

ESCUELA DE PSICOLOGIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

ESTUDIO DE LA RELACION MADRE-HIJO EN  
PACIENTES NEFROPATAS CON FALLAS EN EL  
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO MEDICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
ISELA URIBE SALINAS

DIRECTOR DE TESIS:  
LIC. CATALINA PIÑA DE LEON

MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**"EL HOMBRE INTELIGENTE ES AQUEL QUE BUSCA  
CONOCIMIENTO Y LO EMPLEA PARA BIEN DE LA  
HUMANIDAD"**

*A. WIDTSOE (ABRIL 1938).*

### ***AGRADECIMIENTOS***

*A LA LICENCIADA CATALINA PIÑA DE LEÓN, CON MI MAYOR RECONOCIMIENTO Y GRATITUD, POR LOS CONOCIMIENTOS, ORIENTACIÓN Y ASESORÍA QUE TUVO A BIEN BRINDARME.*

*ASÍ MISMO, HAGO PATENTE MI AGRADECIMIENTO AL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA, EN MANERA ESPECIAL AL SERVICIO DE NEFROLOGÍA.*

*A TODAS LAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA MANERA, ME BRINDARON APOYO INCONDICIONAL EN LA ELABORACIÓN DE ESTA TESIS.*

*A MIS PADRES*

*QUIENES CON SU IRRECLINABLE CARIÑO Y BRILLANTE EJEMPLO  
DE TRABAJO Y SUPERACIÓN, HAN ILUMINADO SIEMPRE EL  
SENDERO DE MI EXISTENCIA.*

*A MIS HERMANOS*

*POR SER PARTE IMPORTANTE EN MI VIDA.*

*A MIS AMIGAS*

*MARICARMEN, ROSALIA, Y PAULA , POR SU VALIOSA Y SINCERA  
AMISTAD QUE DE UNA U OTRA MANERA HAN CONTRIBUIDO A MI  
FORMACIÓN HUMANA Y PROFESIONAL.*

*A TI FERNANDO*

*CON CARIÑO Y AGRADECIMIENTO POR EL APOYO QUE EN TODOS  
LOS ASPECTOS SIEMPRE ME HAS BRINDADO.*

*SINCERAMENTE*

*ISELA*

# INDICE

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

#### CAP.1 RELACIÓN MADRE - HIJO

PÁG.

1	TEORÍA DEL VÍNCULO SEGÚN BOWLBY	1
1.1	REPERTORIO DE CONDUCTAS DEL RECIÉN NACIDO	2
1.2	RESPUESTAS TEMPRANAS ANTE LAS PERSONAS	3
1.3	PAUTAS DE CONDUCTA DIFERENCIALMENTE DIRIGIDAS	8
1.4	PROCESOS QUE CONDUCEN A LA SELECCIÓN DE LA FIGURA DE APEGO	12
1.5	FASES DEL DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE APEGO	13
2	RELACIÓN DE OBJETO SEGÚN DONALD W. WINNICOTT	19
3	ESTRUCTURACIÓN INCONSCIENTE DEL SUJETO SEGÚN DOLTO Y MANNONI	22

<b>CAPITULO II ENFERMEDADES RENALES</b>	<b>PÁG.</b>
2.1 CLASIFICACIÓN DE SÍNDROMES RENALES	29
2.2 SÍNDROME NEFRÓTICO	30
2.2.1 CAUSAS FRECUENTES DEL SÍNDROME NEFRÓTICO	31
2.2.2 SÍNTOMAS Y SIGNOS	32
2.2.3 COMPLICACIONES	33
2.2.4 DIAGNÓSTICO	33
2.2.5 PRONÓSTICO	35
2.2.6 TRATAMIENTO	35
<b>CAPITULO III MÉTODO</b>	
3.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
3.2 OBJETIVO GENERAL	40
3.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES	40
3.4 TIPO DE ESTUDIO	40
3.5 INSTRUMENTO	41
3.6 PROCEDIMIENTO	42
<b>CAPITULO IV RESULTADOS</b>	
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	43
4.2 DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	78
4.3 CONCLUSIONES	80
4.4 SUGERENCIAS ALCANCES Y LIMITACIONES	81
<b>ANEXOS</b>	<b>82</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>100</b>



## RESUMEN

El presente estudio de casos se realizó con 5 pacientes pediátricos, que presentaban como enfermedad de base síndrome nefrótico, cuya edad oscilaba entre 1 y 5 años y se encontraban hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría. El propósito fue identificar indicadores de la modalidad relacional madre - hijo que pudieran estar favoreciendo o interfiriendo la adhesión al tratamiento en estos pacientes.

En la primera parte se sustenta teóricamente el problema, llegando así al conocimiento de que el desarrollo normal del ser humano se logra a través de la seguridad proporcionada por los cuidados maternos, así como por lo que estos le van significando simbólicamente al bebé. En la segunda parte se desarrolla la manera en como han sido estudiadas las enfermedades renales, así como la importancia que tiene el estudio del síndrome nefrótico, dado que es una enfermedad de larga duración y tendiente a la progresión en algunos casos, la cual produce un impacto psicológico mayor, cuanto más pequeño sea el niño que la padece. En la tercera parte se desarrolla el tipo de investigación, así como los instrumentos utilizados. En la cuarta parte se señalan los resultados obtenidos en dicho estudio. Finalmente se desarrolla un análisis e interpretación de los resultados encontrados.

## INTRODUCCIÓN

Hasta antes de la segunda mitad del presente siglo, no existía un tratamiento definitivo para niños que padecían cualquier tipo de enfermedad renal. Se les hospitalizaba en el servicio mientras se establecía el diagnóstico y el pronóstico que generalmente era mortal (Korsch, 1984). Fue hasta 1950 con la introducción de técnicas como la diálisis y el trasplante renal, que se dio un gran paso en la esperanza de vida de estos pacientes. Sin embargo, en la actualidad resulta muy preocupante que pese a los avances logrados en la nefrología pediátrica, los riesgos de que una enfermedad renal evolucione a una insuficiencia renal crónica terminal, continúan siendo muy elevados a causa del incumplimiento de las prescripciones médicas, que en el caso del paciente pediátrico, el papel que juegan los padres es crucial para dicho cumplimiento.

En la actualidad existen investigaciones en las que se reporta, que una enfermedad crónica o de larga duración provoca a su vez altos niveles de estrés debido a la dependencia permanente de medicamentos, por lo que se ha enfatizado en estudiar dicho estrés respecto a que tanto puede favorecer o interferir la adhesión al tratamiento. Sin embargo, aún no existen estudios que consideren el papel de la madre en el cumplimiento de las indicaciones médicas en el caso de los pacientes pediátricos, lo que constituyó el principal motivo para realizar el presente estudio.

El móvil al llevarlo a cabo es obtener información sobre los factores relacionales entre la madre y el hijo que puedan estar favoreciendo o interfiriendo la adhesión al tratamiento de estos pacientes, y que a futuro permita plantear modelos psicoterapéuticos encaminados a brindar una posibilidad de expresión sobre los aspectos que puedan estar interfiriendo dicha adhesión. Finalmente con este estudio, se intenta ofrecer un instrumento más que pueda ser de utilidad al médico, para predecir hasta cierto punto, el éxito o fracaso de la adhesión al tratamiento en pacientes pediátricos.

## **I RELACIÓN MADRE - HIJO**

### **I TEORÍA DEL VÍNCULO SEGÚN BOWLBY**

( Bowlby,1993 ) ha estudiado la relación madre - hijo, sobre bases biológicoetológicas, las cuales se apoyan en sistemas de comportamiento observables característicos de ciertas especies. Es así que Bowlby ha prestado un interés creciente a la importancia que tiene para las crías de las especies más avanzadas, desde el punto de vista evolutivo, el poder mantener un contacto con la madre con el fin de satisfacer - a través de ella - sus necesidades ( físicas, afectivas ) y sobrevivir a las amenazas del medio.

La serie de observaciones realizadas le permitió a Bowlby, establecer una diferencia entre la conducta de apego y el vínculo propiamente dicho. El apego, en el sentido biológicoetológico del término, tendría que ver con toda pauta de conducta que facilite la ansiada proximidad con la madre, y asegurar así la supervivencia. En cambio, la noción del vínculo puede ser definida como la capacidad de relación emocional del sujeto con sus objetos, lo cual es una consecuencia del apego.

Bowlby parte de la idea de que el recién nacido es un sujeto particularmente desvalido ante el ambiente, sin embargo, trae consigo cierto tipo de recursos heredados de funcionamiento automático y autónomo, y tiene la potencialidad de activar comportamientos específicos en la madre. A continuación se describe el repertorio de conductas en posesión del cual llega al mundo el bebé.

## **1.1 REPERTORIO DE CONDUCTAS DEL RECIÉN NACIDO.**

Al nacer el bebé, o poco después del nacimiento, entran en funcionamiento todos sus sistemas sensoriales. Aunque durante los tres o cuatro primeros meses de vida su capacidad de discriminación es todavía relativamente pobre, no lo es tanto como solía suponerse. En palabras de ( Rheingold,1982 ) "El ensayo cuidadoso de técnicas perfeccionadas casi siempre arroja pruebas de que existe una sensibilidad más aguda de lo que sospechábamos". Entre otros muchos descubrimientos interesantes se cuenta el de que desde los primeros días de vida el bebé puede fijar la vista en un punto luminoso y seguirlo durante un breve tiempo; por otra parte, en el término de unas pocas semanas también desarrolla una visión de figuras o contornos. Puede distinguir olores y a las tres o cuatro semanas se muestra capaz de responder de manera diferenciada ante sonidos diferentes.

Es posible determinar en qué medida el bebé puede discriminar entre estímulos diferentes observando si responde o no de manera diferenciada al cambiarse esos estímulos. Por añadidura tomando nota del modo en que responde ante los diversos estímulos también puede obtenerse información valiosa acerca de las preferencias del bebé. Algunos sonidos, por ejemplo, hacen que rompa a llorar en tanto que otros lo apaciguan; presta considerable grado de atención a determinados objetos y mucho menos a otros. Algunos sabores producen en él movimientos de succión y una expresión de alegría; otros le provocan rechazo y adopta una expresión de disgusto. Por medio de estas respuestas diferenciadas evidentemente el niño ejerce considerable influencia sobre los estímulos sensoriales que llegan a él: intensifica algunos en gran medida, y reduce a la nada otros. De esta manera, en razón de la sensibilidad selectiva con que nace el bebé, diferentes tipos de estímulos provocan tipos específicos de conducta y el niño presta atención mucho mayor a algunos elementos del ambiente que a otros.

## **1.2 RESPUESTAS TEMPRANAS ANTE LAS PERSONAS.**

Es preciso tener en cuenta el repertorio perceptual del bebé y el modo en que tiende a orientarlo hacia la figura materna, permitiéndole familiarizarse con ella. En segundo lugar, cabe considerar su equipo efector, en especial manos, pies, cabeza y boca, con los cuales llegada la ocasión, suele entrar en contacto con esa figura. Por último merece especial atención su equipo de señales: llanto y sonrisas, balbuceos y gestos con los brazos que ejercen un efecto tan llamativo sobre los movimientos de la madre y el modo en que esta trata al hijo. Al considerar cada uno de estos elementos se presta especial atención al curso que sigue su desarrollo durante los primeros meses de vida, período en que el bebé todavía se halla en la primera fase de la evolución de la conducta afectiva o "fase de orientación y señales sin discriminación de figuras".

