20%	20%	20%	20%	20%	20%
del brazo	7%	7%	7%	7%	7	7%
del muslo	5 1/2%	5 1/2	5 1/2	5 1/2	5	5 1/2%
de la pierna	3%	3%	3%	3%	3%	3%

*El cuello, manos, regiones glúteas y pies, no se incluyen en este cuadro.



(Siver. H. Kempf. C.H. Bruyn.
M.M. 1975. 7a Edición pag.620).

e) Fases evolutivas de la quemadura:

La cantidad de superficie corporal quemada y la profundidad de la quemadura determinan la cantidad de líquidos perdidos.

En la primera etapa llamada FASE AGUDA, y que dura de 24 a 48 horas después del accidente, lo principal es controlar el desequilibrio hidroelectrolítico del paciente, siendo importante en esta etapa la restitución de líquidos, electrolitos, y proteínas en forma intravenosa, para mantener el equilibrio perdido.

En la segunda etapa, llamada DIURETICA o POLIURICA, el paciente elimina los líquidos de los sitios de edema por medio de la

orina; dura generalmente de las 48 horas a 4 días pudiendo prolongarse más o menos dependiendo de las circunstancias de la salud previa del paciente y de cómo haya sido manejado en la fase aguda. La tercera, llamada fase CATABOLICA, se instala a partir de la primera semana y se caracteriza porque el paciente va a perder energías en forma de calorías y esto le ocasiona baja de peso, retardo en la cicatrización y menor resistencia a la infección.

La recuperación de esta etapa dependerá de la rapidez con la que el paciente recobre la piel perdida, ya sea espontáneamente o bien, en los casos que se requiere, mediante la aplicación de injertos.

Cuando la piel se ha recuperado, cesa la pérdida de líquidos y empieza la recuperación, terminando en este momento, la etapa catabólica y dando inicio a la cuarta etapa y última, llamada ANABOLICA en la cual el paciente recupera peso y obtiene hasta donde se es posible la rehabilitación de su lesión.

Las quemaduras de segundo y tercer grado de más de 15 a 20% de superficie corporal quemada y 10% en niños y en personas de edad avanzada, usualmente causan una marcada pérdida de líquidos que resulta en un estado de choque por quemadura.

Las quemaduras que abarcan más de 50% de la S.C., con frecuencia son mortales, especialmente en los niños y en sujetos de edad avanzada.

La mortalidad por quemaduras se ve influida notablemente por la profundidad y extensión de la misma, así como por la edad del paciente. "Las quemaduras en los niños aun cuando abarquen mínima extensión corporal, implican mayor gravedad, por lo que todo menor de 2 años debe ser hospitalizado independientemente del área afectada". (Romano, P. 1985 pag. 4).

f) Tratamiento:

El objetivo primario es evitar las infecciones y después promover una cicatrización temprana de la herida.

Es esencial la técnica aséptica.

Es necesario limpiar la herida con jabón blando y con hexaclorofeno y agua tibia esterilizada. Debe lavarse suavemente con gasas para quitar la grasa e impurezas.

Deben desbridarse cuidadosamente quitando tejidos necróticos.

Hay dos tipos de tratamiento para las quemaduras:

1.- Tratamiento cerrado: en donde se aplican gasas y vendajes a presión. Estos vendajes deben cambiarse diariamente, después del baño.

2.- Tratamiento abierto: No se aplican a las quemaduras curaciones o medicamentos, después del baño y de desbridar.

g) Quemaduras en áreas especiales:

Las quemaduras en áreas de importancia funcional o estética significa con frecuencia que requieren de la reconstrucción. Sin embargo, el reconocimiento rápido de los problemas exclusivos de estas áreas, acompañado de la atención decidida a los detalles más pequeños, puede evitar muchas de las deformaciones que después son tan resistentes a la reconstrucción. La consideración de estas áreas debe iniciarse de inmediato; un retardo de unos cuantos días mientras los esfuerzos se dirigen a las alternativas posibles y a las alteraciones generales más espectaculares pueden ocasionar un daño irremediable. La responsabilidad está en el médico que trata inicialmente al paciente, no en el cirujano plástico, que puede no ser consultado sino hasta algunos días o meses más tarde.

ACABEZA: Estas quemaduras son a menudo menos profundas de lo que se sospecha al principio, la rápida cicatrización es favorecida por la gran vascularización de la región.

Sin embargo las explosiones, las quemaduras por llamaradas y las escaldaduras de los niños, realmente pueden ocasionar una pérdida significativa de la piel.

La herida inicial está cubierta de grasa, aceite.

suciedad y otros restos que deben quitarse cuidadosamente. El cabello quemado debe rasurarse (excepto las cejas). Las ampollas tienden a romperse rápidamente y es preferible abrirlas quirúrgicamente.

B) OJOS: Los ojos generalmente están protegidos en las quemaduras que no son por líquidos químicos, pero con frecuencia a expensas de los párpados.

Las quemaduras en los párpados generalmente son de espesor total. Los injertos tempranos de los párpados son especialmente importantes para evitar el ectropión y las ulceraciones corneales por la falta de protección.

C) CUELLO: Es un área de importancia debido a que es propenso a sufrir una deformación por flexión temprana y grave. Esta deformidad es muy incapacitante.

El cuello debe inmovilizarse en extensión completa y los injertos de piel deben aplicarse pronto y en suficiente cantidad para evitar la deformidad.

La inmovilización post-operatoria también es útil y puede reducir la contracción de los injertos aplicados en esta área.

D) PABELLONES AURICULARES: Los pabellones auriculares están particularmente expuestos a las lesiones térmicas.

La piel es delgada y cuando se pierde, se produce una pericondritis y una disolución avascular del cartílago. Esta complicación representa un problema de reconstrucción sumamente difícil, ya que el tejido circundante generalmente también está destruido.

En todas las quemaduras de III grado deberá injertarse tempranamente para evitar contracturas incapacitantes.

E) Perineo o genitales: Este tipo de lesiones deben dejarse expuestas y lavarse con agua y jabón cuando se contaminen con materias fecales u orina.

En las quemaduras de genitales generalmente se pone un catéter de Foley a permanencia para tener un vaciamiento constante de la vejiga.

h) Respuestas Generales a la Lesión Térmica:

La función de todos los sistemas orgánicos finalmente se ve alterada debido a una quemadura mayor. Algunos cambios ocurren en respuesta al estado de alarma por la lesión; algunos están relacionados con la quemadura en sí, sin embargo la mayoría se deben a la alteración de la capacidad funcional de la piel. Aunque está interrelacionada y es interdependiente, la respuesta general se presenta por sistemas y funciones orgánicas, más que en una forma cronológica.

-HEMODYNAMICA.- La inestabilidad hemodinámica (choque por quemadura) fue durante siglos la principal causa de muerte de los pacientes quemados. En 1855, Buhl, observó que los pacientes quemados tenían un aspecto parecido a los que morían de cólera y descubrió su necesidad de líquidos. Adn en 1943 del 50 al 75% de muertes por quemadura ocurrían en las primeras 48 horas del choque. En 1930, Blalock observó que el líquido de la quemadura esta cualitativamente similar al plasma y cuantitativamente suficiente para causar choque.

Puede perderse completamente 80% del volumen del líquido extracelular en una quemadura mayor. Agregada a esta pérdida del volumen de agua se halla una pérdida obligatoria por la respiración, y la orina, además de un aumento súbito de la evaporación en la superficie de la quemadura. La pérdida del estrato corneo aumenta la pérdida evaporativa de agua de 10 a 70 veces en relación con la pérdida en la piel normal. Roe y Kiney (1900), han demostrado que puede haber una pérdida de 6 a 8 litros de líquidos al día tan solo por la evaporación.

-FUNCION CARDIACA.- Ocurre una precipitada caída del gasto cardíaco antes de que se presente algún cambio significativo en el volumen sanguíneo. Esto puede alcanzar una disminución hasta del 80%. Esta disminución inicial sugiere un efecto "tóxico" miocárdico directo de la lesión térmica.

Al disminuir el volumen sanguíneo y plasmático, el gasto cardíaco cae mas y puede llegar hasta un funcionamiento de solo el 20%. Experimentalmente, en las quemaduras mortales el gasto

cardíaco continúa disminuyendo hasta llegar a la muerte. Sin embargo en los animales que sobreviven, el gasto cardíaco regresa a la normalidad, alcanzando niveles anteriores a la quemadura, en 38 horas. Pero el volumen plasmático no se recupera rápidamente, surgiendo nuevamente un efecto miocárdico directo.

-FUNCION RENAL.- La función renal se encuentra alterada, en el paciente quemado, en primer lugar como efecto directo del estado de alarma provocado por la lesión y secundariamente como resultado de la pérdida de volumen de líquido extracelular. En respuesta a la reacción de alarma del traumatismo, la hipófisis posterior libera hormona antidiurética (HAD) y ocurre una máxima resorción de agua. Así también, se libera aldosterona de la corteza adrenal y ocurre una máxima resorción de sodio. El riñón secreta solo la cantidad de orina necesaria para mejorar la carga normal de solutos, representada considerablemente por la urea. El resultado es oliguria (15 a 25 ml por hora), aumento de la concentración urinaria y disminución de sodio; por la destrucción inicial de eritrocitos puede presentarse hemoglobina libre en la orina. Esta situación puede ocasionar necrosis tubular, solo si se acompaña de isquemia renal prolongada.

-FUNCION RESPIRATORIA.- La respuesta del aparato respiratorio a la lesión térmica puede ser violenta y por sí misma puede resultar mortal. Sin embargo, no se debe a la quemadura. Mortiz, demostró que la aplicación de una corriente de aire caliente (550 grado F) a través de una sonda endotraqueal ocasionó una lesión mínima más allá de la carina. Por tanto, el árbol pulmonar está protegido por el enfriamiento producido por la rápida evaporación. Solo la inhalación del vapor de una caldera ocasiona una verdadera quemadura de tráquea o de los bronquios.

El edema de la epiglotis y la laringe que se presenta por quemaduras de cara, puede comprometer las vías aéreas superiores. Más comunmente, sobretudo en las quemaduras sufridas en espacios cerrados, la inhalación de productos de una combustión incompleta, puede llevar a la irritación pulmonar química, edema y neumonitis.

RESPUESTAS METABOLICAS.- El grado del metabolismo de un paciente con quemaduras mayores está bastante acelerado. Aumenta el consumo de oxígeno y la pérdida de nitrógeno. La excreción urinaria de nitrógeno puede aumentar hasta 30 gr por día en la primera semana posterior a la lesión. El agua retenida por la piel es destruido por las quemaduras, por lo que se evapora hasta cuatro veces la cantidad normal de vapor de agua a través de la piel quemada. El aumento de la pérdida evaporativa de agua (y la pérdida de calor concomitantes) trae como resultado el enfriamiento del cuerpo. Esto produce escalofríos y un aumento adicional de índice metabólico (del 30 al 300 %). Se ha demostrado que al aumentar la temperatura ambiental a la que se mantiene el paciente, disminuye su catabolismo. Ocurre una pérdida de nitrógeno a través de la quemadura en si, además de la pérdida urinaria; estas pérdidas son proporcionales a la extensión y a la profundidad de la quemadura.

El metabolismo de las vitaminas se ha estudiado poco. Obviamente es necesario la vitamina C para la formación y mantenimiento de la colágena. Recientemente se ha demostrado el papel de la vitamina A en la colágena. Se supone que las vitaminas del complejo B son necesarias en dosis normales. Hay algunas pruebas que sugieren que el alfa-tocoferol (vitamina E) puede ser útil para que sane la herida.

-ELEMENTOS SANGUINEOS.- Se presenta una anemia progresiva durante la primera semana después de la lesión. Mientras que anteriormente se atribuía al daño térmico directo al eritrocito y al secuestro de la quemadura, los hallazgos más recientes sugieren que un mecanismo intrínseco es el que produce la reducción observada en las supervivencias de los eritrocitos. Los eritrocitos de pacientes no quemados tienen una supervivencia disminuida cuando se inyectan a pacientes quemados. Inversamente, los eritrocitos de los pacientes quemados pueden sobrevivir normalmente en los pacientes no quemados.

-FUNCION HEPATICA.- La función hepática está perceptiblemente alterada después de una lesión térmica, siendo la necrosis hepática rara. Probablemente, los cambios se deben más a la alteración de la circulación y a la hipoxia de las etapas iniciales.

Las alteraciones posteriores pueden ser el resultado de los residuos tóxicos. Las biopsias hepáticas han demostrado una inflamación turbia y prueba de glucólisis tres horas después de la quemadura. Los cambios posteriores pueden incluir alguna necrosis hepatocelular, vacuolización y degeneración grasa. Después de cuatro semanas puede estar aún presente la proliferación reparadora. Los especímenes de necroptia muestran congestión, necrosis periportal y otros cambios que indican choque o sepsis. Casi todas las pruebas de función son anormales, algún tiempo después de una quemadura grave.

-RESPUESTA NEUROENDOCRINA.- La liberación de adrenalina y noradrenalina aumenta considerablemente en todas las formas de traumatismos, incluyendo las quemaduras. La cantidad de adrenalina excretada parece ser paralela a la extensión de la lesión; la noradrenalina responde desproporcionadamente a otros tipos de traumatismos, y los niveles pueden ser comparados a los que se observan en feocromocitomas. Aunque la síntesis de ambas hormonas es bastante rápida, las quemaduras mortales pueden acompañarse de una prueba de depleción grave. Tal depleción sistemática de hecho se ha notado en el 70% de las quemaduras mortales. Aunque no es la causa, esta depleción puede ayudar a explicar el mecanismo de la muerte.

-FUNCION DEL TRACTO GASTROINTESTINAL.- La respuesta inicial al traumatismo térmico es similar a la respuesta a cualquier traumatismo mayor. Como resultado de una grave vasoconstricción esplácnica, puede presentarse un reflejo temprano y sostenido. Puede presentarse inicialmente una dilatación gástrica aguda y acompañarse de distensión abdominal, regurgitación y posible aspiración. Aunque frecuentemente se ve una ulceración de la mucosa gastrointestinal después de un quemadura, parece que no se debe a la hiperacidéz gástrica. Cuando se presenta hiperacidéz, parece estar relacionado con un aumento del bicarbonato y no con la lesión térmica per se. La cantidad de moco gástrico disminuye, y puede que sea esta falta de protección a las cantidades normales o aun menores de ácido, la responsable la ulceración de la mucosa.

-CAMBIOS ESQUELETICOS.- Tanto las anomalías esqueléticas localizadas como las generalizadas que acompañan a la

quemadura, generalmente no se reflejan en alteraciones de la orina o en cambios bioquímicos sanguíneos. Los huesos pueden estar afectados directamente en una lesión térmica grave, ocasionándose necrosis del periostio y de la corteza externa. También puede estar afectada por la osteoporosis local o generalizada relacionada con una enfermedad local o con la inmovilización. El crecimiento perióstico del nuevo hueso no es raro en los niños, particularmente cerca de áreas de tejido o granulación expuesto.

Recientemente han aparecido información y estudios sobre la calcificación heterotópica alrededor de las articulaciones después de quemaduras. Puede presentarse destrucción articular con fibrosis o aún con anquilosis ósea en los niños.

QUEMADURAS:

B) Aspecto Psicológico:

a) Generalidades:

La enfermedad en la infancia constituye una tensión para todos los pacientes. Existen estudios sistemáticos de los efectos emocionales de la enfermedad y la hospitalización del niño, pero son poco conocidos.

La atención médica y quirúrgica se ocupa exclusivamente de atender los problemas corporales. El enfermo es tratado objetivamente; los sentimientos e impulsos subjetivos son olvidados. Se niega el hecho de que la enfermedad también tiene implicaciones emocionales; no se encararan las consecuencias psicológicas de la enfermedad, de la menqua física y de la hospitalización. Y, a la familia, como al paciente, se le deja sola con las emociones que despierta la enfermedad.

b) Respuestas Emocionales del Niño a la Hospitalización:

En general, se puede decir que las alteraciones emocionales de un niño, durante y después de la hospitalización dependen de tres factores.

1.-Efecto de la edad.- La etapa del desarrollo en que se encuentre el niño en el momento de la hospitalización, determinará el tipo de alteraciones emocionales durante y después de ésta.

Por ejemplo: Durante la etapa Genital del desarrollo emocional (entre el terreo y sexto año de vida) el niño está preocupado por su integridad corporal y fácilmente se le estimulan ansiedades de castración. Esta etapa emocional coincide con la etapa intelectual del animismo, en la que el niño tiende a dar su propia interpretación, generalmente irreal, a la naturaleza de sus dolencias y del tratamiento que recibe. Las enfermedades y métodos dolorosos son explicadas en términos de castigos y provocan intensos sentimientos de culpabilidad y ansiedad.

Los niños que se hallan en esta etapa del desarrollo depende del adulto para que les ayude a comprender su enfermedad. Los niños sufren cuando sus padres y médicos se muestran tan inquietos y preocupados que no pueden escuchar sus temores infantiles y dar explicaciones racionales y verdaderas.

El adolescente también, por ejemplo, que atraviesa de los lazos de dependencia que lo ligan a sus padres, a una independencia emocional, al estar enfermo rechaza el control procedente del exterior ya que le hace revivir la dependencia e infancia. Aparece entonces un nuevo enfrentamiento con las figuras de autoridad, hay descontento del adolescente, porque se le baña, se le viste, etc., se siente sin control sobre la ayuda de los demás, y se despiertan manifestaciones de rechazo, expresadas en diversas conductas.

2.-Efecto de la personalidad y experiencias anteriores: Se ha observado que los niños que han tenido experiencias traumáticas, mal elaboradas, antes de su ingreso en el hospital, reaccionan más intensamente. Lo mismo sucede con niños que han tenido previamente una mala integración de su personalidad y mala relación con sus padres. Por ejemplo: la inseguridad de un niño rechazado reduce sus posibilidades de lograr una adaptación independiente, lejos del hogar. No lleva consigo la sólida imagen interior de una madre amorosa que pueda tranquilizarlo cuando está lejos de él.

3.- El impacto de las experiencias concretas durante la hospitalización: De la Vega Salas y Ramirez, V. mencionan a David Levy, el cual observó, que muchos pequeños sufrían ansiedad, temor y pesadillas inmediatamente después de una operación, siendo especialmente serios estos síntomas cuando la operación afectaba a un niño entre el primer y tercer año de edad y se relacionaba con los órganos genitales (circuncisión). Si una operación iba seguida de otra, la segunda acentuaba los temores del niño, pero no tenía ningún efecto adicional.

Entre algunas de las implicaciones psicológicas generales de hallarse enfermo, se encuentra que la enfermedad entraña meterse a la cama y ser atendido. Para adultos y niños, esto sugiere la regresión a una situación de dependencia.

Salisbury y Newman (1986), ha observado que las regresiones en los niños son de tipo cognitivo y emocional, con la finalidad de buscar un estado previo homeostático, escapando del dolor.

Menciona que las regresiones pueden perjudicar la salud ya que van desde, el no comer, lo que da lugar por ejemplo a una lenta recuperación, el no control de esfínteres, que ocasiona reacciones negativas del personal médico y de enfermería que los atiende, hasta estados depresivos con insomnio, anorexia, retraimiento, llanto, irritabilidad, ansiedad, etc.

Anna Freud (1990) demuestra que los niños pequeños caen pronto en un estado como el de su primera infancia indefensa - de la que acaban de salir - y quizá tengan que volver a aprender en la convalecencia, muchas de sus aptitudes; los niños mayores no vuelven a sus primeros años con tan agradable abandono. Algunos niños, que logran conquistar la independencia de comer, lavarse etc. no renuncian a sus adquisiciones fácilmente y se convierten en pacientes difíciles e intratables..

Hewitt y Jenkins citados por Ramirez y De la Vega.(1986) señalan que el tipo de dificultades que se esperan como resultado de una enfermedad física crónica, son trastornos neuróticos como: ansiedad, temores, pesadillas y comportamiento inhibido.

c) Reacciones Psicológicas del niño con quemaduras:

Uno de los problemas graves de la práctica Pediátrica es el de las quemaduras. Para todos los afectados, el hecho es algo más que un accidente, es un desastre.

Al trasladar al niño a ambientes especiales para su tratamiento, lo separan de la familia, generando ansiedad en él, haciéndole falta en esos momentos el afecto y comprensión de sus seres queridos.

Se despiertan estados de angustia, temor, aislamiento, etc. que dependen de la personalidad premórbida. Salisbury y Newman.(1986).mencionan que, en los primeras etapas de la

hospitalización el niño experimenta sensaciones de rechazo y negación. Algunos autores como Bernstein. (1976), Salisbury y otros.(1986), denominan a esta etapa, estado de shock.

En los primeros días después del accidente, Romano. (1985) observó que niños graves, presentan una discreta desorientación y "perplejidad", hay temor y no se comunican ni con los demás niños, ni con sus familias, sin embargo cooperan relativamente con los tratamientos médicos. Con el paso de los días desaparece la cooperación inicial, aumentan los grados de ansiedad, el llanto y la agresividad verbal y física se hacen presentes.

En este momento se visualizan claramente las manifestaciones regresivas, que tienen como finalidad la búsqueda de un estado previo homeostático, tales como inapetencia, insomnio, no control de esfínteres, llanto, irritabilidad etc., que ocasionan reacciones diversas en el personal y familiar que los atiende. Establecen, vagamente comunicación con los otros niños de la sala, con médicos, enfermeras y familiares.

"Su estado de ánimo "oscila" entre depresión, tristeza, soledad, rabia, desesperanza, ansiedad, culpa etc., siendo la inestabilidad la característica". (7)

La preocupación predominante de niños y adolescentes enfermos gira alrededor de la vida y la muerte.

El estudio realizado por Ramirez y De la Vega.(1986), afirma que los niños quemados presentan en un 100% fantasías referentes a la muerte, a diferencia de los niños fracturados y normales que obtuvieron un porcentaje de 70% y 50%, respectivamente.

Después de la fase o etapa inicial, el niño o adolescente comienza a familiarizarse con su situación, sin embargo el dolor físico provocado por las heridas es inexplicable para ellos.

El dolor, "se despierta por actividades sencillas y cotidianas como lo son el comer, defecar, orinar, moverse en la cama, etc., ya que esto implica la manipulación de su cuerpo por otras personas, y la movilización de áreas lastimadas. Dolor que hace concientizar cada una de las partes corporales y llenar de temor respecto a su movimiento". (8)

El niño no comprende porqué es sometido a tratamientos dolorosos, dando explicaciones irreales y fantasiosas de lo sucedido.

Aparecen sentimientos de culpa, explicándose que lo sucedido se debió a que eranniños traviosos, malos, desobedientes etc., y que están recibiendo el castigo por ésto.

En los estudios realizados por Walker (1980), Roy (1983), Reduete (1982) y Tridon (1975), se hacen presentes los sentimientos de culpa en los niños, por haber sufrido el accidente.

"El 90% de los niños quemados presentaron fantasías de culpa y en el 80% de los casos tenían fantasías de castigo. En estas el niño quemado se siente culpable de haber sufrido el accidente y lo considera un castigo por que se portó mal y es malo. (9)

Estos sentimientos son motivadores de una profunda depresión en ellos.

Los procedimientos médicos empleados con niños con quemaduras, son inexplicables para el niño despertando en él estados intensos de ansiedad, que se suman a lo vivido en etapas anteriores.

Para ayudar al niño a controlar el dolor y disminuir la ansiedad que los tratamientos ocasionan, se podría recurrir a la participación del niño en el baño, por ejemplo, permitiéndole que retire los apósitos, se talle, etc., con la finalidad de reducir y hacer mas controlable el dolor. La explicación médica amplia y sencilla de lo que sucederá y de el porqué de los tratamientos y en qué consisten, ocasionarán que el niño comprenda real y claramente su padecimiento, intentando disminuir con esto la ansiedad, culpa etc, que se despierta.

Es importante considerar este punto como un factor posible a investigar, y si la intervención oportuna en este nivel arroja resultados satisfactorios.

Romano (1986), expone que todos los niños experimentan dolor, pero se preguntaqué diferencia va a existir entre aquellos niños tratados con membranas placentarias aplicadas sobre las áreas cruentas, lo que implica no tallado, no dolor, no ansiedad, y aquellos niños que son bañados y tallados diariamente ?.

Otro punto a considerar es el impacto de la

cicatrización, si tomamos en cuenta que las manifestaciones emocionales varían al considerar el área corporal quemada.

La preocupación por la imagen corporal aparece cuando la herida ha sanado casi por completo. Esta imagen se ve alterada al toparse de principio con un "accidente" tan traumático y que alteró la imagen de su cuerpo, existiendo la necesidad de un ajuste emocional. " Para realizar esta readaptación y reajuste con un concepto interno del self, el niño debe pasar por toda una reacción de duelo con las fases ya conocida y con la posibilidad de quedarse estancado en alguna de ellas". (Romano 1985).

Es por esto que los niños que han sufrido un accidente de quemadura, presentan trastornos emocionales severos posteriores a la hospitalización.

Los niños con quemaduras en su mayoría, manifiestan fatasias de ser abandonados debido al cambio físico sufrido, sintiéndose diferentes, "feos", "que están marcados", que "asustan" y que serán rechazados. (Ramírez, y De la Vega 1985).

El regreso a casa a menudo se presenta como una fase llena de ansiedad, pues el paciente quemado se pregunta cuáles van a ser las reacciones de sus amigos, frente a su desfiguración o mutilación y como será tratado por los demás. El paciente experimenta ansiedad sobre sus aptitudes físicas y educativas ya que esta fase es de limitaciones en la movilidad y ejercicios dolorosos

Al enfrentarse con la sociedad, tienen que controlar y manejar las emociones que se despiertan ante las reacciones de los demás por sus quemaduras.

"El niño preescolar no siente ni vive como negativa la curiosidad que despiertan sus lesiones, logrando hasta cierto punto una mejor adaptación. El niño en edad escolar vive ya como negativa la atención que despierta, rehuyendo actividades donde tenga que exponer su cuerpo alterado. Cuando se trata de adolescentes estos se ven sometidos a mayor presión por ser aceptados en su mundo".(10)

El reintegro escolar es difícil, ya que los niños son crueles, hacen bromas, burlas, hostigan con preguntas curiosas al niño lesionado.

Ideal sería que el personal médico o de Salud Mental que atendió al niño en su estancia hospitalaria. Psiquiatra, Psicólogo, Trabajadora Social, Médico, etc., acudan a la institución docente con la finalidad de discutir la situación del paciente con el director, maestros, asesores, y compañeros del niño.

Salisbury, y Newman (1988), exponen que con estas medidas se intentaría anticipar a los hechos, previniendo bromas, burlas, etc. que se producen como reacción ante todo niño quemado.

d) Reacciones emocionales en las Familias de Niños quemados:

"De acuerdo con muchas investigaciones, la existencia de una víctima quemada en una familia puede afectar el funcionamiento de la misma". (11).

Si los padres de todos los niños hospitalizados sufren cambios cuando su hijo está enfermo, los padres de los niños quemados se presentan a mayores y prolongadas emociones.

Los padres cambian cuando su hijo está enfermo. Actúan con mecanismos de negación, creen que la enfermedad pasará, pero sin pensar muchas veces en la ansiedad del niño.

Anna Freud (1890) señala que los padres experimentan un cambio de conducta cuando sus hijos se enferman, se portan con ellos de modo distinto al habitual. En su afán porque el niño coma, tienden a adoptar métodos de fuerza para que se alimente: para que esté quieto lo contrifren físicamente; y para vencer su no cooperación ante las necesidades médicas o asistenciales esenciales, hasta los padres más escrupulosos "apegados a la verdad, suelen recurrir al engaño".

Bernstein (1976), nos habla de datos recopilados por Herschowitz, (1973) sobre las reacciones de la familia ante el impacto del accidente, y son las siguientes:

Un estado de shock, que se presenta por varios días u horas; aparecen vagamente sentimientos, prevaleciendo la tristeza por ver a su hijo hospitalizado. Las reacciones emocionales se acentúan cuando en el hospital se les informa del estado del niño, seguido por un periodo de rechazo y negación, el cual continúa por muchas

semanas. "Pueden expresarse conductas agresivas hacia el personal médico de la unidad de quemados hasta el último periodo que es el de la aceptación de lo sucedido.

"Inevitablemente hay el problema de hacer algo razonable de acuerdo a la tragedia y después de ésta, y casi siempre se hace la pregunta de quién es el responsable de los que ha sucedido".(12)

La mayoría de los padres de los niños quemados se culpan por lo sucedido, se lamentan preguntándose por ejemplo, "si yo no hubiera puesto ahí la olla", "no hubiera pasado nada si hubiera estado ahí", etc., aumentando con estas preguntas sin respuesta, sus sentimientos angustiantes.

"El accidente acarrea sentimientos de culpa expresados o no entre los miembros de la familia, así como ira entre ellos".

"Puede este sentimiento llevar a la inmovilización, haciendo que los familiares se nieguen a atender al paciente" (13)

Las madres son en estos casos las que se sienten terriblemente culpables, pierden la confianza en sí mismas como buenas madres. El padre, culpa a su esposa del accidente ocurrido a su hijo, reprochan, por ejemplo diciéndoles "así se ve el cuidado que tienes con nuestros hijos", e incluso algunos de ellos las golpean como castigo o reprimenda por lo sucedido. La pareja en ocasiones se niega a compartir el cuidado del niño hospitalizado ya que explican que la obligación es de la esposa por no haber tenido la precaución necesaria, quedándose solas con los sentimientos que el accidente acarreará.