### **a) ORIENTACIÓN**

Los recién nacidos no responden ante las demás personas como si se tratara de seres humanos. No obstante, como ya se señaló, su equipo perceptual se halla bien estructurado y puede recoger y procesar estímulos provenientes de las personas; además, su equipo reactivo manifiesta una tendencia específica a responder a esos estímulos de manera específica. Se ha comprobado que los bebés con suma frecuencia se comportan de manera tal que maximizan los tipos de estímulos provenientes de los seres humanos. Entre los ejemplos se incluye su tendencia a mirar un diseño (o un contorno, al menos), en especial cuando aquél se asemeja a un rostro humano, y la tendencia, a escuchar una voz, en particular si es voz femenina, y a romper a llorar cuando aquello se interrumpe. En tanto que los bebés acusan una tendencia a comportarse de manera determinada ante los seres humanos, las madres también acusan una propensión a comportarse de modo específico hacia los bebés. Al orientarse de frente al bebé la madre le da oportunidad de que la mire.

Al mecerlo en brazos, en posición ventroventral, suele provocar respuestas reflejas que no solo lo orientan con mayor precisión hacia ella, sino que también le dan la oportunidad de utilizar boca, pies y manos para aferrarsele. Y cuanto más ( fuerte ) experimente el uno con el otro este tipo de interacción, más fuertes serán las repuestas relevantes de ambos. De esta manera recíproca se inicia la temprana interacción entre madre e hijo.

#### **b) MOVIMIENTOS DE LA CABEZA Y SUCCIÓN.**

Los órganos principales de que se vale el bebé para entablar contacto físico con el otro ser humano son la boca, la cabeza, las manos y los pies. ( Prechtl,1958 ) ha estudiado en detalle los movimientos de cabeza que permiten a la boca del recién nacido entrar en contacto con el pezón materno. El investigador distingue dos pautas de conducta centrales; a ambas cabe la denominación genérica de " hociqueo ", aunque quizá convenga reservar el término para la primera de esas pautas.

Esa primera pauta, que consiste en un movimiento alternativo de un lado a otro, parece ser una pauta de acción fija. Pueden provocarla estímulos táctiles de diversos tipos al aplicárselos en cualquier punto de una amplia zona que rodea a la boca. También puede manifestarse como " actividad de aspiración " cuando el bebé está hambriento. Aunque varía su frecuencia y amplitud, se trata de un movimiento estereotipado en su forma, al que no afecta el lugar específico donde se produce la estimulación.

La segunda pauta de conducta, un movimiento de cabeza dirigido, se organiza según lineamientos mucho más complejos. Cuando se aplica un estímulo táctil a la piel que rodea los labios, la cabeza se vuelve en dirección a ese estímulo. Además si se mantiene la estimulación en un punto determinado de la piel durante un periodo más prolongado y siguiendo un ritmo constante y luego se le va desplazando en forma circular, la cabeza tiende a seguir ese movimiento.

Todo esto indica no sólo que el movimiento de cabeza es inducido por estímulos táctiles, sino que su forma y dirección son regulados de manera continua por la ubicación específica de esos estímulos.

#### e) APREHENSIÓN

El estudio de la aprehensión en los bebés de la especie humana, distingue tres tipos diferentes de respuesta, cada uno de los cuales se organiza en un nivel de complejidad diferente. La más simple es la respuesta de tracción, que consiste en flexionar pies y manos en respuesta a la tracción cuando el bebé suspendido se baja de pronto en el espacio. La siguiente, por orden de complejidad es el reflejo de aprehensión auténtico, el cual constituye una respuesta dividida en dos fases. La primera mediante la cual se cierra débilmente la mano o el pie, es provocada por estímulos táctiles en la palma. La segunda fase, consiste en una poderosa flexión, es provocada por estímulos propioceptivos provenientes de los músculos que también intervinieron en la fase anterior.

Ni la respuesta de tracción ni el reflejo de aprehensión se orientan en el espacio. La respuesta de aprehensión instintiva, por otra parte (la cual se desarrolla algunas semanas después), sí tiene esa orientación. A semejanza del reflejo de aprehensión, se divide en dos fases: La primera, que es provocada al interrumpirse el contacto de la mano en ángulo recto con el último punto de contacto, como si el bebé estuviera buscando algo a tientas. La segunda fase consiste en cerrar abruptamente la mano apenas la palma recibe de nuevo una estimulación táctil.

En una etapa posterior todas estas pautas de respuesta son desplazadas por otras más complejas. En particular, la conducta de aprehensión es controlada por los estímulos visuales. El bebé ya no aferra involuntariamente el primer objeto que se le coloca en la palma de la mano sino que puede asir de manera selectiva el objeto que ve y prefiere.

#### d) LA SONRISA.

Los postulados más verificables sostienen que :

- ⇒ la pauta motriz de la sonrisa pertenece a la categoría de lo que, se denomina instintivo;
- ⇒ aunque existe buen número de estímulos que pueden provocar una sonrisa, en virtud de las tendencias intrínsecas del organismo algunos resultan más eficaces que otros;
- ⇒ en el ambiente de adaptación evolutivo es mucho más probable que los estímulos eficaces provengan de la familia, y no de otras fuentes;
- ⇒ debido al proceso de aprendizaje, los estímulos eficaces con el tiempo se imitan a los de origen humano y, en particular, a las voces y rostros;
- ⇒ en virtud de posteriores procesos de aprendizaje, es más fácil que la sonrisa sea provocada con mayor rapidez e intensidad por una voz familiar ( alrededor de las cuatro semanas ) o un rostro familiar ( a las catorce semanas ) que por otro estímulo;
- ⇒ la sonrisa del bebé actúa como elemento desencadenante de conductas sociales afines; su resultado previsible es que la madre ( u otra figura a quien el bebé sonríe ) responde de manera cariñosa, lo que hace que se prolongue la interacción social entre ambos y aumenta la posibilidad de que esa persona manifieste una conducta maternal en el futuro; además,
- ⇒ la función de la sonrisa infantil consiste en intensificar la interacción entre la madre y el bebé y en mantener la proximidad entre ambos.



Durante los primeros días de vida el acto de sonreír se desarrolla en cuatro fases centrales :

- \* una fase de sonrisas espontáneas y reflejas, durante la cual una amplia serie de estímulos puede provocar una respuesta ocasional; pero esa respuesta, cuando se produce, es fugaz e incompleta. Esta fase se inicia con el nacimiento y por lo general, dura hasta cinco semanas.

- \* La segunda fase se caracteriza por las sonrisas sociales no selectivas; durante ella se van limitando los estímulos que las provocan y los más eficaces, por lo general, son los provenientes del rostro y la voz humanos. La respuesta en sí, aunque todavía no se la provoca con facilidad, es ahora completa y sostenida, y tiene una consecuencia funcional : inducir al acompañante a responderle al bebé de manera juguetona y cariñosa. En la mayoría de los bebés esta fase se pone de manifiesto con toda claridad hacia fines de la quinta semana de vida.

- \* La tercera fase se caracteriza por las sonrisas sociales selectivas, y durante su transcurso el bebé comienza a discriminar cada vez más. Ya para la cuarta semana de vida logra discriminar voces y suele sonreír ante una voz familiar. Unas diez semanas después el rostro de la persona que lo cuida también comienza a provocar en él una sonrisa más abierta y espontánea que el rostro de personas con quienes se halla menos familiarizado.

- \* Por último, se inicia la fase de respuestas sociales diferenciadas que dura toda la vida. Durante esta fase el niño sonríe abiertamente ante una figura familiar, en particular durante el juego o al saludar, pero su conducta para con los extraños es muy diferente; puede rehuirlos asustado, saludarlos de mala gana o bien dirigirles una sonrisa casi forzada, con fines de sociabilidad pero desde una distancia.

#### e) BALBUCEOS.

El papel del balbuceo en la interacción social es bastante similar al de las sonrisas. Ambas conductas se producen cuando el bebé está despierto y satisfecho, y su resultado previsible es que su acompañante responda de manera sociable e inicie una cadena de interacción con él. Ambos, por añadidura, constituyen estímulos sociales a esa edad ( cinco semanas ) y, como son provocados de la misma manera, suelen ocurrir al mismo tiempo. La diferencia fundamental, obviamente, es que en tanto que las sonrisas y los movimientos de las extremidades que las acompañan constituyen señales visuales, el balbuceo es una señal auditiva. El balbuceo, al igual que la sonrisa, contribuye a aflojar tensiones y facilitar la sociabilidad; además, cumple la función de mantener la proximidad de la figura materna, favoreciendo la interacción social entre aquella y el infante.

### 1.3 PAUTAS DE CONDUCTA DIFERENCIALMENTE DIRIGIDAS.

Como ya señalamos, uno de los cambios fundamentales que por lo común tienen lugar durante la ontogenia de la conducta es la restricción de la serie de estímulos que resultan eficaces para provocar o anular una respuesta. Ello ocurre, sobre todo, en las respuestas amistosas o el llanto de los infantes. En tanto que en un comienzo el bebé responde al trato de todo el mundo de manera indiscriminada, cuando se lo cría en el seno de una familia pronto comienza a poner de manifiesto ciertas preferencias. Entre los primeros elementos que discrimina, se cuenta la voz de la madre, a la que muy rápidamente distingue de otras voces.

A este respecto ( Ainsworth,1967 ) enumera más de doce tipos diferentes de conductas registradas en el bebé durante su primer año de vida; haciendo hincapié en las amplias variaciones de un bebé al otro, y también, quizás, en un mismo pequeño quien registra algunas fluctuaciones en la discriminación inicial, por lo que sólo pueden señalarse muy aproximadamente las edades a las que por primera vez el niño comienza a discriminar.

#### **interrupción diferencial del llanto cuando se levanta en brazos al bebé.**

El bebé continua llorando cuando la persona que lo levanta en brazos no es la madre; en cambio, cuando ella lo hace el llanto se detiene. El primer ejemplo de esta conducta corresponde a bebés de nueve semanas.

#### **llanto diferencial ante la partida de la madre.**

Rompe a llorar de inmediato cuando la madre sale de la habitación pero no cuando salen otras personas. Se advirtió esta conducta por primera vez en bebés de cinco semanas.

#### **sonrisa diferencial ante estímulos visuales.**

Sonríe con mayor frecuencia, espontaneidad y amplitud ante la visión de la madre que ante la de cualquier otra persona. Esto se registró por primera vez en bebés de diez semanas.

#### **vocalización diferencial.**

Vocaliza con mayor espontaneidad y frecuencia en la interacción con la madre que en la interacción con terceros. Ainsworth sólo la observó en infantes de veinte semanas de vida, pero puntualiza que sus observaciones fueron inadecuadas.

**orientación diferencial visopostural.**

Cuando un tercero tiene el bebé en brazos éste suele mantener los ojos fijos en la madre antes que en otra persona, y se orienta hacia ella lleno de tensión. Esta pauta de conducta se observó en bebés de dieciocho semanas.