No quiero excluir a aquellos padres que comprenden y comparten con su esposa estos difíciles momentos, cooperan y atienden a sus hijos permitiendo que la madre cuide, en su caso a los demás hijos. Gardner. (1969), encontró que muchos de estos sentimientos de culpa, son necesarios para luchar y ganar algo de control sobre la calamidad y manejar lo incontrolable.

Al pasar los días los sentimientos no son tan intensos ya que los familiares ven la recuperación del niño, entrando a la etapa de aceptación de lo sucedido.

Otra fase experimentada con gran ansiedad por parte de la familia es el alta hospitalaria cuando hay desfiguración en el paciente; los miembros de la familia no saben como manejar a su hijo.

Bernstein (1978) señala que cuando hay desfiguración en el paciente, se incitan diversos sentimientos y, en ocasiones los familiares tienden a distanciarse emocionalmente del paciente.

Los progenitores y familiares pueden, en su afán por ayudar al niño quemado, sobreprotegerlo, permitiéndole conductas que antes eran prohibidas, o bien que lo siguen siendo, desencadenando, en un corto tiempo, problemas con los hermanos que repercuten en la estructura familiar.

En otras ocasiones las madres o familiares impiden al niño quemado utilizar prendas que descubran su lesión, cohartando al niño a realizar algunas actividades escolares, familiares, deportivas, etc.

Los problemas durante la hospitalización, o después del alta del niño quemado, son importantes y repercuten en el funcionamiento del sistema familiar. "La recuperación y rehabilitación de un paciente depende en gran medida del apoyo que recibe de sus seres queridos". (14).

e) Características de las Familias de Niños Quemados:

En dos estudios realizados en la ciudad de México reportan, entre otras cosas, las características que se encontraron en las familias de los niños quemados.

Me permitiré mencionarlos textualmente ya que son los datos que se tienen al respecto y comprenden todo el material expuesto en este subcapítulo.

"En forma global hay que señalar que prevalecen las familias marginadas, subempleadas, disfuncionales e incompletas. Es común encontrar madres deprimidas, pasivas, sobre cargadas de ansiedad por la economía y los hijos, con poca o distorsionada cultura médica; los padres alcohólicos, abandonadores, con poco compromiso en la atención del hijo.

Así las familias son multiproblemáticas y pobres, sometidas a muchas presiones y que tienen que enfrentarse a la lejanía del hospital, a la rigidez de horas de visita, a la escasez de dinero; atención de otros hijos, descuidando en ocasiones la visita al hospital". (15).

"La familia del niño quemado es una familia desintegrada, de bajo nivel socioeconómico, en donde la madre es descuidada, ya que pasa todo el día fuera de casa; en donde existe una ausencia total o parcial del padre, debido a problemas de alcoholismo y de abandono.

En el momento en que el niño sufre la quemadura, se crea la dependencia a la madre, quien es la persona más cercana".(16)

f) Reacciones emocionales del Personal Médico y Paramédico ante el Niño Quemado

Los médicos se encuentran con muchos niños que son desdichados, que padecen dolor, y que, no pocos de ellos sufren enfermedades deformantes, lisiantes y hasta fatales. No es raro que tengan que recurrir a procedimientos médicos con la finalidad de curar que, vienen a aumentar las desdichas del niño. Doctores y enfermeras tienen que afrontar su propia ansiedad ante el sufrimiento, pues sus sentimientos de pena pueden destruir de hecho su misión profesional. Por lo común, la gente que atiende niños enfermos sienten ansiedad y culpabilidad. Faltos de una ayuda especial para afrontar su ansiedad; doctores y enfermeras recurren generalmente a métodos defensivos para conservar su eficiencia, pero a costa de algo. La solución más corriente es la de adoptar una actitud de desapego clínico: separar los aspectos emocionales de la enfermedad y su tratamiento.

En el caso del niño quemado, médicos y enfermeras suelen atribuir el accidente a la negligencia, de los padres. Su actitud es de criticar y agredir a la familia lo que contribuye a reforzar los sentimientos de culpabilidad e ineptitud que experimentan los padres.

3.- Relación Materno-Filial.

La vida deriva la mayor parte de su riqueza y hermosura, de la íntima relación que cada individuo entabla con un pequeño número de otros seres humanos: madre, padre, hermano, hermana, esposo, esposa, hijo, hija, y de un reducido grupo de amigos íntimos. El individuo se siente unido a cada una de las personas de este pequeño grupo con un vínculo de singular solidez. Gran parte de los goces y pesares de la vida giran en torno de estos vínculos o relaciones afectivas: entablarlas, romperlas, prepararse para ellas y adaptarse a la pérdida que causan las muertes de los seres queridos es vital para los seres humanos.

Es probable que el apego que la madre experimenta por su hijo sea el vínculo más sólido del ser humano. Esta relación posee dos características singulares. Primero, antes de nacer, el niño se gesta dentro de la madre y, segundo, después de nacer, le asegura la supervivencia en un período en que el niño depende por completo de ella. La potencia de este vínculo es tan grande que merced a él el padre o la madre realizan los extraordinarios sacrificios que se requieren para atender al niño, día tras día y noche tras noche, cambiándole los pañales, respondiendo a su llanto, protegiéndolo de los peligros y alimentándolo en plena noche a pesar de la desesperante necesidad de dormir.

Este vínculo original entre madre e hijo, es la fuente de donde emanan después todos los vínculos que habrá de entablar el niño y constituye la relación formadora en cuyo transcurso el niño adquiere noción de sí mismo. Para toda la vida la fuerza y carácter de este vínculo influye sobre la calidad de todos los futuros vínculos que se establezcan con otras personas.

La relación madre e hijo se desarrolla dentro de un ambiente familiar, social, etc. que posee estructuras y características que influyen positiva o negativamente en ésta.

Los hogares marginados; entendiéndose por marginados a los subgrupos que se encuentran separados y cuyos miembros tienen poco contacto emocional significativo con los miembros de la sociedad que

los rodea, así como entre ellos mismos; se forman en términos generales por inmigrantes de la provincia que llegan a las zonas marginadas de las afueras de la ciudad o a las azoteas de las mismas, formando los cinturones de miseria.

Una de las características más importantes de estos grupos es: el hacinamiento, ya que la habitación tiene influencias innegables desde el punto de vista del desarrollo del ser humano.

Estas personas viven en habitaciones sucias, llenas de polvo, con olores y características especiales que frenan la posibilidad de un óptimo desarrollo. El hogar representa para estas personas mucho más que una estructura física, ya que se convierte en objeto con gran carga emocional, fuente de sentimientos hacia la familia: progenitores, hermanos, tíos, abuelos, etc. así como a la sociedad.

Generalmente no solo vive la familia en esta casa pequeña puesto que albergan también a algún familiar o conocido que se involucra en todos los aspectos con cada miembro de la familia.

Este hacinamiento repercute en la vida individual y familiar ya que debido a él los límites y roles sociales, sexuales y familiares serán relajados.

La organización familiar se desarrolla pues dentro de un ambiente carente, falta de comunicación con problemas de hacinamiento, problemas económicos, que impiden o dificultan el desarrollo individual y satisfactorio de los miembros que la componen.

Describiré en este capítulo de manera concisa las características de estas familias, el rol que desempeña la madre, y su relación con los hijos.

El inicio de la familia se da por la actuación sexual de los niños o adolescentes que de alguna manera provocan la violación o el raptó, como medio -o intento- de escapar de su propia casa. En la medida que aparece el embarazo, la chica es golpeada y echada a la calle, con lo que inicia su familia, o bien se incorpora otra vez al núcleo familiar, con su embarazo, generando una familia o subsistemas distintos.

Por la falta de comunicación que existe, la

característica principal es que las actividades están distribuidas por imposición.

La comunicación se realiza a través de gritos, jalones, violencia física o las dramatizaciones en la gesticulación y en la actuación.

No hay congruencia, y por lo tanto no existen patrones de conducta de ninguna especie.

Los padres no discriminan entre los hijos. En la medida que los niños sobrepasan la infancia, los padres establecen poca diferenciación entre el papel de padres e hijos.

Las necesidades de los padres son con frecuencia tan apremiantes como las de los hijos, y en muchos casos superiores, por lo tanto hay competencia para acaparar la atención de los adultos que puedan servir de ayuda.

Otra característica esencial de la familia y el ambiente hogareño es su no permanencia e impredecibilidad. Los contactos interpersonales tienen cualidades erróneas y nunca de permanencia.

En las grandes familias el cuidado de los pequeños es dividido entre muchas figuras: madre, tías, hermanos mayores, etc.; el padre casi nunca está. En estas familias las experiencias vitales se caracterizan por su no permanencia, aleatoriedad, cambios bruscos en el estado de ánimo, un tiempo acelerado en las transacciones interpersonales y una falta de contacto, de control, de límites que cambian con el estado de ánimo de los padres; incluso, en el caso del padre este cambia de manera constante. La madre representa el único objeto no cambiante y esto sólo en ocasiones, ya que a veces encarga al hijo a la familia, vecina, hermana, comadre, etc.

Otra característica es la constante definición de roles entre dos o más miembros de la misma. Esta interacción es de tipo incestuoso, dura poco tiempo y es la que bloquea la posibilidad de socialización. Estas relaciones están determinadas por el hasinamiento.

Las interacciones entre los hermanos son formas operativas de definir su poder y status dentro de la familia; siempre

a golpes.

Los mensajes de la madre a sus hijos están encuadrados dentro de órdenes prohibitivas.

La respuesta de la madre hacia la conducta errónea de un niño se generaliza a todos los hijos.

Los mensajes de estas madres rara vez se refieren a logros positivos; no se recompensan verbalmente los logros ni las tareas realizadas que implican obediencia, como ir por el agua a la bomba, barrer la calle, cuidar a los hermanos, etc. Estas son tareas obligatorias, sin recompensa posible.

Los miembros de una familia pueden estar totalmente desinvolucrados o relacionados con una intensa intimidad.

La involucración intensa de los miembros de la familia se presenta sobre todo alrededor de dos polos afectivos: la violencia y el miedo.

Se obtiene una estructura familiar constituida por sólo uno de los padres, la madre, es quien proporciona continuidad a través de una sucesión de figuras parentales inestables; en el caso de familias completas, el subsistema de los esposos funciona sobre todo como un subsistema de padres; la naturaleza del poder de ellos es confusa. Los padres en algunas ocasiones, sienten poseer el control absoluto, aunque en realidad la confusión de papeles ocasiona que no se transmita a los hijos una definición precisa del papel del padre, de la madre, ni el concepto de autoridad.

La estructura familiar es de tipo matriarcal. J. Cuelli (1980) dice: "el impacto de esta situación se ve incrementado e intensificado por los efectos de la miseria. No sólo el padre puede estar ausente, sino que la madre se haya sobrecargada y ocupada por muchos hijos, las condiciones de vida por debajo de lo humano, propician el que ella tenga la necesidad de trabajar, por lo cual es incapaz de proporcionar cuidados adecuados a sus hijos".(17)

Por tanto la responsabilidad del cuidado de los hijos se delega con frecuencia a la abuela, los hermanos o parientes femeninos, ocasionando esto que la interacción de padres e hijos sea menor, o casi nula.

Esta situación provoca en los niños contradicciones sobre las normas de disciplina que son inconsistentes e inestables.

"Este carácter matriarcal y la vida familiar desorganizada tienen implicaciones en la actividad sexual hacia el matrimonio y crianza de los hijos. Los padres que han tenido pocas experiencias con estabilidad y educación familiar, difícilmente podrán proporcionar estas experiencias a sus hijos, y, debido a sus propios sentimientos de duda y odio hacia sí mismos, serán incapaces de dar a sus hijos la atención y el afecto que necesitan".(18)

a) LA MADRE

Las madres de estas familias provienen de familias con muchas privaciones y carencias, son personas con autoestima muy pobre, que dependen de anclajes externos para definir su propio yo o su personalidad. Estas madres, que casi siempre provienen en primera generación del campo, se perciben como desamparadas, incompetentes, desesperanzadas y siempre explotadas por los hombres. En situaciones de conflicto tienden a deprimirse o enfermarse y buscan solución a sus problemas en la bebida o en el amor transitorio de un hombre solitario o incompetente.

En su funcionamiento como madres, encuentran un sentimiento de valía al sentirse necesitadas por los hijos. Este valor está casi siempre basado en la función biológica del embarazo y no en el aspecto de responsabilidad de la maternidad como proceso vital o psicológico. Se valoran a sí mismas en su papel maternal, pese a que este sea terriblemente deficiente; aún en su relación con los hombres se ven a sí mismas como madres, no como mujeres; su autoestima depende de cumplir con su papel de madre.

La mujer suele iniciar sus relaciones sexuales muy tempranamente. En ocasiones, a los once o doce años y casi siempre en el seno familiar. Fuera de esta relación, a veces con el padre y otras con los hermanos, es iniciada en el medio externo, muchas veces a través de la violación tumultuaria. Con frecuencia ha recibido información de mujeres que, al no ser violadas por un grupo, tienen la

sensación de no ser mujeres o de no producir atracción o ejercer cierta influencia en el hombre. La mujer espera en alguna forma esta violación, lo que corresponde a la falta de papoes y discriminación que tiene desde el principio. La respuesta externa es vivida como una pauta en la cual encuentra una señal que acepta pasivamente, para luego responder en forma agresiva en relación con los hijos.

Curiosamente no se encuentran trastornos de embarazos en este tipo de mujeres, pese a que lo lógico sería encontrarlos. Son raros tanto los trastornos del embarazo como del parto y la lactancia, pese a las dificultades de la vinculación sexual y la desnutrición.

La sexualidad es prohibida fuera de la familia y es manejada en secreto.

El papel de la cabeza de familia es concomitante con la función ejecutiva de la madre, que delega el papel instrumental a una niña-madre, a un niño-madre, o que abandona totalmente a la familia tanto psicológica como físicamente.

Los niños- madres, y fundamentalmente las niñas- madres, son aquellos en quienes ha sido delegada, implícita y a veces explícitamente, la autoridad, delegación hecha por los padres, en particular por la madre. La delegación de este papel va dirigida desde el principio a las mujeres, pese a que los hombres son los que más gritan. La madre empieza a conferir un poder a las hijas que determinan una cierta posibilidad de identidad materna aunada al papel que les atribuyen los hermanos de permanencia, condicionadora del control y la organización familiar de la mujer-madre.