**aproximación diferencial.**

Al hallarse en una habitación con la madre y otras personas, el bebé suele gatear en dirección a la primera. A veces esto también ocurre cuando reaparece la madre y ha sido saludada. Dicha pauta de conducta se produce a las veintiocho semanas.

**seguimiento diferencial.**

Procura seguir a la madre cuando ésta sale de la habitación, pero no seguir a otros. Los pequeños solían incurrir en esta pauta de conducta apenas comenzaban a gatear, lo que en la mayoría de los niños ocurría alrededor de la vigesimacuarta semana.

**respuestas de saludo diferenciales.**

Saluda a la madre de manera específica cuando vuelve a verla después de un período de ausencia. Al principio en el saludo suelen combinarse la sonrisa, la vocalización y una excitación corporal generalizada; luego los pequeños también comienzan a levantar los brazos. Aunque se observó en pequeños de veintiuna semanas de vida, no se descarta que alguna de esas pautas ya se podían haber registrado algunas semanas antes.

**acciones de treparse y de explorar diferenciales.**

Se encarama sobre la madre, explora su persona y juega con su rostro, pelo o ropas en mayor medida que lo que lo hace con cualquier otra persona. Esto se produce en bebés de veintidós semanas.

**acción diferencial de ocultar el rostro.**

Ya sea mientras se encarama sobre ella y la explora o al regresar de una excursión, el bebé oculta el rostro en el regazo de la madre u otra parte de su persona. Esta pauta de conducta sólo se dirigía hacia la madre del niño, nunca hacia un tercero. Se la registró en pequeños de veintiocho semanas.

**empleo de la madre como base exploratoria.**

Se aleja de la madre para explorar el ambiente y regresa a ella de tanto en tanto, pero no utiliza a otras personas como base exploratoria en la misma medida. Esta conducta se observó en bebés de veintiocho semanas, haciéndose común a los ocho meses.

**huida hacia la madre en busca de seguridad.**

Cuando se siente alarmado, el pequeño huye tan rápido como le sea posible del estímulo alarmante en dirección a la madre, en lugar de dirigirse a otros. Se observó esta conducta al rededor de los ocho meses.

### **aferramiento diferencial.**

El aferramiento diferencial hacia la madre se advierte, en particular, cuando el niño se siente alarmado, cansado, hambriento, o mal de salud. Esta pauta de conducta se ponía particularmente de manifiesto durante los últimos tres meses del primer año de vida.

### **1.4 PROCESOS QUE CONDUCEN A LA SELECCIÓN DE LA FIGURA DE APEGO**

El desarrollo de la conducta de apego del bebé hacia cierta figura específica es producto de por lo menos cuatro procesos que se desarrollan en él :

- a ) Una tendencia innata a orientarse, mirar y escuchar ciertos tipos de estímulos en lugar de otros, lo que hace que el pequeño preste especial atención a los seres humanos que lo cuidan.
- b ) El aprendizaje por contacto, que hace que el bebé aprenda entre los atributos perceptuales de la persona que lo cuida, sea quien fuere, y aprenda a discriminarla de otras personas o cosas.
- c ) Una tendencia innata a acercarse a todo aquello que lo resulte familiar, lo que lleva al bebé a aproximarse, tan pronto como se lo permita su equipo motor, a la figura que ha aprendido a discriminar.

d ) El cuarto proceso desarrollado es un forma de aprendizaje muy conocida mediante a cual, como resultado de la realimentación de determinadas consecuencias de una pauta de conducta, ésta puede intensificarse ( reforzarse ). En la actualidad existen pruebas fehacientes de que entre los reforzadores más eficaces de la conducta afectiva se halla el modo en que los acompañantes del bebé responden a sus intentos de apertura social.

## **1.5 FASES DE DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE APEGO**

Para Bowlby, el bebé al nacer, dista de ser una tabula rasa. Por el contrario, y como se mencionó inicialmente, no sólo se halla equipado con una serie de sistemas de conducta listos para entrar en actividad, sino que cada sistema ya se halla orientado de tal manera que lo activan ciertos estímulos encuadrados dentro de una o más categorías amplias y lo refuerzan o debilitan ulteriores sistemas de tipo diferentes. Entre ellos se cuentan ya determinados sistemas que sientan las bases para el posterior desarrollo de la conducta de apego: Por ejemplo, los sistemas primitivos que intervienen en el llanto, la succión, la conducta de aprehensión y la orientación del recién nacido. A éstos se agregan, pocas semanas después, la sonrisa y el balbuceo y, transcurridos algunos meses, el gatear y el caminar.

Cuando se pone de manifiesto por primera vez, cada una de estas pautas de conducta, el infante posee una estructuración muy simple. Algunas de las pautas motrices en sí se organizan según lineamientos apenas más complejos que los de pauta de acción fija, y los estímulos que las activan e interrumpen se hallan discriminados de manera muy amplia y rudimentaria.

Pero, de todas maneras, desde un principio ya se produce cierta discriminación; y desde un comienzo, asimismo, se da una tendencia específica a responder de manera determinada ante varios tipos de estímulos que por lo común emanan del ser humano: los estímulos auditivos provenientes de la voz, los estímulos visuales procedentes del rostro, los estímulos táctiles y kinestésicos generados los brazos y el cuerpo de la persona. A partir de esas bases rudimentarias surgen todos los sistemas sumamente discriminados y complejos que, durante los últimos años de la infancia y de la niñez (y durante toda la existencia posterior), intervienen en la conducta de apego dirigida hacia cierta figura en particular.

### **FASE 1: orientación y señales sin discriminación de la figura.**

Durante esta fase el bebé se comporta de manera característica hacia el resto de la gente, pero su habilidad para distinguir a una persona de otra es nula o sumamente limitada. Esa fase dura desde el nacimiento hasta por lo menos, las ocho semanas de edad, o, más a menudo, hasta las doce semanas aproximadamente; si las condiciones son desfavorables, pueden prolongarse un tiempo mayor. El modo en que el bebé se comporta hacia cualquier persona de las inmediaciones comprende su orientación hacia esa persona, movimientos oculares de seguimiento, aprehensión y alzamiento, sonrisas y balbuceos. A menudo aquél deja de llorar al oír una voz o ver un rostro. Cada una de estas pautas de conducta infantil, al influir sobre la conducta del acompañante, suele incidir sobre el tiempo en que el bebé pasa en compañía de esa persona. Después de las doce semanas, aproximadamente, aumenta la intensidad de esas respuestas amistosas. De allí en adelante el bebé suministra una respuesta social plena, con toda espontaneidad, vivacidad y deleite que la caracteriza.



### **FASE 2: orientación y señales dirigidas hacia una o mas figuras discriminadas.**

Durante esta fase el bebé continúa comportándose hacia el resto de la gente de la misma manera amistosa que en la fase 1, pero esa conducta es más notoria en relación con las demás personas. La capacidad de respuesta diferencial ante los estímulos auditivos rara vez se observa antes de las cuatro semanas de vida, aproximadamente, y muy difícilmente antes de las diez semanas en relación con los estímulos visuales. Esta fase dura hasta alrededor de los seis meses de edad, o se prolonga hasta mucho después, de acuerdo con las circunstancias.

### **FASE 3: mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada por medio de la locomoción y señales.**

Durante esta fase el bebé no sólo discrimina cada vez más el modo de tratar a la gente, sino que su repertorio de respuestas se extiende hasta incluir el seguimiento de la madre que se aleja, el saludo a su regreso y la elección de esa figura como base desde la cual explorar. De manera concomitante, van desapareciendo respuestas amistosas y poco discriminadas para con el resto de la gente. Se elige a determinadas personas como figuras de afecto subsidiarias, en tanto que se descarta a otras. El niño trata con cautela a los extraños, los cuales, más tarde o más temprano, provocan en él una sensación de alarma, haciendo que se aparte de ellos. Esta fase por lo común se inicia entre los seis y siete meses de edad, pero puede postergarse hasta después del primer año, en particular en los bebés que tienen escasos contactos con una figura central. Probablemente se prolonga durante el segundo y tercer año de vida.

#### **FASE 4: formación de una pareja con corrección de objetivos.**

Durante esta fase puede afirmarse que el niño va adquiriendo cierta comprensión de los sentimientos y motivaciones que mueven a la madre. Una vez logrado esto, se prepara el terreno para desarrollar una relación más compleja entre madre e hijo.

#### **Figura de apego central.**

Es evidente que la persona que el pequeño elige como figura de apego central, depende, en gran medida, de la identidad del ser que le brinda sus cuidados y de la composición del hogar en que vive. En casi todas las culturas la persona en cuestión suele ser la madre, sin embargo ese rol puede ser asumido con eficacia por otras personas, en situaciones especiales.

#### **Función de la conducta de apego.**

Esta reside en que brinda al bebé oportunidad de aprender de la madre distintas actividades necesarias para la supervivencia de la especie. Aunque el pequeño ser, está dotado al nacer, de un repertorio de conductas plásticas. Y sólo puede ser perfeccionado gracias a los procesos de aprendizaje, y gran parte de lo aprendido proviene de imitar lo que hace la madre o de dirigir la conducta hacia los mismos objetos a donde ella se orienta, como sustancias alimenticias. Entonces, una de las consecuencias de la proximidad con la madre reside en que aquél tiene amplias oportunidades de aprender algo útil de ésta.

### **Persistencia de las pautas de apego.**

Para el primer año de vida del niño, tanto la madre como el bebé han efectuado tales ajustes en sus respuestas mutuas que las pautas de interacción y sus consecuencias, ya son totalmente características. Evidentemente, cuanto más satisfacción brinda este tipo de interacción a una pareja, más estable será ésta. Cuando, por el contrario ciertos modos adoptados producen la insatisfacción de una o ambas partes, menos estable ha de ser, ya que la parte insatisfecha busca, siempre o de manera intermitente, modificar las pautas corrientes.

No obstante, por satisfactorio que resulte o no para ambas partes, el modo de interacción establecido durante el primer año de vida ello suele persistir, al menos durante los dos o tres años siguientes. Sin embargo, con la edad sobrevienen ciertos cambios. A medida que el niño va creciendo sus exigencias suelen disminuir. Lo atraen otros intereses y actividades que ocupan su tiempo, y no hay tantos elementos que le provoquen alarma. Su conducta de apego se ve activada con menor frecuencia e intensidad, y puede interrumpirse de maneras noveles, gracias a su creciente competencia cognitiva.

Finalmente Bowlby, pone de manifiesto que en el desarrollo normal, este tipo de experiencias cutáneas, y lo que le van significando simbólicamente al bebé a través de la seguridad proporcionada por la cercanía y la sensación íntima de aceptación materna, van siendo incorporadas por el infante. De tal forma, que la suma resultante de la maduración y las experiencias con la madre van dando lugar a la introyección de modelos vinculares.

Con lo anterior Bowlby, brinda la posibilidad de establecer una distinción entre la llamada "conducta de apego", por una parte, a la que conceptualiza como un tipo de comportamiento más estrechamente relacionado con el campo de lo biológico, y por la otra, la capacidad vincular, a la que define como una función derivada de la experiencia, que posibilita la relación con los demás, y que es específica de nuestra especie. Así mismo, pone de manifiesto que el vínculo es la capacidad de relación emocional con el otro y, si bien está sustentada en los componentes biológicos de la conducta de apego, trasciende este origen y se manifiesta en el orden de lo simbólico.