Las primeras experiencias sexuales, sea con el primer hombre que encuentran, o en actitud multitudinaria indiferenciada, son con hombres mayores. La mujer tiende a buscar hombres más jóvenes y el hombre mujeres mayores que él, como único anclaje repetidor de la relación con la madre. En el momento en que consigue esta relación, como no lo tolera, tiene que salir a buscar una nueva, y la mujer recupera al hombre engendrando hijos.

Con el cese de la responsabilidad de los padres, especialmente de la madre, estas niñas se convierten en el punto de referencia de la búsqueda de guía, control y decisión. La niña madre

Ciertamente no está equipada para llevar a cabo este tipo de funciones. La niña mayor cuida a los hermanos menores y empieza a manejar el papel de madre en forma adecuada, ofreciendo situaciones de contacto y de apoyo, matizadas desde el principio de una gran violencia. Golpean y maltratan a los hermanos menores. lección aprendida que se repite como algo inevitable y fatal.

Aún cuando esto permite a la niña-madre hacer algunas exploraciones guiadoras y predecibles, en última instancia, a lo que le obliga es a que choque permanentemente con sus hermanos y sus propias necesidades infantiles, que se recrudecen; la repetición del esquema de actividad impuesta es formalmente vivida, aunque no existe la capacidad emocional para responder a ella. Como esto se repetirá con sus propios hijos, el problema se vuelve interminable.

El padrastro es muy demandado por los hijos que buscan la aceptación del padre idealizado; al frustrarse por el rechazo del padre se vuelve a generar el nuevo ciclo incestuoso con la hermana-madre. Las funciones de la niña-madre especialmente las de poder, son de gran importancia para el equilibrio familiar total.

En las familias en las que el papel de la niña-madre está claramente localizado y mantenido en un solo miembro, la posición de esta niña en el grupo es de una tensión incrementada, que la lleva a buscar una salida en la sexualidad precóz, para conseguir su propia casa o para ser reintegrada a la familia, dejándole su papel a otro miembro de la misma.

La niña está presa entre el reto concentrado de sus hermanos, que le desplazan su enojo y su rabia contra la madre, y su recompensa por la posición de poder y alianza con ella. La recompensa de la relación con los hermanos es mayor que la recompensa de la madre, expresada en la posibilidad de contacto físico, la manipulación sexual; y en ocasiones la relación sexual concreta.

El que la niña-madre consiga escapar de la conflictiva familiar, concibiendo a su propio hijo, se convierte en una de las causas primordiales de la madre soltera temprana.

En la familia inestable existe un número posible de papeles que la madre o la hermana substituta pueden adoptar: el de

madre en una familia intacta, el de entidad estable pero esporádica o el de imagen no delimitada, que cambia continua e impredeciblemente.

b) EL PADRE

El padre ejerce un papel secundario debido a la ausencia real o funcional que lo caracteriza.

El padre, cuando aparece -esporádicamente o el de turno-, aunque llega y grita, prácticamente no es obedecido; no obstante, se da una situación de miedo que desaparece cuando se va.

El hombre no acepta el papel de esposo o padre. Funciona como la figura paterna faltante y con frecuencia se vuelve la figura depredadora de las fuentes valiosas de la madre.

El hombre, en su intento de autonomía, se involucra en conquistas sexuales extramaritales y actividades de tipo adolescente, dirigidas en contra de las mujeres en general: beber en exceso, inhalar cemento y fumar marihuana, juegos de azar con los amigos, etc. evita establecer conversación con mujeres en reuniones sociales, y hacen más caso a sus iguales. La relación con la mujer tiene un papel ambiguo, de hijo o esposo; es dependiente y demandante, deja que la mayoría de las cosas prácticas del hogar las maneje la esposa, siente que su deber se cumple exclusivamente siendo el proveedor material; se siente desplazado por los hijos y tiene dificultades para integrarse a la familia.

c) RELACION PADRE-MADRE

El hijo vive intensamente la nulificación del padre, que tiene su propia violencia. La madre aprende a manejar la superstición, la religión, y el mito, como una manera de hacer sentir al padre que será terriblemente castigado por su grito o violencia. El padre se asusta y se desconcierta, se nulifica. En este juego de agresiones mutuas, el padre, al quedar anulado, abandona a la familia, la que de todos modos abandonaría por el intenso sentimiento de culpa y la posibilidad de mantener una relación permanente; ésta le produce

una depresión que no puede tolerar, y la aplaca con alcohol, la única medicina del miserable, y deja de nuevo a la madre la posesión del papel central.

El subsistema marido-mujer está vagamente delineado. Las transacciones entre ellos, cuando son explícitas, por lo general denotan una cantidad impresionante de sensaciones de tareas no terminadas, vagas e irresolutas.

Es la madre la que determina los límites de su relación con el padre y con la familia. Esta relación es reducida en tiempo, definida por la cohesión de los hermanos y la relación hija-madre, quien empuja o no a que salga el padrastro, al ser seducida. La relación padre-madre casi siempre culmina en el siguiente embarazo de la madre que, en muchas ocasiones, acaba en un aborto provocado, presenciado por los hijos.

La participación del hombre en esta familia está alejada estructuralmente de cualquier papel directivo o de guía activo en la crianza de los niños o en la estructuración social.

4.- Frustración

Pocos fenómenos bio-psico-sociales tienen la posibilidad de influir en la conducta como la frustración; la búsqueda y análisis de sus múltiples manifestaciones es un paso inevitable en el estudio de la personalidad.

La frustración ha sido explicada en formas distintas, principalmente en lo relativo a sus afectos.

La definición etimológica de esta palabra es "Frustra" que significa "en vano". Frustrare ha dado origen a frustrar, sinónimo de engañar. Frustrario significa decepción, derrota, sin embargo, esta definición no basta para describir a la frustración como un fenómeno determinante de la personalidad.

No hay individuo que en el transcurso de su vida se haya librado de pasar por una o varias experiencias a las que daría el nombre de frustración.

"Todos los infantes deben experimentar inevitablemente el retraso, el conflicto y la frustración. Ninguna madre, sin importar qué tan devota pueda ser, puede eliminar tales experiencias de la vida del niño" (19)

Fenichel citado por Gago (1965), nos dice que "La frustración es algo que nos toca a todos y es una condición esencial para el desarrollo normal. Es completamente necesario para el niño, aprender a soportar los retrasos, las amenazas, las oposiciones y las negativas, así como que aprenda a experimentar gratificaciones completas y apropiadas. No hay necesidad de introducir prematuramente al niño a las frustraciones o exponerlo a más de las que pueda manipular. El niño que no aprende a soportar las frustraciones que encontrará, no puede crecer y ser un miembro adulto sano de la sociedad". (20)

Al comparar cualquier grupo de estas experiencias, se concluiría que cubren una amplia variedad de situaciones y un amplio número de reacciones. Porqué entonces se les da la misma denominación?. Qué es la frustración ?.

El término frustración al igual que el de conflicto y

stress. puede aplicarse a conceptos relacionados ampliamente y que incluyen fenómenos como la privación, inestabilidad emotiva, ansiedad, amenaza, rigores ambientales, comportamiento del yo., etc.

Es un fenómeno concerniente a la psicología de la motivación, e implica que el curso de la acción no ha sido transportado hacia su meta o conclusión, que un estado final de determinada característica no ha sido alcanzado y que una consecuencia o un resultado esperado ha fallado y no se ha producido.

"La frustración se ha definido como algo que se produce "siempre" y que se da, cuando el organismo encuentra un obstáculo o impedimento insuperable, en su camino hacia la satisfacción de una necesidad vital. (21)

Existen dos precondiciones necesarias para la frustración:

a) La presencia de un impulso o de un motivo previamente alertado y no recompensado o gratificado.

b) Algunas formas de interferencia o impedimento en las formas de gratificación.

Se habla de privación o pérdida, si solo se satisface la primera de estas condiciones. La privación se refiere a una condición en que la necesidad o la tensión existentes aumentan en intensidad, en la ausencia de los medios que signifiquen su reducción.

Maslow (1943), ha observado que la privación implica mucho menos que la frustración.

Rosenzweig (1944) también ha hecho hincapié en las diferencias existentes entre privación y frustración, e intentó indicar la prioridad de las dos condiciones al llamarlas, respectivamente, privación primaria y secundaria.

Una situación de frustración primaria incluye únicamente la primera condición, mientras que la frustración secundaria incluye ambas condiciones.

La privación es una precondición necesaria para la frustración, sin embargo, esto no significa que sea condición indispensable para la frustración.

La frustración, es más definitiva y más amplia, incluye

la privación, las condiciones interceptoras hacia la meta son más definidas. La frustración se refiere a la problemática psicológica y social del fenómeno de la motivación.

a) Fuentes de Frustración:

Se denomina fuentes de frustración a todo fenómeno o condición que origina y determina el fracaso en el logro de una meta.

La clasificación de éstas se ha hecho dividiéndolas tradicionalmente con respecto al origen o naturaleza del factor frustrador. El obstáculo o presión puede tener un origen interno o externo y ser de carácter pasivo o activo.

Cuando la demanda del individuo es desproporcionada o inadecuada a las condiciones de un medio normal, hablamos de factores internos.

Cuando las demandas del medio superan las posibilidades del individuo y le crean necesidades que no podrá satisfacer, o le fijan metas que no podrá alcanzar, se habla de que la fuente de frustración es externa.

Una presión u obstáculo es pasivo cuando está constituido por un obstáculo insensible sin que este sea por sí mismo amenazador. Por ejemplo: una puerta cerrada podría impedir la recompensa de una necesidad, sin ser en sí amenazante.

Es activa, cuando además de tener el carácter de insensibilidad de la presión pasiva, es peligrosa por sí misma, es pues, una situación que produce a la vez una insatisfacción y un peligro. por ejemplo, un policía o un soldado que guardara la misma puerta, sirve para frustrar la necesidad inicial (por ejemplo el hambre, si suponemos que detrás de la puerta está la comida), provocando al mismo tiempo una conducta aversiva respecto a futuros acercamientos a dicha puerta.

La combinación de estas cuatro fuentes de frustración, permite, distinguir cuatro direcciones de la presión:

a) De índole pasiva externa.- Un ejemplo sería la puerta cerrada de una habitación que contiene los alimentos y el

sujeto que tiene hambre, no posee la llave, es decir, es el caso del objeto inanimado que se interpone entre el individuo y el objeto.

b) De índole activa-externa. Ejemplo sería, un policía cerrando a un individuo, que tiene hambre, la vía que conduce al lugar donde está el alimento, es decir, cuando las amenazas físicas separan a una persona de su objeto.

c) De índole pasiva-interna.- Implica la impotencia del individuo, es decir, la propia incapacidad del sujeto.

d) De índole activa-interna.- Implica el conflicto clásico que resulta del encuentro entre dos necesidades de tendencias opuestas y de la misma intensidad.

Si pensamos que los desórdenes funcionales suponen la incapacidad para afrontar adecuadamente las diversas frustraciones y conflictos inevitables en un medio ambiente complejo, comprenderemos la necesidad de atender a este campo de la personalidad.

b) Economía de la Necesidad Frustrada:

Al esbozar la teoría de la frustración Rosenzweig (1954), propone una clasificación de la economía de la necesidad frustrada; las reacciones representan una respuesta a la amenaza implícita a la propia personalidad.

El Primer tipo corresponde a las denominadas respuestas de persistencia de la necesidad; implica una acción o pensamiento dirigido a un objeto. Sobreviene constantemente después de toda frustración y Corresponde más o menos a la presión pasiva. Su meta es satisfacer la necesidad específica, frustrada por algún medio.

Podemos hablar de dos tipos de respuestas de persistencia de la necesidad y son:

1.- Tipos de respuesta según su rectitud; esta perspectiva permite encarar las diversas respuestas, repartiéndolas en forma continua entre dos extremos:

a) Respuestas directivas.- Las cuales se hallan estrechamente adaptadas a la situación frustrante, y se prolongan de la necesidad inicial.

b) Respuestas indirectas. Más o menos sustitutivas y cuyo máximo entra en el dominio del simbolismo.

2.- Tipos de respuesta según su carácter más o menos adecuado.

Entonces, y de acuerdo a lo anterior, las respuestas de persistencia de la necesidad pueden individualizarse en dos tipos concretos:

1.- Persistencia adaptativa.- En donde el comportamiento persiste en línea recta hacia su fin a despecho de los obstáculos.

2.- Persistencia no adaptativa.- El comportamiento se repite indefinida y estúpidamente.

Su naturaleza la ilustran los conceptos psicoanalíticos de sublimación y conversión.

El Segundo tipo corresponde a la respuesta de defensa del yo, precinden de todo lo que no sea la defensa ante la amenaza para el ego supone la frustración. Este tipo tiene en cuenta el destino de la personalidad completa.

Existen respuestas adaptativas que se justifican por las condiciones existentes.- Por ejemplo, un individuo que no tiene las aptitudes necesarias, fracasa en una empresa. Si él se acusa de su fracaso la respuesta es adaptativa.

Respuestas no adaptativas.- en donde las respuestas no están justificadas por las condiciones existentes, por ejemplo, aquel que se acusa de un fracaso que en realidad se debe a las faltas de otras personas, tiene una respuesta no adaptativa.

No se da más que en ciertas condiciones especiales de amenaza contra el yo. Corresponde más o menos a la presión activa.

Rosenzweig (1944) describió otro tipo de reacción en que el individuo responde exclusivamente al problema en sí, y se siente incapaz tanto de defender su ego como de perseguir el objeto original, se limita a manifestarse enterado y conciente del hecho de estar frustrado. Son las respuestas de Predominio del obstáculo.

Como la mayoría de las reacciones a la frustración son de carácter agresivo, Rosenzweig (1934) categoriza también tales

reacciones en función de la salida que da el individuo frustrado a la agresión, originada en él, por esta causa; y son las siguientes:

a) Respuestas Extrapunitivas. - Son aquellas en las que el individuo atribuye agresivamente la frustración a personas o cosas exteriores, es decir la agresión se dirige francamente contra el ambiente. Las emociones asociadas a estas respuestas son la cólera y la irritación.

El individuo puede manifestar su cólera de manera más o menos sutil, puede expresar preocupación o irritación hacia el objeto que se ha interpuesto en su camino, solicitar de los demás que lo resuelvan o mantenerse hostil acusando y achacando el problema a cualquier otra circunstancia, es decir, la agresión primero se inhibe y luego encuentra su expresión en forma indirecta como respondiendo al mecanismo de la proyección. Esta clase de extrapunitividad patológica proyectiva está ilustrada por la paranoia.

b) Respuestas Intropunitivas. - Son las respuestas en las cuales la persona frustrada atribuye agresivamente la frustración a sí mismo, intentando resolver el problema por una parte, mostrándose humillado por haberlo provocado, y por otra, negando por completo su existencia en un aparente esfuerzo de autocastigarse, evitando que lo compadezcan.