## 2 RELACIÓN DE OBJETO SEGÚN WINNICOTT

Las diferentes escuelas psicoanalíticas han abordado el estudio de las relaciones objétales, y la importancia de estas en la formación de la personalidad.

Por su parte ( Winnicott,1987 ) se aboca al estudio de la constitución del yo, partiendo de la relación que establece el infante con su primer objeto, la figura materna. Afirma que el bebé es un ser humano inmaduro y altamente dependiente al principio de la vida y que su crecimiento depende de un ambiente facilitador o cuidado materno satisfactorio en sentido general, de tal forma que el potencial heredado que es el núcleo de la persona, no puede realizarse sin un ambiente facilitador. Así mismo sostiene que la historia del crecimiento del niño es la historia de una dependencia absoluta, que va disminuyendo gradualmente y avanzando hacia la independencia. Dicha dependencia la caracterizó en tres estadios:

### **Dependencia absoluta**

En este estadio el infante no tiene forma de saber nada acerca del cuidado materno, es decir, el bebé no puede controlar lo bien o mal que cuidan de él, tan solo esta en posición de beneficiarse o sufrirlo.

### **Dependencia relativa**

Aquí el infante hace conciencia de los sentimientos y motivaciones que mueven a la madre, y puede, en una proporción creciente relacionarlos con sus impulsos personales.

### **Hacia la independencia**

El infante desarrolla medios para "sobrevivir" sin cuidados permanentes. Esto se logra a partir de la acumulación de recuerdos de cuidados y de la consecuente confianza en el medio.

Así mismo, hace notar que debe existir una "preocupación materna primaria", que es una condición psicológica presente semanas antes y después del nacimiento, y que da a la madre su especial habilidad para "hacer la cosa correcta". Ella sabe lo que el bebé siente, es decir, que la madre adquiere la capacidad de ponerse en el lugar del bebé, lo cual le permite satisfacer las necesidades básicas de éste en una forma que ninguna otra persona puede imitar, y que ninguna enseñanza puede abarcar. Sin embargo, señala que puede haber disturbio en esta área; en un extremo estaría la madre que no puede aproximarse y sentir a su bebé, y en el otro aquella madre que hace del bebé su preocupación patológica durante largo tiempo y después, súbitamente, regresa a sus preocupaciones previas.

Por otra parte ( Winnicott, 1990 ) sostiene que la capacidad de la madre de identificarse con su bebé le permite cumplir la función descrita como holding (sostenimiento), que constituye la base de lo que gradualmente convertirá al ser humano como tal. A partir de esto la función del holding, en términos psicológicos, es proveer apoyo al Yo, en particular en el estadio de la dependencia absoluta, ante el logro de la integración yoica. En otras palabras podemos decir, que el apoyo del Yo de la madre facilita la organización del Yo del bebé. Un holding adecuado permite que el bebé tenga sus primeras experiencias objétales de tipo omnipotente. Cuando las necesidades encuentran eco en una buena madre, la experiencia repetida de satisfacción de la necesidad da lugar a la experiencia de "yo he creado esto". En este periodo, la fantasía y la realidad son una y el infante se vuelve creador del mundo, y lo experimenta como bajo su control. Así la madre le permite un corto periodo durante el cual la omnipotencia es un proceso de experiencia. Así mismo, en esta fase puede ocurrir que una madre "no buena", que no sea capaz de proporcionar el holding, lleve a su hijo al trauma. Este ocurre cuando en este periodo de omnipotencia, en vez de ofrecer el apoyo al Yo necesario, la madre debido a sus propias ansiedades, no logra realizar su función de sensibilizarse a los requerimientos de omnipotencia de su bebé y, por el contrario, trata de que el bebé se someta a las necesidades de ella. Todo ello lleva al niño a experimentar lo que Winnicott llama "amenaza de aniquilación"

Supongamos el caso de dos bebés. Uno fue adecuadamente sostenido (en el sentido amplio que se atribuye al término), y no hubo nada que pudiera impedir un crecimiento emocional adecuado. El otro no pasó por la experiencia de haber sido sostenido adecuadamente, y por fuerza su crecimiento se retrasó y distorsionó, y cierto grado de agonía primitiva (desintegrarse, caerse para siempre, estar desorientado), persistió en su vida. Digamos que en su caso, a través de la experiencia corriente de un sostén suficientemente bueno, la madre fue capaz de suplir una función yoica auxiliar, de modo tal que el bebé tuvo un Yo desde el principio, un Yo personal muy débil pero asistido por la adaptación sensible de la madre y por la habilidad de ésta para identificarse con su bebé en lo relativo a las necesidades básicas. En el caso del bebé que no pasó por esa experiencia debió desarrollar un funcionamiento yoico prematuro, o bien desarrollo una confusión.

Sin embargo, es importante aclarar que los seres humanos fallan una y otra vez, y en el curso del cuidado corriente, una madre está constantemente reparando sus fracasos, de tal forma que en ello radica la diferencia entre la perfección mecánica y el amor humano. Así estas fallas relativas seguidas de una reparación inmediata equivalen indudablemente a una comunicación, y el bebé llega a conocer el éxito.

De lo expuesto se hace evidente que el infante humano se constituye principalmente a través de su interacción con sus figuras significativas durante la primera infancia, en particular con lo que su madre le comunica a través de la voz y las caricias, del manejo que hace del cuerpo del recién nacido al alimentarlo, cargarlo, mecerlo y balancearlo; mediante las actitudes y forma en que lo trata. Sin embargo, lo que hace que estas cosas sean en general posibles es principalmente que la dependencia, absoluta en un primer momento pero que evoluciona gradualmente hacia la independencia, sea aceptada y correspondida especialmente por la madre, la cual se adapta a las necesidades del individuo en crecimiento.

### 3 ESTRUCTURACIÓN INCONSCIENTE DEL SUJETO

En su estudio sobre la estructuración inconsciente del sujeto, Françoise Dolto, y Maud Mannoni, retoman el estadio del espejo de Jaques Lacan.

Por su parte ( Dolto, 1990 ) señala que el sujeto se constituye principalmente a través de la mirada del otro, así como de la forma en que lo sienten y piensan. De tal forma, que el niño sólo descubre su integridad, por medio de la imagen que ve reflejada de él en el otro. En un principio el niño se conoce él mismo por quien le habla; y día tras día, ese reencuentro lo personaliza, representado como está auditivamente, por los fonemas de su nombre pronunciado por esta voz, por estas percepciones que el reconoce y que constituyen la especificidad de esa persona ( la madre ) repetitivamente reencontrada. El retorno de la madre es siempre fuente de nuevos descubrimientos y las percepciones nuevas toman sentido humanizado del lenguaje mímico y vocal materno que las acompaña. De tal forma que el sujeto, se constituye así en su relación, día por día con su madre; de ahí que la mirada de la madre, es decir el deseo inconsciente de ella, es el material primordial que será incorporado por el bebé en el proceso de su constitución como persona.

Sin duda, una de las aportaciones importantes de esta autora es la distinción que hace entre la imagen inconsciente del cuerpo y el esquema corporal. Entendiendo la imagen del cuerpo como la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales, por lo que es propia a cada uno, y está ligada al sujeto y su historia. La imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos, por lo cual ha de ser referida exclusivamente a lo imaginario, a una intersubjetividad imaginaria marcada de entrada en el ser humano por la dimensión simbólica. A diferencia de la imagen del cuerpo, el esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal y que, sin él, sin el soporte que el representa, sería, para siempre un fantasma no comunicable.



Sin embargo, en el transcurso del desarrollo del esquema corporal, ciertas afecciones orgánicas precoces pueden provocar trastornos y acarrear modificaciones pasajeras o definitivas de la imagen del cuerpo. Y esto puede deberse en gran parte al hecho de que la instancia tutelar desorientada por no obtener las respuestas habitualmente esperadas de ese niño, ya no intenta comunicarse con él de otra manera que mediante un cuerpo a cuerpo dirigido sólo a la satisfacción de sus necesidades, abandonando así su humanización.

Es frecuente, empero, que en un mismo sujeto cohabiten un esquema corporal invalidado y una imagen del cuerpo sana. Considerando que la enfermedad sobrevenga después de la edad de tres años, el esquema corporal, incluso está afectado en parte de manera duradera, sigue siendo compatible con una imagen del cuerpo casi siempre intacta. En cambio, el esquema corporal queda siempre dañado, al menos en parte, cuando la enfermedad es muy precoz y se presenta en la edad de la lactancia y de la cuna, y sobre todo antes de la experiencia de la marcha. Pero aun cuando estos niños no recuperen un esquema corporal sano, la enfermedad puede no afectar su imagen del cuerpo: Para ello es preciso que, hasta la aparición de la enfermedad, en el curso de ésta y después, durante la convalecencia, su relación con la madre y el entorno humano haya sido flexible y satisfactoria, sin excesiva angustia por parte de los padres; una relación adaptada a sus necesidades.

Así pues, la evolución sana de estos niños, simbolizada por una imagen del cuerpo no inválida, depende de la relación emocional de los padres con su persona. Estos intercambios humanizadores -o por el contrario su ausencia, deshumanizadora- dependerán de que los padres hayan aceptado o no la invalidez del cuerpo de su hijo. Si se le lo reconoce como sujeto de sus deseos, símbolo de la palabra conjuntamente acordada de dos seres humanos tutelares, que son responsables de su nacimiento y que lo aman con todo lo que su realidad implica, que no intentan hacérsela olvidar, sus padres podrán dar a sus preguntas, por mediaciones de lenguaje y en forma para ellos inconsciente, la estructura de una imagen del cuerpo sana.

De tal forma, que en la enfermedad todo contacto con el otro, sea de comunicación o de evitamiento de comunicación, se asienta en la imagen del cuerpo, ya que gracias a nuestro esquema corporal entrecruzado con nuestra imagen del cuerpo, es que podemos entrar en comunicación con los otros. No obstante, si la comunicación emocional entre este niño y sus padres es adecuada, la imagen del cuerpo de este puede ser completamente sana y permitir un lenguaje de comunicaciones interhumanas tan completas y satisfactorias para él como las de un individuo sano.

Por su parte, ( Mannoni,1987 ) señala que el sujeto se conforma tanto por la manera en que los padres lo imaginan antes de nacer, así como por lo que luego habrá de representar para cada uno de ellos. De tal forma que ese hijo viene a ser algo más que el objeto de sus proyecciones, sino también y sobre todo es aquello que les sirve para enmascarar sus propias faltas. Siendo entonces la palabra del adulto, la que lo habrá de marcar y determinará las modificaciones ulteriores de su personalidad.