Las emociones que se asocian con este tipo de respuestas son la culpabilidad y los remordimientos. Los mecanismos psicoanalíticos que corresponden son el desplazamiento y el aislamiento. El aspecto patológico de las respuestas intropunitivas se ilustran por la psicastenia y en particular por los comportamientos obsesivos.

c) Respuestas Impunitivas. - Son aquellas cuyo origen está más bien en los impulsos sociales que en los impulsos agresivos. Es decir, difieren de los dos precedentes en el sentido de que la agresión no se encuentra como fuerza generatriz. Hay en ellos el ensayo de evitar formular un reproche tanto a los otros como a sí mismos, dándole generalmente un giro conciliador. El individuo insiste que la frustración no tiene importancia, que tiene un carácter de inevitable, e intenta conformarse con los límites que esta le impone.

confiando en que con el tiempo todo se resolverá. El mecanismo psicoanalítico que corresponde es la represión. El aspecto patológico lo representan ciertas manifestaciones históricas.

La frustración cuando es experimentada con gran intensidad, produce aún en las personas normales componentes "anormales".

Fenichel citado por Gago (1965) escribe: "Después de una larga privación y frustración todo mundo tiende a estar apático, lento y retardado".

Aparentemente, aún las personas normales necesitan cierta cantidad de proveedores narcicistas externos. Los estados resultantes son modelos de "simples depresiones". Hay estados transitorios entre las depresiones de esta clase y las regresiones con alucinaciones, en las cuales las demandas no están dirigidas hacia el mundo real acompañado de una existencia vegetativa como la que se manifiesta en algunos estados catatónicos".

c) Tolerancia a la Frustración:

El concepto de tolerancia a la frustración está relacionado con la distinción psicoanalítica entre los principios de placer y realidad. Estos nos hablan de la capacidad del individuo para posponer la gratificación. Las respuestas inadecuadas a la frustración, representan un intento de proteger a la personalidad de las molestias que el retraso en la gratificación originan.

En el aspecto intelectual la tolerancia a la frustración requiere aptitudes y capacidades de abstracción como base a la demora de la gratificación.

Tolerancia a la frustración entonces se define como la aptitud de un individuo para soportar una frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir sin recurrir a tipos de respuestas inadecuadas.

d) Frustración-Agresión:

La conducta hostil es familiar para todo ser humano, y

por ello las teorías para explicarla y entenderla han sido diversas; que los motivos que llevan a la agresión no siempre son los mismos.

En este subcapítulo haré algunas consideraciones sobre las teorías en que la frustración es concebida como importante fuente de agresión.

Definiendo:

a) Instinto: Son las tendencias naturales, innatas, observables en toda serie animal y se manifiestan por un conjunto de movimientos que van a lograr la supervivencia del individuo y la conservación de la especie.

Los instintos se encuentran crudamente presentes desde el nacimiento, pero están sujetos a desarrollo y expansión anatómica y funcional; algunos requieren para su expresión el crecimiento y maduración del individuo, y otros, aunque presentes, no se manifiestan hasta que situaciones estimulantes específicas lo estimulan.

"Los instintos son elementos fijos, invariables y hereditarios de la afectividad y se agrupan en conjuntos compactos alrededor de algunos fines vitales".

Esta tendencia marca cierta rigidez pues son considerados tendencias primarias transmitidas a la especie por herencia y se integran en la personalidad como factores dinámicos, susceptibles de variación en el proceso adaptativo en el medio ambiente.

S. Freud marca en el postulado básico de la teoría de la libido que la vida mental y la conducta se originan en fuerzas instintivas eróticas-sexuales. Posteriormente, Freud introdujo como complemento de lo anterior, el concepto del instinto de muerte, fuente de toda energía destructiva. De este modo consideró que toda la conducta es reductible a dos principios instintivos: "Eros y Thanatos".

Freud escogió el término libido para referirse a la representación psíquica del instinto erótico, que es experimentado como ímpetu director hacia el objeto capaz de saciarlo.

En la hipótesis de Freud, ambos instintos Eros y Thanatos, están sujetos al principio que gobierna la conducta adaptativa y por lo tanto no pueden ser considerados como rígidos y

unidireccionales.

El punto importante es que las fuerzas instintivas postuladas por Freud como fuente elemental no son rígidas sino, susceptibles de cambiar su dirección y sus objetivos. Pero señaló límites estrechos a la adaptabilidad de los instintos, cuyos cambios y diferenciaciones son resultado de las necesidades de adaptación del organismo.

El instinto ha sido el origen de muchas investigaciones, pero existe, en lo que se refiere a determinar los límites, mucha confusión para diferenciarlo de otras expresiones de conducta.

Sin embargo, el instinto es, ante todo, una forma de respuesta que se ha aprendido y surge de la naturaleza orgánica siguiendo definidos mecanismos o estructuras psíquicas, para manifestarse ante una situación dada.

En algunos casos la agresión pertenece a un grupo de instintos cuyo contenido puede considerarse como forma global de fuerzas destructoras, las cuáles desintegradas y libres, sin fuerzas que las controlen o limiten, conducen a la muerte.

Son fuerzas cuyo representante psicológico es el odio, impulso que al ser actuado contra los demás busca su destrucción o que, desencadenado contra uno mismo tiende hacia la autodestrucción.

Bander citado por Flores.C.(1968) cree que: "La agresión en su significado original se refiere a ir adelante o adelantarse", de acuerdo con su punto de vista, tal cosa es instintiva, en tanto que nunca se ha demostrado la índole innata o instintiva de la hostilidad."(22)

Allen citado por Flores.C.(1968) considera: "La agresión es como una característica fundamental de todos los organismos vivientes, que se expresa en la voluntad de afirmar y de poner a prueba la capacidad del individuo para hacer frente a fuerzas externas". (23)

Otto Kewenberg (1940) dice: "La conducta agresiva muestra una continuidad con los animales que tienen una base fisiológica indirecta, aunque probablemente directa y que en una forma

u otra está distribuida muy ampliamente. La índole exacta de su expresión varía de un grupo a otro, y no hay forma concreta de agresividad".(24)

Sin embargo, si la agresividad tiene o no una base innata, puede ser modificada por la cultura en muchas formas, puede ser estimulada en una sociedad y aparecer como rara relativamente, en otra; puede expresarse en violento combate físico o en una competencia regulada socialmente, en la que nadie resulta herido.

Dollard y Miller (1939) dicen: "El problema de la agresión tiene muchas facetas. El individuo experimenta la dificultad en controlar su propio temperamento y a menudo ve a otros sosteniendo una batalla sin conocimiento de su hostilidad".(25)

Hasta el momento, la agresión ha sido inevitable y lo será por mucho tiempo; sin embargo, esto nos permite suponer que la agresión es inherente a la naturaleza humana.

Grupos de Investigadores como el de Dollard y Miller Brown (1939) y Farber(1939) consideran que la agresión es originada por alguna frustración. El propósito de estos autores es demostrar que toda frustración genera agresión pero sin pretender que la conducta agresiva se desprenda de una frustración.

Si tomamos en cuenta la multiplicidad de necesidades y factores motivacionales que con mayor o menor intensidad, instigan al individuo hacia determinadas metas y si tomamos en cuenta la multitud de condiciones que actúan como factores frustrantes, desde que el individuo empieza a vivir, tendremos que captar que el punto de vista de la teoría de Dollard y Miller nos lleva a concluir que la agresión tiene que ser un tipo de conducta sumamente frecuente.

La proposición de que la ocurrencia de que el comportamiento agresivo siempre presupone la existencia de frustración y que la frustración siempre conduce a alguna forma de agresión, no son proposiciones evidentes.

Existen actos agresivos que no son instigados por frustraciones directas: Un ejemplo sería el caso del niño agresivo que ha adquirido ese esquema imitando actos agresivos en el adulto.

Otro caso de agresión no producida por frustración

directa es aquel en que el acto hostil se asocia a una orientación cuya meta es el dominio. Es decir, la agresión que está al servicio de determinadas necesidades facilitando su satisfacción, no es realmente una reacción ante la frustración; pero sí una actitud que trata de evitarla.

Los seres humanos aprenden, como resultado de vivir en sociedad, el suprimir y restringir sus reacciones agresivas abiertamente.

Tales tendencias de reacción son de este modo temporalmente comprimidas, disimuladas, desplazadas, o desviadas de otro modo de su meta inmediata y lógica y no son destruidas.

Miller (1941) dice que: "La frustración produce instigaciones para un determinado número de respuestas de determinados tipos una de las cuales es de tipo agresivo".

Esta propuesta plantea un nuevo tipo de pregunta que consiste en determinar cuáles condiciones de frustración instigan agresión y cuáles no ?.

Pero en realidad se debe tomar en cuenta que el fenómeno de la frustración no es un evento unilateralmente determinado, es decir, es el resultado del proceso dinámico que existe entre el individuo y su medio.

El resultado ante la frustración no será constante de persona a persona sino que se manifestarán las reacciones o respuestas como una organización individual y determinada que hace peculiar la conducta de cada quien.

V
ASPECTO METODOLÓGICO

1.- Objetivos de la Investigación:

Objetivo General:

Conocer y comparar las reacciones ante la frustración en las madres de los niños quemados con respecto a 9 grupos de edades.

Objetivo Específico:

En dicho estudio espero encontrar una relación significativa en las reacciones ante la frustración y la edad del niño quemado.

Será interesante conocer la frecuencia de presentación de los datos personales recabados.

Se espera encontrar un número significativo de trastornos familiares, sociales y económicos que pueden ser, si así sucede, retomados en las conclusiones.

2.-Planteamiento del Problema:

Cuáles son las reacciones ante la frustración, en las madres que tienen un hijo (a) quemado (a), y si varían con respecto a la edad del niño.

3.- Hipótesis:

Del problema planteado anteriormente se desprenden las siguientes hipótesis:

Hipótesis de trabajo:

Cuáles son las reacciones a la frustración en las madres de los niños quemados ?.

No:

Existe diferencia significativa en las reacciones ante la frustración en las madres que tienen un hijo (a) quemado(a) y varían con respecto a la edad del niño(a)?.

Ha:

No existe diferencia significativa en las reacciones ante la frustración en las madres que tienen un hijo(a) quemado (a) y no varían con respecto a la edad del niño(a)?.

4.-Definición de Variables:

VARIABLE DEPENDIENTE:

DEFINICION OPERACIONAL:

-Frustración. "Existe frustración cada vez que el organismo encuentra un obstáculo o una obstrucción más o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera". medida a través del test de Frustración de Rosenzweig

(Rosenzweig S. 1954 Pag 12)

VARIABLE INDEPENDIENTE

Madres que tienen un hijo (a) quemado por:

- Agua Caliente
- Fuego Directo
- Electricidad
- Aceite-Manteca.

Edad: 0 meses a 8 años.

5.- Muestra de Investigación:

La población del Hospital Pediátrico, ubicado en la delegación Xochimilco está constituido por niños de 0 meses a 15 años, los cuales son atendidos de diferentes padecimientos que van

desde un problema respiratorio hasta la atención de quemaduras y otras enfermedades.

La población que acude a este servicio, generalmente es de pocos recursos, por lo que pertenecen al nivel socioeconómico bajo.

Existen para la atención del niño quemado dos salas destinadas a su manejo. En una de ellas hay 6 camas y 3 cunas, formando cubículos de tres en tres divididos por paredes de cristal. Las camas están separadas por un buró.

Al frente de la sala se encuentra el módulo de atención médica y a espaldas de éste el consultorio para curaciones.

Al fondo de la sala y separado por cristales de las 3 últimas camas, se encuentran dos tinajas especiales para el baño de estos niños.

Adjunta a esta sala, y comunicada por el consultorio de curaciones, se encuentra la sala de cirugía reconstructiva en donde atienden a niños con problemas como labio paladar hendido, etc., y también atienden a niños quemados cuando el número de ingresos es muy grande.

Dentro de esta sala se encuentran también los niños que tienen cicatrices importantes y necesitan ser intervenidos quirúrgicamente.

Características de los Sujetos:

De estas dos salas se tomó la población para el estudio que se realizó quedando la muestra constituida por 63 sujetos (madres) que tengan un hijo (a) quemado y hospitalizado en esta institución. Quedó por tanto una muestra no probabilística de cuota.

La muestra estuvo subdividida en 9 grupos de 7 sujetos cada uno, esta división se hizo de acuerdo al rango de edad en los niños quedando integrada de la siguiente manera.

MUJERES	EDAD DEL NIÑO
7DE	0 a 11 meses
7DE	1 a 1 año 11/12
7 DE	2 a 2 años 11/12
7DE	3 a3 años 11/12
7 DE	4 a 4 años 11/12
7DE	5 a 5 años 11/12
7DE	6 a 6 años 11/12
7 DE	7 a 7 años 11/12
7DE	8 a 8 años 11/12

6.-Diseño de Investigación:

Será un diseño pre-experimental con nivel de Investigación exploratorio.

X O

En donde:

X= Tratamiento experimental o variable independiente.

Un solo grupo.

O= Observación realizada con el instrumento, es decir la medición de la variable dependiente.

7.-Instrumento de Medición:

Se utilizó la prueba de frustración de Rosenzweig, la cual fue tipificada por las Dra Nuria Hohan, Julia Brenner y Virginia Cornalba, para la población argentina. Las autoras concluyeron que esta prueba demostró ser un instrumento rápido para la discriminación de ciertos problemas psicológicos.

Esta prueba determina a que nivel de profundidad está trabajando el paciente. El 1er nivel denominado subjetivo, en donde, la respuesta expresa una conducta autocrítica y de censura, es decir respuestas socialmente aceptadas.

El 2o nivel en donde el individuo se comporta reflejando su conducta, manifestando como actuaría cotidianamente.

El 3er nivel es aquel mas profundo o proyectivo.
Las autoras consideran que la validez de la interpretación se confirma al someter al paciente a situaciones frustrantes reales y comparando su conducta con las respuestas del test.

Por otro lado compararon la tipificación realizada con las ya establecidas para la población norteamericana y francesa; observaron que los valores son muy similares, confirmando en forma indirecta la confiabilidad de la prueba.

Dicho test consta de 24 dibujos utilizados como estímulo con el fin de favorecer la identificación por parte del examinado. Cada una de estas láminas representa a dos personajes colocados en una situación de frustración de tipo corriente. En cada dibujo el personaje de la izquierda está representado en el momento de pronunciar algunas palabras que describen, o bien la frustración del otro personaje o bien su propia frustración. Sobre la persona de la derecha hay siempre un espacio en blanco destinado a contener la respuesta del examinado, que se anotará en la hoja de respuestas destinada para ello. (Anexo 1)

Las situaciones de la prueba se dividen en dos grupos principalmente:

a) Situaciones de obstáculo del yo: 10 de ellas se encuentran en la prueba y corresponden a los siguientes números: 1, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23 y 24.

b) Situaciones de obstáculo al superyo: Existen 8 de este tipo: 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19 y 21.

El Test de Frustración Rozensweig será calificado cuantitativamente como marca el manual de la prueba, y consiste en:

1.- Anotar los símbolos correspondientes a cada tipo de respuesta en la hoja de tabulación (Anexo 2)

Esta simbología es la siguiente:

- Agresión expresada en el ambiente (Extrapunitiva). E

- Agresión dirigida hacia sí mismo.

- (Intrapunitiva), I.
- Agresión evadida o minimizada.
- (Impunitiva), M.
- Dominio del obstáculo. O.D.
- Defensa del Yo. E.D.
- Necesidad de persistencia. N.P.

2.- Sacar el índice G.C.R. y tiene como finalidad medir la conformidad de la respuesta del examinado con las de la media aritmética de la población. (Índice de adaptación del individuo a su grupo social).

Este índice será expresado en porcentaje y debe ser igual o superior a 40%.

3.-Cálculo de los Perfiles: Se busca la frecuencia con que se presentan cada uno de los 9 factores, indicándolo en las casillas apropiadas. A cada uno de los 9 factores se les asignan valores iguales (valor 1), ya que el cálculo de toda división entre factores de notación de una situación, se calcula de modo proporcional.

Una vez llenadas las casillas correspondientes se suman en forma horizontal y vertical y se anotan los resultados en las casillas con el título total.

Se transforman éstos resultados totales en grupos de porcentaje relacionándolos con el máximo posible, que en este caso es 24.

Si el examinando no respondió a alguna situación el valor máximo se reduce.

Posteriormente se llevó a cabo la interpretación cualitativa de los datos importantes de esta prueba en relación con los obtenidos en la entrevista.(Anexo 3).

B.-Procedimiento:

Para aplicar el instrumento a la población fue necesario entregar en la Institución (Hospital Pediátrico Xochimilco), un protocolo de Investigación elaborado con los

requisitos metodológicos que marcó la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Este protocolo fue sometido a su cuidadosa revisión para ser autorizado por el personal de esta Institución el cual está constituido por un comité de Investigación, un comité de Etica, los Jefes de Enseñanza e Investigación, el director de la Unidad de Salud y la Dirección de Enseñanza e Investigación.

Una vez aprobado el proyecto se procedió a tomar la muestra pertinente para dicho estudio, teniendose que entregar a la Institución y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia un reporte final de los resultados obtenidos.

La posibilidad de acceso a los expedientes médicos facilitó en el primer momento elegir la muestra para el estudio.

Se aplicó en forma individual el test de Frustración de Rosenzweig a las madres. Simultáneamente y por un corto tiempo se llevó a cabo una pequeña entrevista personal con las madres para conocer e investigar datos personales y familiares.

Los puntos mas importantes a investigar en la entrevista fueron los que a continuación se presentan:

1.- Datos personales de la madre como: Edad, escolaridad, ocupación, domicilio, estado civil, etc.

2.- Datos del niño (a) quemado como: Edad, motivo del accidente, hijo deseado o no deseado etc.

3.- Datos familiares como: Número de hijos, presencia o ausencia del conyugue etc.

VI
ANALISIS ESTADISTICO

Con los totales obtenidos de la calificación cuantitativa de la prueba que se aplicó a la población en estudio, se utilizó un análisis estadístico de comparación de medias (Análisis de variación) que tiene como finalidad conocer si existe diferencia significativa entre las medias muestrales que buscamos comparar y poder afirmar o negar la hipótesis nula.

Las medias obtenidas de la combinación de los 9 grupos de edades y los 6 factores de frustración, dieron un total de 54 medias:

RESULTADOS

	MEDIAS					
	E	I	M	OD	ED	NP
GRUPO 0	9.00	4.84	10.35	5.00	13.57	4.42
GRUPO 1	10.28	2.92	10.78	5.35	13.58	5.15
GRUPO 2	6.21	5.00	12.78	5.07	14.92	4.00
GRUPO 3	7.57	5.28	11.14	3.92	18.57	3.50
GRUPO 4	7.78	4.28	11.78	5.57	13.14	5.14
GRUPO 5	9.92	3.92	10.00	6.92	11.71	5.21
GRUPO 6	8.85	3.42	11.71	5.50	12.92	5.57
GRUPO 7	8.92	5.21	9.65	6.00	13.92	4.07
GRUPO 8	10.57	4.71	8.71	5.64	14.35	4.00

Resultados

Fuente de variación	SC	GL	MC	F
Entre grupos	3016.98	58	52.017	8.51
Dentro de los grupos	3001.2	824	3.642	

El valor en la tabla de la Razón ó Coeficiente F con Gentre los grupos de 50 y Gdentro de los grupos de 300 y un nivel de significancia de .05 es de: 1.42, el cual es menor a la razón F obtenida por la fórmula (8.51), por lo que se acepta la hipótesis nula revelando que, existen diferencias en las reacciones ante la

frustración en las madres que tienen un hijo(a) quemado(a) y varían con respecto a la edad del niño.

Prueba Tuckey

.05= DSH 3.75

.01= DSH 6.77

Las diferencias entre medias se encontraron en el tipo de respuestas Extrapunitivas, Impunitivas, y de Defensa del Yo.

VII
INTERPRETACION Y DISCUSION
DE RESULTADOS

En los resultados obtenidos en la investigación realizada, se observa que el tipo de respuesta más frecuente es la impunitiva, es decir aquellas cuya fuerza generatriz está más bien en los impulsos sociales y no en los impulsos agresivos.

Existe en ellas como característica el intento de evitar formular un reproche tanto a los otros como a sí mismos, dando generalmente un giro conciliador a la situación.

No se le da importancia a la frustración ya que se le asigna un carácter de inevitable, intentando conformarse con los límites que está le impone, confiando que el tiempo remediará la situación.

Este tipo de respuestas aunadas con las reacciones Defensivas del Yo, que se caracterizan de prescindir de todo lo que no sea la defensa ante la amenaza que para el ego supone la frustración, fueron en cuanto a medias, reacciones típicas en estas madres; habían de que ellas utilizan este tipo de respuestas como defensa adaptativa, en donde, se justifican las reacciones por las condiciones existentes.

Estas madres reaccionan impunitivamente para defender y preservar en esa forma su integridad yoica, ya que al existir descuido o negligencia con el hijo, su autoestima decae ante sus propios ojos y ante los ojos de los demás, por lo que no asumen la responsabilidad como madres atribuyendo a circunstancias ajenas a ellas lo sucedido con sus hijos, considerando el accidente como una mera casualidad.

Estas madres encuentran en los hijos un sentimiento de valía al sentirse necesitadas por ellos, esperan llenar sus propias carencias afectivas con la presencia de los niños, considerándolos como prolongación de ellas mismas, por lo que el valor como madres está dado por la función biológica del embarazo y no por el aspecto de responsabilidad que la maternidad implica.

Estas respuestas son adaptativas porque las madres de estos niños posiblemente carecen de la estructura yoica necesaria para desempeñar la función de madres; debiéndose esto a que sin lugar a duda pertenecieron a familiar desestructuradas y numerosas impidiéndoles adquirir de su núcleo familiar las bases necesarias para

ello.

"Estas mujeres provienen de familias con muchas privaciones y carencias, son personas con autoestima muy pobre que dependen de anclajes externos para definir su propio yo o su personalidad". Fueron posiblemente en su infancia, niñas-madres a quienes se les delegó implícita o explícitamente la autoridad, y ciertamente no están equipadas para llevar a cabo este tipo de funciones, matizándolas posiblemente desde el principio de una gran violencia; se ven obligadas a chocar permanentemente con sus hermanos y con sus propias necesidades infantiles y al no poder manejarlas emocionalmente se repitió este patrón con sus propios hijos volviéndose el problema interminable.

"Los padres que han tenido pocas experiencias con estabilidad y educación familiar, difícilmente podrán proporcionar estas experiencias a sus hijos y debido a sus propios sentimientos de duda y odio hacia sí mismos, serán incapaces de dar a sus hijos la atención y el afecto que necesitan" (J.Cueli 1980).

El tipo de respuestas extrapunitivas que se caracterizan porque el individuo atribuye agresivamente la frustración a personas o cosas exteriores dirigiendo francamente su agresión contra el medio, aunque no estadísticamente significativas, son importantes a considerar ya que el gran índice de respuestas de este tipo, y más aún si tomamos en cuenta que los valores en cuanto a medias, fueron importantes en los grupos de madres que tienen un hijo quemado entre Omese y 1 año de edad, se puede hablar de una agresión latente que puede ser disparada por cualquier situación personal o del medio ambiente que puede contribuir aun más a que estas madres reaccionen agresivamente con sus hijos, o bien favoreciendo el medio ambiente para que la situación se dé.

Curiosamente el tipo de respuestas intropunitivas, es decir, aquellas en donde el individuo se atribuye agresivamente ser la causa de la frustración, no es común en las reacciones en el grupo de madres investigado, este tipo de respuestas constituyen los valores más bajos en cuanto a medias. Se esperaría que estas madres internamente se sintieran terriblemente culpables, sentimiento que las

confrontaría con la realidad de su situación como mujeres y madres dentro de su familia; sin embargo curiosamente como se expuso en el párrafo anterior esto no se da.

Expresan verbalmente ser culpables de lo sucedido.

Gardner expone que estos sentimientos de culpa son necesarios para luchar y ganar algo de control sobre la calamidad y manejar lo incontrolable.

Posiblemente estas mujeres busquen en su familia y en el personal institucional un freno a sus sentimientos de culpa reaccionando, si se da lo contrario, agresivamente o bien deprimiéndose.

En esta investigación se recabaron datos específicos de las madres de estos niños, de sus familias conyugales y de los propios niños, datos útiles, ya que proporcionan la visión externa de la estructura de estas familias.

Se encontró que el 39.68 % de las madres tienen una edad de 20 a 30 años; el 28.57% de ellas tienen de 21 a 25 años; el 17.48% de 26 a 30 años; el 12.69% entre 31 y 40 años y el 1.50% correspondió a madres de 41 a 45 años, observando que ninguna de las madres de las 63 que conforman el grupo de investigación cayó en los rangos de edad de 15 a 20; de 46 a 50 o de 51 en adelante (anexo 4), lo que hace suponer que son madres jóvenes y "maduraz" en cuanto a edad se refiere y no unas jovencitas o adolescentes que pudieran por su situación natural descuidar a sus hijos, ni tampoco son madres cansadas por los años, que por su falta de fortaleza física descuiden a los niños.

El porcentaje en la escolaridad en este grupo de madres fue de 34.92% para aquellas que terminaron la educación primaria básica, seguidos por el grupo de madres analfabetas que ocupó el 14.28% de la población en estudio. El 6.35% concluyeron Primero de primaria, el 19.04% cuentan con Segundo (9.52%) y tercer año (9.52%), el 1.60% cuentan con estudios hasta cuarto grado y el 4.76% concluyeron quinto de primaria. El 11.11% cuentan con la educación media terminada; el 1.58% con estudios a nivel medio superior (Preparatoria); el 6.35% de ellas tienen una escolaridad superior, es

decir concluyeron una carrera técnica, comercial o incluso profesional. Canexo 5).

Lo que se observa en los datos anteriores, da indicios para afirmar que un alto porcentaje de estas madres no poseen las bases educacionales elementales para conocer y prever los peligros que el medio ambiente social y familiar originan.

El 68.25% de las madres se dedican al Hogar; el 15.97% son empleadas domésticas; el 11.11% desempeñan labores como vendedoras en puestos ambulantes, en tianguis o mercados; el 1.96% trabajan desempeñando puestos de obreras o albañilería y el 13.17% laboran ejerciendo su carrera comercial, técnica o profesional. Canexo 6).

El 82.54 % de estas mujeres se encontraron presentes en el momento del accidente, es decir dando la espalda a su hijo, o bien en el patio, cuarto etc, adjunto a la casa o dentro de ella, y el 17.46% de las madres no se encontraban en el momento del accidente, por estar en sus lugares de trabajo, o porque habían salido a casa de familiares, vecinos o de compras. Canexo 7). Si el porcentaje mayor de las madres no laboran y se encuentran en el hogar al cuidado de los hijos y si esto se une a que también el mayor número de ellas estaban presentes en el momento del accidente, se puede pensar que estas mujeres están tan cargadas de ansiedad y tan preocupadas por su situación familiar y personal que no pueden desempeñar sus funciones como madres, ni mucho menos pueden preservar a sus hijos de los accidentes.

Los datos recabados de las familias conyugales de estas madres indican que el 52.36% de ellas están casadas por una o ambas leyes; el 31.74% de los casos viven en unión libre; el 14.28%, están separados de su pareja y, el 1.59% son madres solteras (Canexo 8).

Los conyuges de estas mujeres en un 76.19% viven con ellas y sus hijos; un 23.80% están ausentes del núcleo familiar y en ningún caso de los 63 que constituyeron la muestra de investigación fué fallecido (Canexo 9).

El 84.13% de las madres solo han vivido con una pareja, la cual es padre de todos sus hijos; un 14.28% de estas mujeres viven actualmente con la segunda o tercer pareja, engendrando hijos de cada

una de ellas y el 1.58% de las madres de estos niños fueron violadas engendrando o bien al niño que sufrió el accidente de quemadura, o bien a otro hijo, y por lo cual no conocen al padre de alguno a de su único hijo (anexo 10).

Las familias de la muestra en estudio estuvieron formadas en un 28.58% por parejas que tienen dos hijos; un 25.40% tienen cuatro hijos; el 22.22% tienen tres hijos y el 23.79% restante está constituido por familias que tuvieron 5, (4.76%), 6.(4.76%), 7, (1.58%), 9, (4.76%) y 12 (1.58%), hijos, el 8.33% de la población tienen un solo hijo (anexo 11).

Los datos anteriores muestran que realmente las alteraciones en estructura familiar en el grupo investigado, aparentemente no son importantes, pero que el hablar de familias completas en cuanto a miembros se refiere, no indica que sean familias funcionales y sólidas emocionalmente, y que los miembros de ésta pueden relacionarse caoticamente generando en el núcleo familiar alteraciones que a simple vista no son percibidos.

El 80.32% de la población estuvo constituida por niños varones y el 39.88% por mujeres (anexo 12).

El 82.54% fueron niños deseados por su madre y el 17.46% no lo fueron (anexo 13).

El Agente de quemadura causal mas frecuente en los accidentes sufridos por los niños de esta muestra fue el Agua Caliente; ocupando un 88.25% de los casos, ya que se sumaron los porcentajes de agentes como sopa caliente (1.58%), frijoles (1.58%), café (7.84%), leche caliente (1.58%), pozole (1.58%), y caldo (1.58%). En segundo lugar el agente que ocupó el 14.28% de los casos fue el fuego directo, la electricidad, gasolina y polvora ocuparon el 3.17% respectivamente. El resto del porcentaje está distribuido por agentes como Aceite (3.17%), Atole (3.17%) y manteca (1.58%). (anexo 14).