Otro aspecto de suma importancia que la autora plantea, es que durante el curso del desarrollo infantil suelen presentarse afecciones o enfermedades, y se propone entenderlas como resultado de la interacción del sujeto con su entorno, especialmente en relación con sus padres; sin embargo, plantea que dicha relación debe entenderse en función del lenguaje como tal. Ahora bien, cuando al discurso que los padres transmiten al niño se le opone la "realidad", lo que se escapa es la palabra "verdadera" y se la reemplaza por una palabra o una máscara engañadora, es decir, por el síntoma que persiste, puesto que el niño carece de palabras para expresar lo que piensa. es así que en la enfermedad el sentido esta oculto y se halla inscripto en el síntoma; dentro de esta perspectiva, no hay diálogo sino que hay un vasto discurso que se retoma desde el lugar del otro en un movimiento que abre acceso a lo simbólico.

La enfermedad solo es concebible dentro de la estructura del lenguaje, y toda demanda produce para el sujeto efectos en función de la manera en que éste se sitúa en cierta relación con su semejante. Es entonces que la situación del sujeto en el síntoma puede comprenderse como el efecto de un no reconocimiento dentro de un cierto tipo de relación con el otro. Lo que adquiere entonces un sentido es el valor simbólico que otorga el sujeto a esa situación en resonancia con cierta historia familiar.

En la enfermedad, la palabra permanece solidificada en una angustia o recluida en un malestar corporal. Es entonces que lo que se pone de manifiesto con la enfermedad, es cómo queda marcado, no solo por la manera en que se le espera antes de su nacimiento, sino por lo que luego habrá de representar para cada uno de los padres en función de su propia historia. Sin embargo, si el niño tiene la impresión de que le está cerrado todo acceso a una palabra verdadera, en ciertos casos puede entonces buscar una posibilidad de expresión en la enfermedad.

Por su parte, ( Vives y colaboradores,1992 ) llevaron a cabo una investigación para detectar tempranamente distorsiones en la estructuración del vínculo materno infantil, y concluyen que dicho vínculo se establece durante la gestación, a partir del inicio de los movimientos fetales y se formaliza en el momento del nacimiento. Este vínculo tiene sus precursores desde el período anterior a la concepción, en lo que ha denominado la fase del deseo, en donde se pueden rastrear las diferentes motivaciones subyacentes al deseo de tener un hijo, que se constituye en el principal ingrediente psicodinámico y el motor primordial para que éste exista. Una de las motivaciones prácticamente universales que provocan el deseo de tener un hijo, tiene que ver con un deseo de completud a través del bebé, o el deseo de la mujer de duplicarse, de verse a sí misma y de gratificar a través del hijo o hija todos los ideales soñados. El deseo puede surgir desde la necesidad de llenar o llevar a cabo una serie de expectativas parentales no realizadas, o también como la necesidad de renovar viejos vínculos del pasado materno, o de reemplazar a un familiar muerto; o la de reparar la imagen dañada de la propia madre; o finalmente, el deseo puede venir desde el super yó, como una necesidad de castigo debida a sentimientos de culpa derivados del ejercicio de una sexualidad vivida como mala. Un segundo precursor del vínculo materno - infantil es la fase de la fantasía, que se activa en el momento en que la mujer y la pareja confirman el hecho del embarazo. En esta fase tienen lugar distintas fantasías en donde la más frecuente es que el hijo engendrado por ambos viene a ser una especie de "salvador" en el que se depositan todas las expectativas mágicas y omnipotentes.

La presencia o no del deseo como motor para la gestación determinará, con mucho, el grado de su aceptación o rechazo del bebé por venir. Cuando el embarazo contraría el proyecto de vida de una pareja o de un matrimonio, el rechazo de la gestación suele ser muy intenso, manifestándose inclusive a través de la negación del embarazo mismo, y del repudio del bebé en formación. Cuando pese a todo esto, la gestación sigue su curso, con frecuencia una serie de anomalías tanto en la evolución del embarazo mismo, como desde el punto de vista psicológico - en la estructuración del naciente vínculo materno-infantil, serán patentes.

Así mismo mencionan "Una gestación llevada a cabo en ausencia del deseo de embarazarse determinará un tipo de fantasías sobre la misma y sobre el bebé en formación completamente diferentes a las que se estructuran cuando el deseo estuvo presente y el anhelo precedió y fue el motor de la misma concepción de un bebé planeado." Por lo tanto, el vínculo materno - infantil, luego del nacimiento del bebé, será radicalmente diferente cuando predomina la aceptación que cuando predomina el rechazo.

En segundo lugar, las circunstancias alrededor de las cuales se da un embarazo, tienen que ver con factores motivacionales indirectos que pueden disparar, en forma inconsciente, un embarazo. Sin que exista el deseo de embarazarse o de tener un hijo, la pérdida de una figura parental de primera importancia puede provocar una reacción en la que, fantasmáticamente, se intenta reparar el objeto perdido con un embarazo "no planeado" o "accidental". En forma similar, la realización desplazada de necesidades simbióticas, etc; son algunas de las motivaciones no conscientes, para llevar a cabo un embarazo. Así bien, las circunstancias con la que una gestación ha sido ( o no ) planeada es uno de los factores centrales que determinan la salud o patología de la posterior interacción de la díada madre - hijo. De esta forma, los nueve meses de gestación son, un tiempo óptimo en el que se va desarrollando, en el psiquismo materno, un "nicho psicológico": un espacio emocional en que se instalará el bebé al nacer. De la intensidad, las vicisitudes y modalidad con que se estructuren dichos precursores vinculadores dependerá, en buena parte, el destino posterior de la relación diádica y, por lo tanto, parte fundamental de la evolución emocional del recién nacido.

Las aportaciones de los diferentes autores revisados brindan la posibilidad de entender la complejidad de la relación madre - hijo, la cual va más allá de una interacción fundada en el campo de lo biológico, enfatizando así la importancia que tienen los aspectos fantasmáticos en la estructuración de la personalidad.

## II ENFERMEDADES RENALES

En el campo de la nefrología pediátrica, se han realizado diversas investigaciones sobre el impacto psicológico que pueden provocar las técnicas utilizadas en la rehabilitación, específicamente en los casos de insuficiencia renal crónica terminal.

( Blum,1996 ) señala que cualquier tipo de enfermedad crónica en la infancia tiene implicaciones psicológicas importantes sobre todo por que este se encuentra en un proceso de estructuración. De tal forma que estos conflictos determinan el curso de la enfermedad y los alcances de la rehabilitación.

Específicamente el estudio del síndrome nefrótico en el contexto de las enfermedades renales, se ha quedado de lado sin considerar que es una enfermedad de remisión lenta y que puede ser progresiva hasta convertirse en insuficiencia renal crónica terminal. De tal forma que las repercusiones psicológicas de dicha enfermedad son mayores cuanto más pequeño sea el niño que la padece; por lo que aspectos como: la adaptación a tratamientos de larga duración, hospitalizaciones, recaídas etc. merecen ser estudiados.

El síndrome nefrótico (SN) aparece a cualquier edad; en los niños es más frecuente entre 1.5 y 4 años. Existiendo una predilección por los varones en el caso de los menores y una distribución más uniforme entre los sexos en los pacientes mayores. Algunos de los síntomas y signos se presentan juntos y constituyen síndromes que son producidos por enfermedades distintas en cuanto a etiología e histopatología, pronóstico y tratamiento a la edad de presentación, los exámenes de laboratorio pertinentes a su etiología y patogenia, la respuesta a determinados agentes terapéuticos o los datos patológicos obtenidos por la biopsia renal permiten establecer diagnóstico nosológico.

(ver clasificación de síndromes renales).

## 2.1 CLASIFICACIÓN DE SÍNDROMES RENALES

SÍNDROME NEFRÍTICO	Edema, oliguria Hipertensión arterial Hematuria, proteinuria
SÍNDROME NEFRÓTICO	Edema, oliguria Proteinuria Hipercolesterolemia Hipoalbuminemia
SÍNDROME TUBULAR	Poliuria, detención del crecimiento Raquitismo Acidosis, glucosuria Hiperfosfaturia Hiperaminoaciduria
SÍNDROME TUBULOINTERTICIAL	Poliuria Anemia Insuficiencia renal
SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RENAL	Oliguria o poliuria Astenia Anemia Hipertensión arterial Retención azoada Acidosis Hiperpotasemia Hipocalcemia Hiperfosfalemia
SIGNOS RENALES AISLADOS	Hematuria Proteinuria Poliuria

## 2.2 SÍNDROME NEFRÓTICO (SN)

"El síndrome nefrótico es una afección clínica que se produce como resultado de la pérdida de una gran cantidad de proteínas de la sangre por orina" ( Valenzuela,1987 ). El volumen de la proteinuria habitualmente es suficiente para causar hipoproteinemia y, en consecuencia, edema.

El síndrome nefrótico se caracteriza por ser un grupo de síntomas y signos que incluyen:

- a) Edema
- b) Proteinuria masiva
- c) Alteración de las proteínas séricas
- d) Alteración de los lípidos dando hiperlipidemia e hipercolesterolemia.

La hiperlipidemia y la lipiduria también forman parte del síndrome nefrótico en su expresión completa. "El síndrome nefrótico puede ser un aspecto de cualquier forma de glomerulonefritis de la infancia o puede ser secundario a otras enfermedades sistémicas, nefrotoxinas o reacciones alérgicas" ( Carbajal,1987 ).

(ver causas frecuentes del SN)



## 2.2.1 CAUSAS FRECUENTES DEL SÍNDROME NEFRÓTICO

	INCIDENCIA APROXIMADA	
	NIÑOS	ADULTOS
<b>ENFERMEDAD RENAL PRIMARIA</b>	<b>80%</b>	<b>75%</b>
ENFERMEDAD CON ALTERACIÓN MÍNIMA (EAM)	65	15
GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL (GSF)	10	15
GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA (GMN)	5	30
GLOMERULONEFRITIS MEMBRANO PROLIFERATIVA (GNMP)	10	7
OTRAS: GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA MESANGIAL, NEFROPATÍA POR IgA.		
GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA (GNRP), GLOMERULONEFRITIS FOCAL (GN FOCAL)	10	3
<b>ENFERMEDAD SECUNDARIA</b>	<b>10%</b>	<b>25%</b>
<b>METABÓLICA</b>	DIABETES MELLITUS, AMILOIDOSIS.	
<b>INMUNOGÉNICA</b>	LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, PÚRPURA DE SCHÖNLEIN - HENOCH, POLIARTERITIS NUDOSA, SÍNDROME DE SJÖGREN, SARCOIDE, ENFERMEDAD DEL SUERO, ERITEMA MULTIFORME.	
<b>NEOPLASIAS</b>	LEUCEMIAS, LINFOMAS, LINFOMA DE HODGKIN, MIELOMA MÚLTIPLE, CARCINOMA (BRONQUIAL, DE MAMA, COLON, ESTÓMAGO, RIÑÓN), MELANOMA.	
<b>NEFROTOXINAS/FÁRMACOS</b>	ORO, PENICILAMINA, MERCURIO, HEROÍNA DE LA CALLE.	
<b>ALERGENOS</b>	PICADURA DE INSECTOS, VENENOS DE SERPIENTE, ANTITOXINAS, HIEDRAS VENENOSAS.	
<b>INFECCIONES</b>	<b>BACTERIANAS:</b> GLOMERULONEFRITIS POSTESTREPTÓCICA, NEFRITIS DE SHUNT, ENDOCARDITIS INFECCIOSA, LEPRO, SÍFILIS. <b>VÍRICAS:</b> HEPATITIS B, MONONUCLEOSIS INFECCIOSA, VARICELA <b>PROTOZOOS:</b> MALARIA <b>HELMÍNTICAS:</b> ESQUISTOSOMIASIS, FILARIASIS.	
<b>SÍNDROME NEFRÓTICO CONGÉNITO</b>	TIPO FINLANDÉS.	
<b>HEREDOFAMILIAR</b>	SÍNDROME DE ALPORT, ENFERMEDAD DE FABRY.	
<b>DIVERSAS</b>	TOXEMIA DEL EMBARAZO, HIPERTENSIÓN MALIGNA.	