Este dato confirma las investigaciones realizadas por Aldama y Nieto (1988), en cuanto a agentes causales de quemadura en lo niños se refiere, enfatizando este problema como existente.

**VIII
CONCLUSIONES**

De acuerdo al planteamiento del problema que se hizo; CUALES SON LAS REACCIONES A LA FRUSTRACION EN LAS MADRES QUE TIENEN UN HIJO (A) QUEMADO (A). Y SI VARIAN CON RESPECTO A LA EDAD DEL NIÑO ? ; se puede afirmar en base a los resultados obtenidos, que se acepta la hipótesis nula que plantea: Que diferencias existen en las reacciones a la frustración en las madres que tienen un hijo(a) quemado(a) y si varían con respecto a la edad del niño.

Las diferencias en las reacciones a la frustración en las madres de los niños quemados se dieron dentro de cada grupo de edad con diferencias tan mínimas estadísticamente que no permiten determinar cual es la manifestación o reacción constante para cada grupo.

Es por esto que a pesar de que se aceptó la hipótesis, los datos arrojados son sorprendentes ya que se esperaba encontrar un tipo de respuestas extrapunitivas, principalmente en los grupos 0,1, y posiblemente en el 2 y que conforme la edad del niño avanzara, este tipo de respuestas disminuiría.

Se considera entonces que la edad no es una variable que afecte directamente a las reacciones que emiten las madres cuando están frustradas, ni mucho menos se relaciona con el tipo de respuestas como se esperaba.

Los datos obtenidos fueron inesperados puesto que se dieron dentro del grupo B, constituido por niños de ocho años a ocho años once meses, manifestaciones ante la frustración en las madres, de tipo extrapunitivo y fueron en este grupo las respuestas más altas en cuanto a medias se refiere, esto sin dejar de considerar que el resto de las respuestas ante la frustración son reacciones estadísticamente significativas.

Esto indica que posiblemente las madres de estos niños se permiten expresar su agresión más franca y directamente hacia el medio, postulándose que esto se da porque el medio ambiente y la independencia del niño a esta edad, pueden ser factores que ayuden para que la madre delegue responsabilidades.

Este resultado es importante para ser investigado a fondo y así poder esclarecerlo.

La hipótesis de trabajo plantea: CUALES SON LAS REACCIONES A LA FRUSTRACION EN LAS MADRES QUE Tienen UN HIJO(A QUEMADO(A)?, observando como se expuso en el capítulo anterior que el tipo de respuestas más común a todos los grupos fue la expresión impunitiva, que se da como respuesta a la amenaza que experimenta el ego de estas mujeres, con el accidente sufrido por sus hijos.

Es válido postular que estas respuestas impunitivas pueden ser encubridoras de deseos agresivos inconscientes muy intensos, que si fueran expresados constituirían una amenaza para la madre, resultando así más útil reaccionar impunitivamente.

Los datos recabados de las madres de estos niños, de sus familias conyugales y de los niños accidentados, no son a simple vista datos importantes para ser tomados en cuenta, ya que se esperaban encontrar en estas familias datos concretos que hablaran de disfuncionalidad, desestructuración y conflictos dentro de ellas. Sin embargo, se puede considerar, por ejemplo, que la presencia de el padre en casa no habla necesariamente de que sea un padre que de fortaleza emocional a su pareja y a sus hijos, ya que pueden ser padres alcohólicos, golpeadores etc, que provocan en su pareja principalmente estados de angustia e incertidumbre.

El hecho de que las madres en su mayoría se dediquen al hogar, no supone que ellas cuiden y atiendan a sus hijos y pareja, ya que posiblemente están tan preocupadas por otros factores internos y externos que no proporcionan a sus hijos la protección y herramientas que los preserve de los accidentes.

La ignorancia e incredulidad que rodean a los accidentes ocasionados por líquidos calientes, postula sin error que socialmente se desconocen, apareciendo como sorprendentes, y es por esto que no se le da importancia al medio ambiente (casa pequeñas, lugares inseguros de juego para los niños, etc), como factores importantes a prevenir.

Se piensa entonces que socialmente se debe empezar a actuar dando a conocer a la población que este tipo de accidentes se dan y son posibles, enseñando conjuntamente a prevenirlos.

Se invita a los profesionales estudiosos de la sociedad para que investiguen dentro de su área estos accidentes y que conjuntamente con los profesionales encargados de la salud mental ahonden en el problema del niño quemado que se da y existe.

IX
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Al estar conciente de la limitaciones del presente trabajo de investigación, se ponen a consideración algunas sugerencias que permitirían enriquecer más los hallazgos obtenidos:

1.-Utilización de un grupo control.

2.- Considerar nuevas variables independientes. (Edad, Escolaridad, Ocupación, en la madre, y Sexo en el niño quemado entre otras).

3.- Investigación de las familias para conocer su dinámica. (funcional o disfuncional).

4.-Investigar impulsos inconscientes en las madres.

5.-Investigar los rasgos de personalidad.

(En el niño quemado y en su madre).

6.- Investigar a las familias de origen de las madres de estos niños.

X
BIBLIOGRAFIA

Citas Bibliográficas

- 1.- Seligman, Macmillan B. y otros (1971) pag 52.
- 2.- Aldama.S, Nieto R. (1985) pag 87
- 3.- Romano P. (1988). pag 13
- 4.- Romano P. (1988) pag 17
- 5.- Seligman M. Macmillan B y otros (1971) pag 56 y 57.
- 6.- Friedman Y Kaplan (1981) pag 512
- 7.- Romano P. (1988) pag 14
- 8.- Romano P. (1988) pag 4 y 5.
- 9.- Ramírez V. de la Vega S. (1988) pag 132.
- 10.-Romano P. (1988) pag 8
- 11.-Bernstein R (1978) pag 184
- 12.-Bernstein R (1978) pag 199
- 13.-Salisbury R. Newman (1988) pag 23.
- 14.-Salisbury R Newman (1988) pag 40
- 15.-Romano P. (1988). pag 15
- 16.-Ramírez V ,De la Vega S (1988) pag 147
- 17.-Cueli J. (1980) pag 48
- 18.-Cueli J (1980) pag 47
- 19.-Gago H.(1985) pag 81
- 20.-Gago H. (1985) pag 81
- 21.-Rosenzweig (1954) pag 12
- 22.-Flores C (1988) pag 7
- 23.-Flores C (1988) pag 8
- 24.-Flores C (1988) pag 8
- 25.-Dollár y Miller (1939) pag 40.

- 1.- ALDAMA, V. Sergio y Nieto, M.R. (1988). ASPECTOS CLINICOS Y EPIDEMIOLOGICOS DE LAS QUEMADURAS EN LOS NIÑOS. Gac Méd. Distr. Fed. México. Volumen 3. Abril-Junio 1988.
- 2.- BERNSTEIN, R.N. (1976). EMOTIONAL CARE OF THE FACIALLY BURNED, AND DESFIGURED. Boston Little Brown. E.U.A.
- 3.- BONILLA M, Y OTROS (1987) MANUAL PARA LA ELABORACION DE TESIS. Coordinación de Investigación, Facultad de Psicología. Universidad Intercontinental.
- 4.- BROWN, J.S. (1959). CURRENT THEORY AND RESEARCH IN MOTIVATION. A. Simposium Lincoln. University of Nebraska.
- 5.- COFER, C.N. y Appley M.M. (1981). PSICOLOGIA DE LA MOTIVACION. Edit. Trillas. México.
- 6.- CUELI, J. (1980). DINAMICA DEL MARGINADO I. Edit. Alhambra. México.
- 7.- DOLLARD y Miller (1939) FRUSTRACION Y AGRESION. Edit. Mc Graw-Hill, Barcelona.
- 8.- FARBER, I.E. (1953). THE ROLE OF MOTIVATION IN VERBAL LEARNING AND PERFORMANCE PSYCHOL. Bull. 1953, 52, 311-317.
- 9.- FLORES Caribe (1988). ESTUDIO DE FRUSTRACION COMO PROBLEMA PSICOLOGICO EN DOS GRUPOS DE MUJERES MEXICANAS.
- 10.- FREUD, A. (1978). EL PSICOANALISIS Y LA CRIANZA DEL NIÑO. Edit. Paidós. Buenos Aires 3a Edición. Buenos Aires Argentina.
- 11.- FREUD, S. TEORIA DE LA LIBIDO. Obras completas XVII. MAS ALLA DEL PRINCIPIO DEL PLACER. Obras completas II.

12. - FREEDMAN, Kaplan, Sadok (1981). COMPENDIO DE PSIQUIATRIA. Edit. Salvat. Barcelona.
13. - GAGO Huguert, A. (1965). LA FRUSTRACION COMO FACTOR PSICOLOGICO DE LA PERSONALIDAD. U. N. A. M. México.
14. - GARDNER, R. A. (1969). THE GUILT REACTION OF PARENTS OF CHILDREN WITH SOVERE PHYSICAL DISEASE. Am. J. Psychiatry 126.
15. - HERSCHOWITZ, R. G. (1973) CRISIS THEORY, A FORMULATION. Psychiatr. Ann. (12); Dec 1973.
16. - IRWIN M. John, E. F. (1985). PROBABILIDAD Y ESTADISTICA PARA INGENIEROS. 3a. Edición. Edit. Prentice Hall. México.
17. - KLAUS., Kennell (1978). LA RELACION MADRE-HIJO. Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires - Argentina.
18. - KRUPP A. M. y Chatton, M. I. (1979) DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. Edit. Manual Moderno. 14a edición. México D.F.
19. - LEVIN J. (1977). FUNDAMENTOS DE ESTADISTICA EN LA INVESTIGACION SOCIAL. 2a. edición. Edit. Haria.
20. - MASLOW, A. H. (1941) DEPRIVATION, THREAT AN FRUSTRATION. Psychol. Rev. 1941.48.
21. - MASLOW, (1954). MOTIVATION AND PERSONALITY. NEW YORK. HAROER.
22. - PETRILLO, M., Sanger, s. (1972). CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO. La Prensa Médica Mexicana. México D.F.
23. - RAMIREZ, S. (1983). EL MEXICANO. PSICOLOGIA DE SUS MOTIVACIONES. 6a. edición. Edit. Grijalbo.
24. - RAMÍREZ, V., De la Vega, S. (1986). ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS FANTASIAS QUE PRESENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS, CON FRACTURAS Y NORMALES. Tesis. U.N.A.M. México.

25. - ROMANO V.P. (1988). MANEJO PSIQUIATRICO Y ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DEL NIÑO CON QUEMADURAS. (No Publicado).
26. - ROSENZWEIG.S. (1984). TEST DE FRUSTRACION. Edit. Paidós. Buenos Aires- Argentina.
27. - ROSENZWEIG .S. (1944). AND OUTLINE OF FRUSTRATION THEORY. EN PERSONALITY AND THE BEHAVIOR DISORDER. New York. Ronald.
28. - ROY Allec.(1983). EARLY PARENTAL DEATH AND ADULT DEPRESSION. Psychological medicine.1983. Vol. 13.
29. - SALISBURY.R.E. Newman.N.M. y otros. (1986). MANUAL DE TRATAMIENTO EN LAS QUEMADURAS. Edit. Salvat. México.
30. - SELIGMAN.H.D. y otros (1971). THE BURNED CHILD A NEGLECTED AREA OF PSYCHIATRY. Amer..J.Psychiat.129; 1. July.
31. - SILVER. H.Kempe.C.H. Y Bruyn.H.B. (1973). MANUAL DE PSIQUIATRIA. Edit. Manual Moderno. México D.F.
32. - SCHAFFER.R. (1970). SER MADRE. Ediciones Morata.S.A. Madrid.
33. - WALKER LILLY. S. (1980). PSICOLOGICAL TREATMENT OF A BURNED CHILD. Journal of Pediatric Psychology.

XI
ANEXOS

ANEXO 1

TEST DE ROSENZWEIG
PROTOCOLO DE REGISTRO

Nombre _____ Escolaridad _____
 Edad _____ Motivo del examen _____
 Profesión _____ Examinador _____
 Fecha de hoy _____ Lugar _____

RESPUESTAS

1		8	
2		9	
3		10	
4		11	
5		12	
6		13	

7		14	
15		20	
16		21	
17		22	
18		23	
19		24	

ANEXO 3

CUESTINARIO

INSTRUCCIONES: Voy a hacerle algunas preguntas, especialmente relacionadas con su hijo "quemado". Para que se pueda obtener la mayor información de sus respuestas, en dicha investigación, usted deberá responder con la mayor sinceridad posible"

1. -Nombre de la madre. _____
 Edad _____ Estado Civil _____
 Religión _____ Escolaridad _____
 Ocupación _____ Si trabaja: Cuántas horas pasa fuera de la casa _____
 Al cuidado de quien se quedan el o los hijos: _____
 Domicilio: _____
2. -Vive el padre del niño (si) (no) _____
3. -Vive actualmente el padre en el mismo domicilio con la familia: _____
 (si) (no) Porque: _____
4. -Años de matrimonio (unión libre) con el padre del niño _____
5. -Ha estado casada (unión libre) anteriormente _____
 (si) (no) Explique _____
6. -Número de hijos: _____ Son todos del mismo padre: _____
7. -Que lugar ocupa usted en su familia de origen _____
8. -Qué lugar ocupa el niño quemado entre los hermanos: _____
9. -Nombre del niño _____
 Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Escolaridad _____ Religión _____
10. -Fecha y Lugar del accidente _____
11. -Motivo del accidente _____
12. -Con que se quemó el niño:
 a) Agua Caliente: ()
 b) Café ()
 c) Atole ()
 d) Caldo ()
 e) Mole ()
 f) Frijoles ()
 g) Sopa ()
 h) Te ()
 Otros _____

13.-Donde se encontraba usted en el momento del accidente: _____

14.-Cuál fue su primera reacción al ver a su hijo o al enterarse de lo sucedido:

Tristeza ()
Desesperación ()
Asombro ()
Coraje ()
Culpa ()
Indiferencia ()
Otros: _____

15.-Ahora que su hijo está hospitalizado usted, se siente:

Tranquila ()
Triste ()
Culpable ()
Enojada ()
Indiferente ()
Otro: _____

16.-Viene a verlo al hospital:

(Si) (No) frecuencia: _____

17.-Describame como era su hijo, es decir como se portaba antes de sufrir el accidente: _____

18.-Como se porta su hijo actualmente en el hospital: _____

19.-Cuando su hijo en casa se porta mal, que hace usted para corregirlo:

Pegaba ()
Castigaba ()
Gritaba ()
Insultaba ()
Otros: _____

20.-Cuando se entero que estaba embarazada de su hijo, se puso:

Contenta ()
Triste ()
Enojada ()
Indiferente ()
Otro: _____

21.-Desoba usted tener a su hijo:

(Si) (No) Porque: _____

22.-Que situación familiar esta presente en el momento que usted queda embarazada: _____

23.-Cuál fue la reacción de su esposo ante este embarazo: _____

Alegria ()
Tristeza ()
Enojo ()

Indiferencia ()

Otro: _____

- 24.-Durante su embarazo deseaba que su bebe fuera:
Hombre () Mujer () No habia preferencia ()
- 25.-Su esposo queria que el bebe fuera:
Hombre () Mujer () No habia preferencia ()
- 26.-Tuvo molestias durante el embarazo:
(si) (no)
- 27.- Sufrío algún accidente durante los meses de embarazo:
(si) (no) Describe: _____

28.- Sucedió algo importante en su familia o hubo algún problema en el tiempo de su embarazo; (no) Describe: _____

29.-Que sintió usted cuando tuvo la primera vez a su hijo en sus brazos:

- Alegría ()
Lloro ()
Tristeza ()
Lloro ()
Enojo ()
Indiferencia ()
Desprecio ()

Otro: _____

30.-En las siguientes horas despues de haber dado a luz usted:
lloraba () frecuencia: _____
Se puso triste ()
Estaba contenta ()
Estaba enojada ()
Otros: _____

31.-Cuando llego a su casa con su hijo o bien si ahí lo tuvo. Cual fue la situación familiar que estaba presente: _____

32.- Cual fue la reacción de su esposo al ver a su hijo:

- Alegría ()
Tristeza ()
Enojo ()
Indiferencia ()
Otro: _____

33.- Posterior al embarazo tuvo alguna complicación. (enfermedad), por la que no pudo atender a su hijo:
(si) (no) Explique: _____

34.- Lo alimento al seno materno:

- (si) (no) Porque: _____

Cuanto tiempo: _____

35.-Cuando su hijo lloraba de recién nacido como se sentía usted:
Molesta ()
Desesperada ()

Lo atendía ()

Enojada ()

Otros: _____

36. -Su hijo(a) se enferma frecuentemente:

(si) (no)

Tiempo: Una vez cada 15 días ()

Una vez al mes ()

Una vez al año ()

Otros: _____

Tipo de enfermedad: _____

37. -Ha tenido que estar anteriormente internado en algún hospital:

(si) (no)

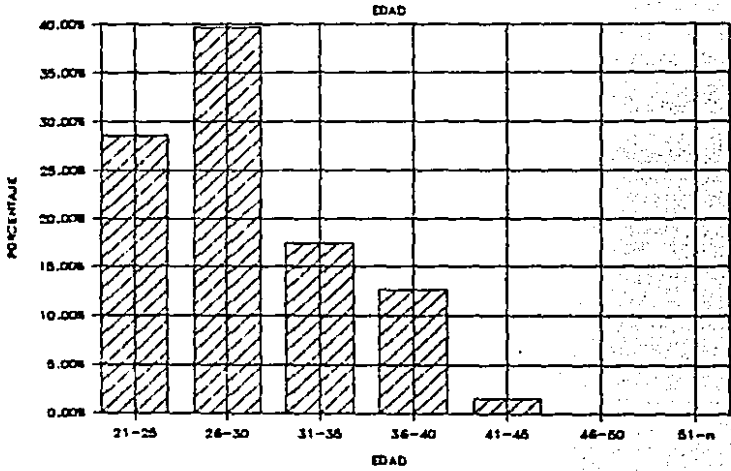
Explique: _____

Por cuanto tiempo y que enfermedad presentó: _____

38. -Alguna persona de su familia o de la de su esposo ha sufrido alguna quemadura: (si) (no) Explique: _____

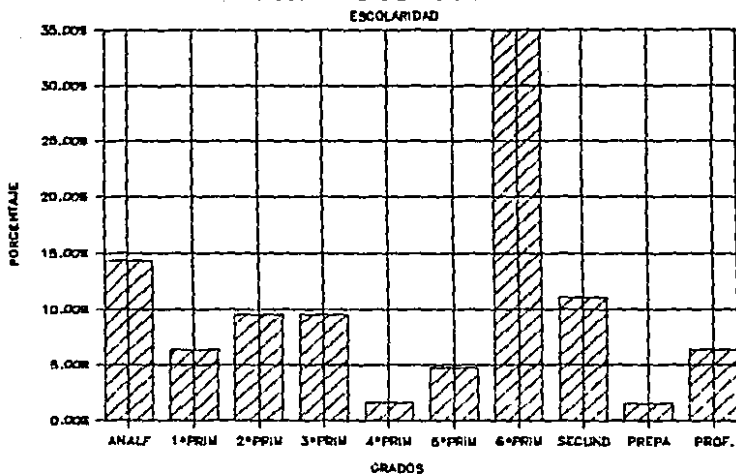
ANEXO 4

DATOS DE LA MADRE



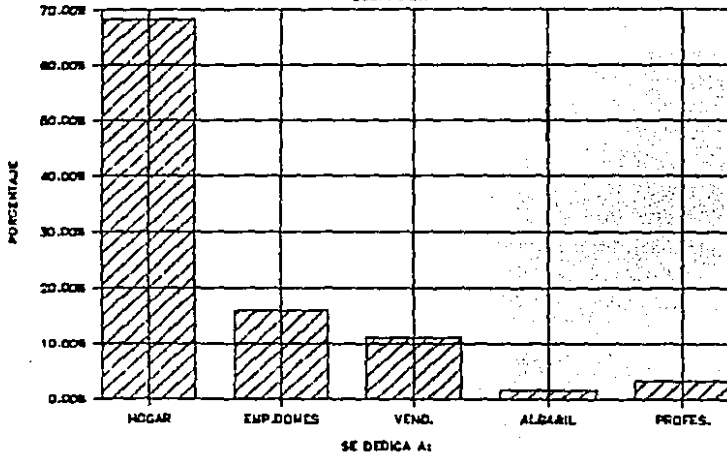
ANEXO 5

DATOS DE LA MADRE



ANEXO 6

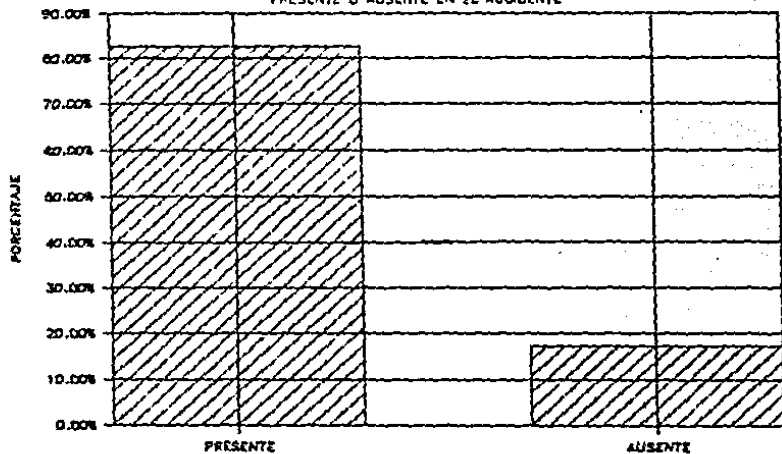
DATOS DE LA MADRE
OCUPACION



ANEXO 7

DATOS DE LA MADRE

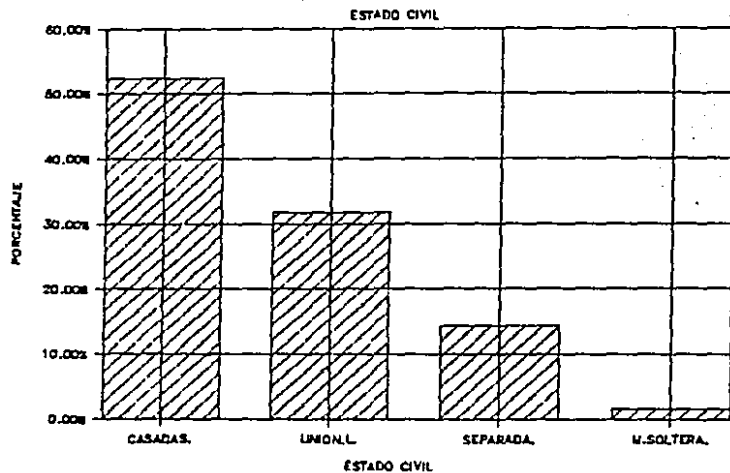
PRESENTE O AUSENTE EN EL ACCIDENTE



EN EL ACCIDENTE LA MADRE ESTABA:

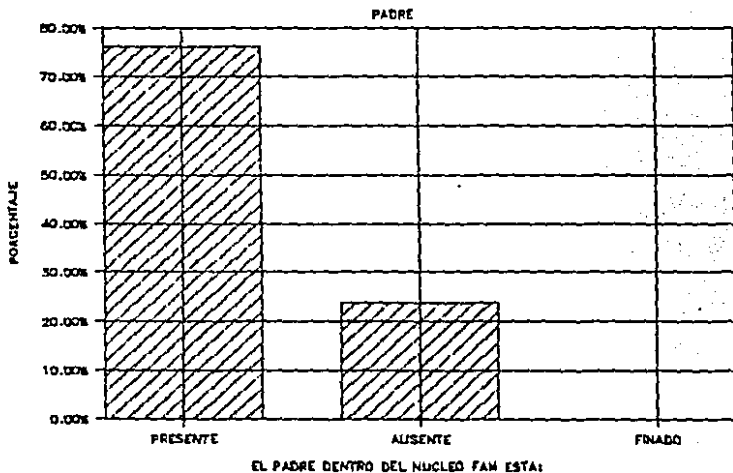
ANEXO B

DATOS DE LA MADRE



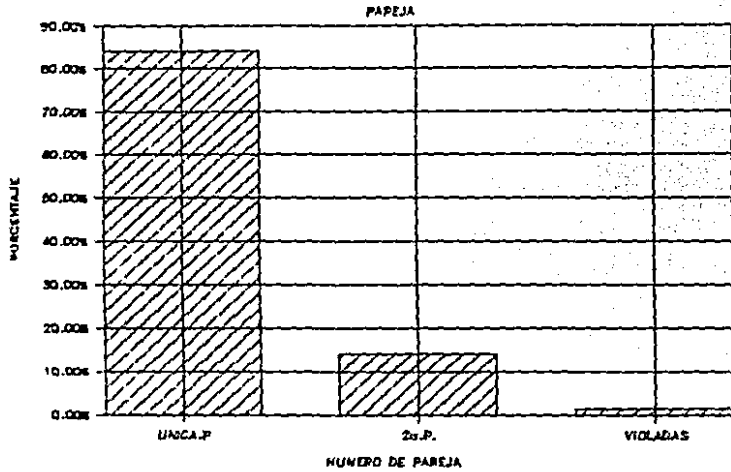
ANEXO 9

DATOS FAMILIARES



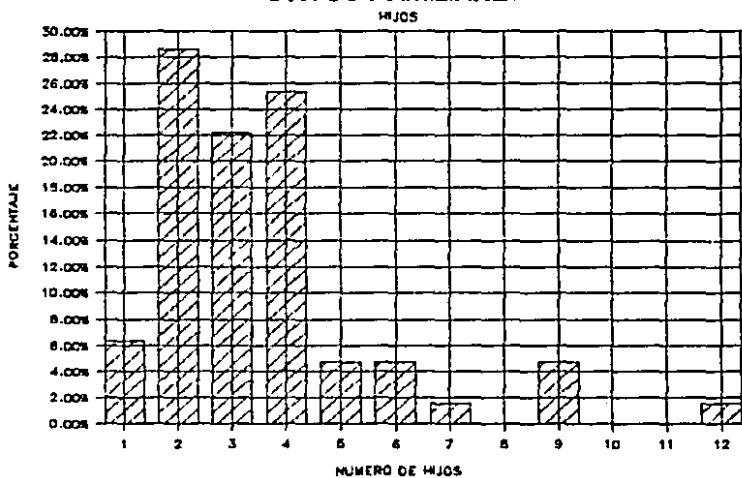
ANEXO 10

DATOS FAMILIARES



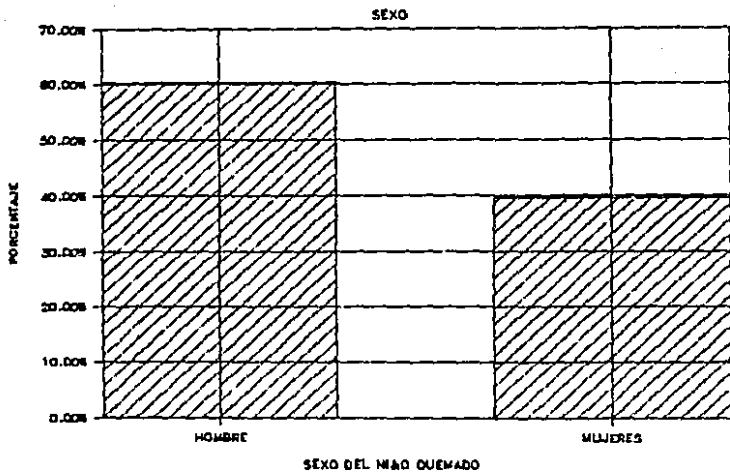
ANEXO 11

DATOS FAMILIARES



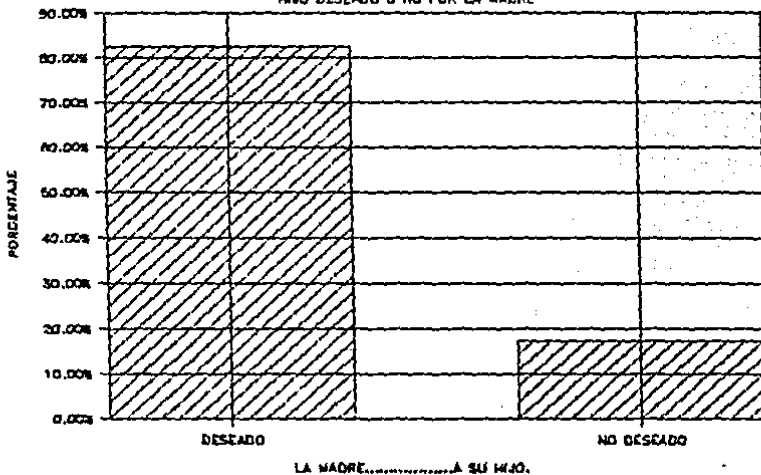
ANEXO 12

DATOS DEL NI&O



ANEXO 13

DATOS DEL NI&O
HIJO DESEADO O NO POR LA MADRE



ANEXO 14

AGENTES DE QUEMADURA

FRECUENCIA DE PRESENTACION