( Berkow, 1989 )

### 2.2.2 SÍNTOMAS Y SIGNOS

Un signo precoz del SN, observado por los pacientes, es la orina "espumosa" (burbujas sobre la superficie). A su presentación, la proteinuria suele exceder los 2 g/d/m<sup>2</sup>, o la proporción de la concentración proteína/creatinina, en una muestra de orina tomada al azar, es  $> 3$ . Los síntomas y signos incluyen anorexia, malestar, párpados hinchados, brillo retiniano, dolor abdominal, atrofia muscular y edema. Son frecuentes la anasarca con ascitis y los derrames pleurales.

El edema focal puede ser el motivo por el que el paciente acude al médico, refiriendo síntomas muy variados, como dificultad para respirar (derrame preural o edema laríngeo), dolor torácico subesternal (derrame pericárdico), hinchazón escrotal, rodillas hinchadas (hidrartrosis), abdomen hinchado (ascitis) y, en los niños dolor abdominal por edema del mesenterio. El edema suele ser móvil y detectarse en los párpados por la mañana y en los tobillos después de permanecer de pie. El líquido se acumula sobre todo por las fuerzas de Starling (que dependen de la relación entre la presión hidráulica y la oncótica en los capilares y el intersticio) y por factores sistémicos que aumentan la reabsorción fraccionada de Na, como el mecanismo renina-angiotensina-aldosterona. Las líneas blancas paralelas en las uñas de las manos constituyen un hallazgo clínico de etiología incierta. En los niños puede aparecer hipotensión ortostática e incluso shock. En los adultos la PA puede ser normal o estar disminuida o aumentada según el grado de estimulación de su producción de angiotensina. Es importante vigilar la atrofia muscular, que puede estar enmascarada por el edema. Pueden aparecer oliguria e incluso insuficiencia renal aguda a causa de la hipovolemia y de la disminución de la perfusión; ocasionalmente se produce una insuficiencia renal aguda oligúrica.

### 2.2.3 COMPLICACIONES

Ciertas proteínas portadoras se pierden por la orina en la nefrosis, lo que conduce a niveles bajos de 25-hidroxicolecalciferol (un precursor de la vitamina D activa), calcio sérico y hormonas corticosuprarrenal y tiroidea. En el SN prolongado puede desarrollarse una variedad de síndromes clínicos: deficiencias de nutrición incluyendo una malnutrición proteica parecida al kwashiorkor, pelo y uñas quebradizas, falta de crecimiento, desmineralización de los huesos, glucosuria, hiperaminoaciduria de diversos tipos, síndromes de depleción del K, miopatía, disminución total de Ca, tetania e hipometabolismo. Puede producirse una peritonitis espontánea y predominan las infecciones oportunistas. La alta incidencia en infecciones se atribuye a la pérdida de Ig. Los trastornos de coagulación, junto con la disminución de la actividad fibrinolítica y la hipovolemia episódica, representan un riesgo trombótico grave (notablemente, trombosis de la vena renal). La hipertensión, con complicaciones cardíacas y cerebrales, es más probable en los diabéticos y en los pacientes con enfermedades vasculares del colágeno.

### 2.2.4 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del SN se basa en las características clínicas y en los datos de laboratorio, pero la determinación de la causa depende de la histología renal. Una proteinuria intensa (> 2 g/m<sup>2</sup>/d) es el dato cardinal y esencial para el diagnóstico. La selección de un valor único para la determinación del margen de proteinuria nefrótica de la no nefrótica es arbitraria. Sin embargo, es útil, porque las enfermedades que afectan principalmente la vascularización extraglomerular y/o las áreas tubulointersticiales no provocan, en general, proteinuria de esta magnitud.

Los pacientes con SN primario tienen una proteinuria intensa, y sus consecuencias bioquímicas representan su problema clínico principal; la insuficiencia renal raramente es un hallazgo de presentación. Sin embargo, la insuficiencia renal puede aparecer en el SN primario después de una larga enfermedad. Así, una proteinuria intensa en el paciente nefrítico indica muy a menudo que la enfermedad está muy avanzada, siendo por lo tanto un signo ominoso. En cambio, los pacientes con SN en asociación con una causa secundaria del SN tienen frecuentemente insuficiencia renal en el momento de la iniciación o la adquieren poco después.

La enfermedad con alteración mínima (EAM) afecta con mayor frecuencia a niños y se caracteriza por un SN sin hematuria, hipertensión ni azoemia. En cambio, la glomerulonefritis membrano proliferativa (GNMP), también una enfermedad predominante en la infancia, se presenta, con un SN en el 60 al 80 % de los casos, con hematuria macroscópica en el 50 % y con azoemia e hipertensión en un porcentaje menor. Sin embargo, la GNMP puede ser asintomática, presentando sólo oliguria y proteinuria. La glomerulosclerosis focal (GSF) se presenta comúnmente con hematuria, hipertensión y disfunción renal, en asociación con un SN. En la glomerulonefritis membranosa (GNM) aparece un SN de iniciación insidiosa, a menudo con hematuria microscópica y a veces asociado a otros procesos (p. ej., enfermedad crónica por IC, infección crónica, estados inducidos por medicamentos, neoplasias y enfermedad vascular del colágeno). En la glomerulonefritis focal (GN) proliferativa mesangial aparece el SN en el 75 % de los casos, hematuria microscópica en el 20 % e hipertensión en el 35 %.

Deben buscarse causas secundarias del SN, incluyendo los fármacos. La electroforesis proteica y la inmunolectroforesis en la orina y suero diferencian la proteinuria glomerular de la tubular y detectan las cadenas ligeras (proteína de Bence Jones) o una banda monoclonal (excluye el mieloma múltiple). Debe llevarse a cabo una exploración en busca de enfermedades sistémicas a menudo subyacentes, como la diabetes mellitus. Si la histología confirma una glomerulonefritis membranosa (GNM) y, particularmente, si el paciente ha perdido peso o es anciano, hay que emprender la exploración en busca de procesos malignos.

### **2.2.5 PRONÓSTICO**

El pronóstico varía según la etiología. Pueden producirse remisiones completas si el SN es secundario a trastornos tratables (p. ej., infección, proceso maligno, inducido por los fármacos), lo que ocurre en el 50 % de los casos en la niñez pero en un porcentaje más bajo en los adultos. El pronóstico es generalmente favorable en los trastornos que responden a los corticoides.

### **2.2.6 TRATAMIENTO**

En la mayoría de los casos no se dispone de un tratamiento específico. Este dependerá de la etiología así como de los análisis de laboratorio.

(ver terapéutica para la glomerulonefritis).

**TERAPÉUTICA PARA LA GLOMERULONEFRITIS, INCLUYENDO  
LA ENFERMEDAD RENAL INMUNE**

ENFERMEDAD	TRATAMIENTO
GLOMERULONEFRITIS POSTESTREPTOCÓCICA (GNPE)	NINGUNA TERAPÉUTICA ESPECÍFICA DISPONIBLE
GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA (GNRP.)	
IDIOPÁTICA.	ALTAS DOSIS DE METILPREDNISOLONA I.V.; SI LA ENFERMEDAD ES FULMINANTE, LA MISMA TERAPÉUTICA QUE EN LA ANTI-MBG
ENFERMEDAD POR INMUNOCOMPLEJO (IC)	ALTAS DOSIS DE METILPREDNISOLONA I.V.
ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR (ANTI-MBG)	PLASMAFÉRESIS + PREDNISONA DE MANTENIMIENTO + CICLOFOSFAMIDA O CLORAMBUCIL
GLOMERULONEFRITIS FOCAL (GN FOCAL)	NINGUNA TERAPÉUTICA ESPECÍFICA DISPONIBLE
NEFROPATÍA POR IgA	RESISTENTE A LOS AGENTES TERAPÉUTICOS CONOCIDOS
ENFERMEDAD CON ALTERACIÓN MÍNIMA (EAM)	INICIAL: PREDNISONA. MANTENIMIENTO: PREDNISONA EN DÍAS ALTERNOS. RESISTENTE A CORTICOIDES O FRECUENTES RECAÍDAS: PREDNISONA EN DÍAS ALTERNOS + CICLOFOSFAMIDA DIARIA; O CICLOSPORINA.
GLOMERULOSCLEROSIS FOCAL (GSF)	HABITUALMENTE RESISTENTE A CORTICOIDES. ENSAYO CON PREDNISONA + CICLOFOSFAMIDA; O CICLOSPORINA
GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA (GNM)	ALTAS DOSIS DE PREDNISONA EN DÍAS ALTERNOS

ENFERMEDAD	TRATAMIENTO
GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA (GNMP)	
TIPO 1	INHIBIDORES DE LAS PLAQUETAS: DIPIRIDAMOL + ÁCIDO ACETILSALICÍLICO
TIPO 2	NINGÚN TRATAMIENTO ESPECÍFICO DISPONIBLE
TIPO 3	NINGÚN TRATAMIENTO ESPECÍFICO DISPONIBLE
GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA MESANGIAL	PRINCIPALMENTE RESISTENTE A CORTICOIDES. ENSAYO DE PREDNISONA P.O.
SÍNDROME DE GOODPASTURE	PLASMAFÉRESIS + PREDNISONA DE MANTENIMIENTO + CICLOFOSFAMIDA O CLORAMBUCIL
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	CICLOFOSFAMIDA I.V. INTERMITENTE + CORTICOIDES A DOSIS BAJAS. PLASMAFÉRESIS EN CASOS RESISTENTES
GRANULOMATOSIS DE WEGENER	CICLOFOSFAMIDA +/- PREDNISONA
PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA /SÍNDROME HEMOLÍTICOURÉMICO	PLASMAFÉRESIS + INHIBIDORES ANTIPLAQUETAS (DIPIRIDAMOL Y ÁCIDO ACETILSALICÍLICO)
PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH	NINGUNA TERAPÉUTICA ESPECÍFICA DISPONIBLE. ENSAYO CON PLASMAFÉRESIS
RECHAZO DEL ALOINJERTO RENAL AGUDO	ALTAS DOSIS DE CORTICOIDES; GAL; GAT;; IRRADIACIÓN; PLASMAFÉRESIS
CRÓNICO	PREDNISONA; CICLOSPORINA; AZATIOPRINA; CICLOFOSFAMIDA
NEFRITIS INTERSTICIAL ALÉRGICA	ENSAYO CON PREDNISONA

### III MÉTODO

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hallazgo de niveles bajos en el cumplimiento de prescripciones médicas en pediatría resulta muy preocupante; por ejemplo se ha observado que entre los niños tratados con penicilina durante 10 días por infecciones estreptocócicas, se observó que el 56% no estaba recibiendo el fármaco al 3er día; el 71% no lo recibía al 6to día y sólo el 18% era tratado al 9no día ( Thoft,1990 ). Esta falta de cumplimiento oscila entre el 50 y 75%, con porcentajes incluso más elevados en las enfermedades crónicas que requieren pautas complejas de larga duración ( Hernández,1989 ).

En la mayoría de los casos la dosificación caprichosa o irregular expone al enfermo a los riesgos de la medicación sin el beneficio terapéutico concomitante. En algunos casos, se ha observado que la no adhesión al tratamiento esta relacionada con factores económicos, creencias obstructivas acerca de la salud, tratamientos complicados y dudas en relación con las instrucciones del médico. Sin embargo, la razón citada con mayor frecuencia es el "olvido", pero en realidad no es una justificación.

Diversas investigaciones realizadas desde el punto de vista psicológico, ponen de manifiesto que en las enfermedades crónicas o de larga duración se requiere el uso de técnicas adaptativas para el manejo de emociones negativas y estresantes. Tales técnicas incluyen el uso de funciones cognitivas, expresiones emocionales y ciertos mecanismos de defensa. Sin embargo, estos mecanismos de afrontamiento pueden favorecer o impedir la adhesión al tratamiento. En el caso de los pacientes pediátricos, es de suma importancia tener presente el papel que la madre juega para la recuperación del niño, debido a que él no puede valerse completamente por sí mismo y asumir la responsabilidad total del tratamiento.



En el caso de las enfermedades renales, una de las de mayor incidencia en niños, es el llamado síndrome nefrótico, el cual se caracteriza por ser de remisión lenta y requerir de cuidados especiales, por ejemplo: seguir un régimen alimenticio y administrar el medicamento en horarios y dosis adecuadas; por lo que es muy importante que la madre se considere como el eje principal de estas acciones, asegurando así el beneficio terapéutico concomitante. A partir de lo anterior cabe preguntarse: ¿Qué características de la relación madre - hijo pueden favorecer o interferir la adhesión al tratamiento del enfermo pediátrico?

### 3.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar indicadores de la modalidad relacional madre - hijo que favorecen o interfieren la adhesión al tratamiento del enfermo pediátrico.

### 3.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

**RELACIÓN MADRE-HIJO:** "Sistema que opera con la modalidad de una interacción circular, en donde existe un intercambio constante entre ambos protagonistas de la relación" ( Vives y Colaboradoras,1991 ).

**ADHESIÓN AL TRATAMIENTO:** "Grado en el que el paciente se ajusta al plan de tratamiento y cumple con las prescripciones del mismo" ( Maiman,1991 ).

### 3.4 TIPO DE ESTUDIO

Inicialmente se planeó realizar una investigación que abarcará una mayor población con las siguientes características: tener una edad entre 1 y 5 años, presentar como enfermedad de base síndrome nefrótico, y tener antecedentes de no adhesión a tratamientos anteriores. Sin embargo, frente a la dificultad para trabajar con esta población en consulta externa, debido a que su lugar de residencia se encuentra en el interior de la república y en algunos casos en el extranjero, se decide realizar un estudio de caso que permitiera obtener información directa de la relación madre - hijo, durante el período de hospitalización en condiciones estables.

La primera fase del estudio que consistió en la captación de información preliminar fue retrospectiva, puesto que parte de la información quedó supeditada a la memoria, cooperación y confiabilidad del testimonio de la madre.

La segunda fase del estudio fue prospectiva, puesto que permitió realizar una observación directa de la relación madre - hijo. Así mismo, el presente estudio fue descriptivo y transversal, puesto que se intentó describir el fenómeno estudiado durante un breve periodo de tiempo. ( Zinser,1992 ).

Concretamente el estudio se realizó a través del análisis de 5 casos.

### 3.5 INSTRUMENTO

Para evaluar los indicadores que caracterizan la relación madre - hijo, se diseñó una guía de entrevista semiestructurada, con la finalidad de utilizarla para obtener información preliminar sobre los siguientes aspectos:

- Ficha de identificación de la madre y el padre.
- Antecedentes de la enfermedad.
- Creencias de la madre sobre la enfermedad.
- Actitud de la madre en cuanto al tratamiento.
- Significado que la madre le da a la maternidad.
- Aspectos relacionales entre la madre y el hijo en la cotideaneidad.

(ver anexo 1 y 2).

Así mismo, se estandarizó una guía de observación materno - infantil (tomando el modelo de la guía de observación materna, que se utiliza en la Clínica de Neurodesarrollo del mismo instituto), con el propósito de realizar una observación sistematizada que permitiera detectar indicadores de la modalidad relacional madre - hijo durante el periodo de hospitalización en condiciones estables, y confirmar datos obtenidos en la entrevista.

(ver anexo 3) para descripción del instrumento.

### 3.6 PROCEDIMIENTO

\* Se eligieron 5 pacientes pediátricos que presentaban como característica afín, no sujetarse adecuadamente al tratamiento ó bien abandonarlo parcial o totalmente.

\* Posteriormente se explicó al padre o tutor, que el propósito del presente estudio era recabar información sobre los factores relacionales entre la madre y el hijo que pudieran estar favoreciendo o interfiriendo la adhesión al tratamiento; así mismo, se solicitó su consentimiento para que su hijo (a) participara en el estudio, el cual no tendría ningún costo.

\* Se procedió a entrevistar a la madre utilizando una guía de entrevista semiestructurada, con la finalidad de obtener información preliminar sobre indicadores de la relación madre - hijo y factores adyacentes, y verificar aspectos relacionados con la observación realizada.

(ver anexo 1 y 2)

\* Se realizó una observación sistematizada de la interacción madre - hijo, a través de juego libre y durante el período de hospitalización en condiciones estables. (en un tiempo aproximado de 30 días).

(ver anexo 3)

## IV RESULTADOS

### 4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

##### CASO I

EDAD DE LA MADRE : 33 años

OCUPACIÓN: Ama de casa

ESCOLARIDAD: Lic. en administración de empresas

NACIONALIDAD: Hondureña

EDAD DEL PADRE: 35 años

OCUPACIÓN: Ingeniero civil

ESCOLARIDAD: Licenciatura

NACIONALIDAD: Hondureña

EDAD DEL NIÑO: 2 años 1 mes

GENERO: Femenino

EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: 1 año 8 meses

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Por que sus riñones no funcionan bien.

**ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:**

A) Antecedentes patológicos: Frecuentes cuadros de infección en vías urinarias y respiratorias.

Se le diagnóstica SX NEFRÓTICO, 5 meses antes de la hospitalización actual.

B) Frecuencia de hospitalizaciones: Primera vez.

**TIPO DE FAMILIA:**

- INTEGRADA (X)
- DESINTEGRADA ( )
- FUNCIONAL ( )
- DISFUNCIONAL (X)
- UNIPARENTAL ( )

## ENTREVISTA

### CASO I

1.- La señora comenta que su hija siempre había sido muy sana, sin embargo, se observaron contradicciones con lo que pensaba el esposo (al parecer la niña llegó a tener reincidencias continuas de infecciones en vías urinarias); así mismo, la señora piensa que la enfermedad puede ser producto de un mandato divino, puesto que Dios se la dio y él mismo puede volver a tomarla; también considera que la falta de servicio de nefrología en su país, pudo haber complicado la salud de su hija, puesto que no se tenían los medios para atenderla.

2.- Si existe consciencia de enfermedad en ambos padres, puesto que ambos reconocen que la niña físicamente esta mal del riñón y requiere de cuidados médicos especializados, así como por parte de ellos. Sin embargo, es notorio una preocupación mayor en el padre.

3.- Frente a la enfermedad de la niña, la señora se muestra muy desesperada y enojada, a veces piensa que no se merecen estar pasando por esto puesto que siempre se han esforzado por ser unos buenos padres.

4.- La señora nunca se imaginó como madre, sino mas bien como profesionista exitosa, sin embargo, aunque el ser madre implica la pérdida de la libertad para hacer lo que uno desea, ella esta contenta de serlo. Nuevamente se cae en contradicciones respecto a si ella asumía su maternidad o no.

5.- La señora atendió a su hija los primeros 4 meses de vida, pero por cuestiones de trabajo tuvo que dejarla al cuidado de una muchacha, sin embargo, le dedicaba a su hija todo el tiempo posible por las tardes hasta antes de que la niña enfermara. A partir de que la niña comenzó con molestias, es que la señora decide dejar de trabajar para cuidarla personalmente, puesto que es su única hija y no desearía que su salud se agravará aun más.

## **FORMATO DE OBSERVACIÓN MATERNA**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO No.1</b>
<b>1 NIVEL DE MOTIVACIÓN</b>	
ASISTENCIA	2
PARTICIPACIÓN Y COOPERACIÓN	0
REDES DE APOYO	2
<b>2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS</b>	
MANEJO DE INFORMACIÓN	0
CONSIDERACIÓN SOBRE SU PAPEL EN EL TRATAMIENTO	1
<b>3 CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO FÍSICO</b>	
GRADO DE DESTREZA ADQUIRIDA POR LA MADRE PARA EL MANEJO DE SU HIJO	1
ORIENTACIÓN INTEGRATIVA	1
<b>4 NIVEL AFECTIVO</b>	
EXPRESIONES DE AFECTO	1
COMUNICACIÓN	1
RESPUESTAS ANTE LAS DEMANDAS DEL NIÑO	0
PERFIL PSICOLÓGICO	0
ACTITUD ANTE LA EVOLUCIÓN DEL NIÑO	1



### **FORMATO DE OBSERVACIÓN INFANTIL**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO 1</b>
1 EXPRESIONES DE AFECTO	1
2 COMUNICACIÓN VERBAL	1
3 TOLERANCIA AL DOLOR	0
4 SOCIALIZACIÓN	1
5 ALIMENTACIÓN	1
6 SUENO	0
7 REACCIÓN ANTE LA SEPARACIÓN DE LA MADRE	1
8 REACCIÓN FRENTE A LA PRESENCIA DE LA MADRE	1
9 ESTADO DE ÁNIMO	1

TOTAL 17 PUNTOS. SE CONSIDERA UNA RELACIÓN MADRE HIJO CON SERIAS DIFICULTADES.

## CASO 1

En el primer nivel, se observa que la presencia de la madre es constante, aunque su actitud es de indiferencia y poco participativa. Sin embargo, busca el apoyo en su entorno familiar principalmente en su esposo, quien interactúa la mayor parte del tiempo con la niña.

En el segundo nivel, se observa que los conocimientos adquiridos por la madre respecto a la enfermedad y el tratamiento son muy pobres, pues el manejo de información que hace de está es poco claro, y considera que su papel en el tratamiento es sólo de apoyo.

En el tercer nivel, se observa que la manipulación física es realizada por la madre con brusquedad y pobre interacción, aunque se esfuerza por dar una buena imagen ante el equipo médico, cubriendo los cuidados físicos, sin embargo, se percibe que no hay una respuesta adecuada ante las demandas afectivas de la niña.

En el cuarto nivel, se observa que las expresiones de afecto de la madre para con su hija son ocasionales, y cuando le habla no siempre espera una respuesta interactiva. Así mismo, se observan serias dificultades en la madre, para percibir y responder adecuadamente ante las necesidades de su hija. Mostrándose la mayor parte del tiempo, como una persona intolerable, indiferente e insegura; manteniendo una posición intermedia entre actitudes optimistas y pesimistas, frente a la enfermedad de su hija.

Por su parte, la niña muestra afecto ocasionalmente y le habla a la madre buscando su acercamiento, sólo cuando necesita algo. La niña convive con los demás en contadas ocasiones y presenta dificultades en la alimentación y el sueño. Por otra parte, se observa que la niña acepta la separación de su madre sin mayor dificultad frente a la presencia de su padre, y en ausencia de este se muestra irritable. Así mismo, se observan cambios continuos en su estado de ánimo.

De lo anterior podemos concluir que en este caso existen serias dificultades en la relación madre - hija, dado que el embarazo vino a contrariar el proyecto de vida de la madre, puesto que esta siempre se imaginó como una profesional exitosa; situación que inconscientemente le genera culpa exacerbada por la presencia de la enfermedad en la niña, lo cual se ve reflejado en las dificultades para asumir su maternidad. Al respecto Vives y Colaboradores mencionan que cuando el embarazo viene a contrariar el proyecto de vida de una pareja, especialmente en la madre, el rechazo hacia la gestación suele ser muy intenso, y cuando pese a todo esto la gestación sigue su curso, con frecuencia una serie de anomalías tanto en la evolución del embarazo, como desde el punto de vista psicológico en la estructuración del naciente vínculo materno infantil serán patentes.

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN****CASO 2**EDAD DE LA MADRE: 28 añosOCUPACIÓN: Ama de casaESCOLARIDAD: PreparatoriaNACIONALIDAD: MexicanaEDAD DEL PADRE: 34 añosOCUPACIÓN: Ingeniero en sistemasESCOLARIDAD: LicenciaturaNACIONALIDAD: MexicanaEDAD DEL NIÑO: 4 años 2 mesesGENERO: MasculinoEDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: 3 años 11 mesesCAUSA DE LA ENFERMEDAD: Por que esta malo de los riñones**ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:**

A) Antecedentes patológicos: Frecuentes infecciones infecciones en las vías urinarias.

**B) Frecuencia de hospitalizaciones:**

- A los 3 años 11 meses es ingresado al INP en donde le es diagnosticado SX NEFRÓTICO, causado por serias infecciones en las vías urinarias.

**C) Enfermedades intercurrentes: Cefaleas leves.****TIPO DE FAMILIA:**

- INTEGRADA  (x)
- DESINTEGRADA  ( )
- FUNCIONAL  (x)
- DISFUNCIONAL  ( )
- UNIPARENTAL  ( )

## ENTREVISTA

### CASO 2

1.- La señora piensa que quizá el niño haya enfermado hasta este grado, por que los médicos no detectaron a tiempo la enfermedad cuando tuvo su primera infección en las vías urinarias; También piensa que la enfermedad del niño puede ser un castigo divino para ella, puesto que en un principio no quería embarazarse, ya que no se sentía capaz de ser madre, argumentando su falta de experiencia para el manejo y educación de un niño.

2.- Si existe consciencia de enfermedad en ambos padres, y reconocen la necesidad de que su hijo sea atendido por especialistas para su pronta recuperación.

3.- La señora se siente desesperada, triste y angustiada ante la enfermedad de su hijo, pues piensa que el niño no volverá a ser normal, es decir no podrá vivir sin los medicamentos, ni comer libremente etc. Sin embargo, no pierde la esperanza de que su hijo se recupere.

4.- Para la señora el ser madre implicó una gran molestia, puesto que su embarazo fue muy difícil, es decir presento todo el tiempo vómito y mareo; a veces llevo a desear dormir y no despertar más, hasta después del nacimiento del bebé.

5.- Para la señora atender a su hijo fue muy difícil ya que le daba miedo el poder lastimarlo cuando lo atendía, inclusive los primeros días su mamá atendió al bebé, hasta que poco a poco ella fue perdiendo el miedo. Actualmente le dedica a sus 2 hijos todo su tiempo, puesto que desde que se caso no trabaja fuera de su hogar. Menciona casi no jugar con su hijo, puesto que siempre ha sido muy enojon, tanto que a veces no se puede controlar y llega a desesperarse a tal grado que les grita y pateo. Casi siempre juega sólo, ya que no le gusta estar con otros niño. .

### **FORMATO DE OBSERVACIÓN MATERNA**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO No.2</b>
<b>1 NIVEL DE MOTIVACIÓN</b>	
ASISTENCIA	2
PARTICIPACIÓN Y COOPERACIÓN	1
REDES DE APOYO	2
<b>2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS</b>	
MANEJO DE INFORMACIÓN	0
CONSIDERACIÓN SOBRE SU PAPEL EN EL TRATAMIENTO	1
<b>3 CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO FÍSICO</b>	
GRADO DE DESTREZA ADQUIRIDA POR LA MADRE PARA EL MANEJO DE SU HIJO	1
ORIENTACIÓN INTEGRATIVA	1
<b>4 NIVEL AFECTIVO</b>	
EXPRESIONES DE AFECTO	1
COMUNICACIÓN	1
RESPUESTAS ANTE LAS DEMANDAS DEL NIÑO	1
PERFIL PSICOLÓGICO	0
ACTITUD ANTE LA EVOLUCIÓN DEL NIÑO	1

### **FORMATO DE OBSERVACIÓN INFANTIL**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO 2</b>
1 EXPRESIONES DE AFECTO	1
2 COMUNICACIÓN VERBAL	0
3 TOLERANCIA AL DOLOR	0
4 SOCIALIZACIÓN	0
5 ALIMENTACIÓN	1
6 SUEÑO	0
7 REACCIÓN ANTE LA SEPARACIÓN DE LA MADRE	2
8 REACCIÓN FRENTE A LA PRESENCIA DE LA MADRE	0
9 ESTADO DE ÁNIMO	1

TOTAL 17 PUNTOS. SE CONSIDERA UNA RELACIÓN MADRE HIJO CON SERIAS DIFICULTADES.



## CASO 2

En el primer nivel, se observa que la presencia de la madre es constante, aunque se mantiene reservada y muestra interés pero se distrae fácilmente. Sin embargo, busca apoyo en su entorno familiar y externo.

En el segundo nivel, se observa que los conocimientos adquiridos por la madre respecto a la enfermedad y el tratamiento son muy pobres, pues el manejo de información que hace de esta es poco claro, y considera que su papel en el programa de tratamiento es sólo de apoyo.

En el tercer nivel, se observa que la manipulación física la realiza la madre con brusquedad y pobre interacción, sin embargo, realiza adecuadamente la técnica poniendo un mayor énfasis en los aspectos físicos, dando una importancia secundaria a los demás elementos.

En el cuarto nivel, se observa que las expresiones de afecto de la madre para su hijo son ocasionales, y cuando le habla no siempre espera una respuesta interactiva de este. Así mismo, se observa que la madre responde a las necesidades del niño pero de manera muy retardada. Mostrándose la mayor parte del tiempo, como una persona aprehensiva, intranquila e insegura, manifestando un desequilibrio emocional constante, y manteniendo una posición intermedia entre actitudes optimistas y pesimistas frente a la enfermedad de su hijo.

\*Es importante mencionar que se observan serias dificultades en la madre para poner límites a su hijo.

Por su parte el niño, busca el acercamiento con su madre solo cuando necesita algo, de lo contrario nunca le habla. Se puede observar que es un niño solitario e inhibido, que presenta serias dificultades en la alimentación aceptando los alimentos en forma irregular, presentando a la vez dificultades en el sueño el cual es muy agitado (presentando terrores nocturnos). Así mismo, se observa que el niño tolera fácilmente la separación de su madre, y frente a la presencia de esta se muestra muy irritable. En cuanto a su estado de ánimo, se puede observar que la mayor parte del tiempo esta triste y enojado.

De lo anterior, podemos concluir que en este caso existen serias dificultades en la relación madre - hijo, debido a que el rechazo hacia la gestación fue muy intenso, llegando la madre a desear dormirse y no despertar más hasta después del nacimiento del bebé, lo cual puede entenderse como un intento de negación del embarazo mismo puesto que la madre no deseaba embarazarse argumentando que no se sentía capaz de ser madre por su falta de experiencia en el manejo y educación de un niño. Sin embargo, lo que sí es claro en la relación, es la imposibilidad de la madre para aproximarse y sentir a su hijo afectivamente.

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN****CASO 3**

EDAD DE LA MADRE: 26 años

OCUPACIÓN: Ama de casa

ESCOLARIDAD: Analfabeta

NACIONALIDAD: Mexicana

EDAD DEL PADRE: 26 años

OCUPACIÓN: No trabaja

ESCOLARIDAD: Analfabeta

NACIONALIDAD: Mexicana

EDAD DE LA ABUELA MATERNA: 61 años

OCUPACIÓN: Ama de casa

ESCOLARIDAD: Analfabeta

NACIONALIDAD: Mexicana

EDAD DEL NIÑO: 3 años 2 meses

GENERO: Masculino

EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: 3 años 2 meses

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Es un niño muy enfermizo, parece que esta malo de los riñones.

**ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:****A) Antecedentes patológicos:**

- A los 5 días de nacido presenta cuadro severo de vómitos
- A los 2 meses presenta un cuadro infeccioso severo en vías urinarias, maneja con rifapicina e isodiácida por 6 meses.
- A los 3 meses de edad presento otitis media serosa y reflujo G.E.

**B) Frecuencia de hospitalizaciones:**

- Al 5 día de nacido fue reingresado al hospital en la cd. de Veracruz, por cuadro severo de vomito.
- A los 2 meses de nacido es ingresado nuevamente al hospital en la cd. de Veracruz, con un cuadro de vías urinarias Tx. no especificado.
- A los 3 años 2 meses es ingresado al INP en donde se le diagnóstico SX NEFRÓTICO, causado por severas y continuas infecciones de garganta y vías urinarias.

**C) Enfermedades intercurrentes: - Estado epiléptico.****TIPO DE FAMILIA:**

- INTEGRADA ( )
- DESINTEGRADA ( )
- FUNCIONAL ( )
- DISFUNCIONAL (X)
- UNIPARENTAL (X)

## ENTREVISTA

### CASO 3

1.- La abuela refiere que quizá el niño este mal por que la madre curso el embarazo con cifras tensionales muy altas, debido a que su pareja la abandonó cuanto tenía 2 meses de embarazo; piensa que el medicamento pudo haberle echo daño al niño. No se lo explica de otra manera, puesto que desde que ella atendió al niño lo cuida mejor que nadie.

2.- No existe consciencia de enfermedad, inclusive la abuela desconoce la información sobre el estado de salud actual del niño; y piensa que al parecer el niño esta enfermo de los riñones.

3.- La abuela se siente molesta con la enfermedad del niño, ya que piensa que siempre ha sido muy enfermizo, y ella no tiene los medios para estar curándolo; refiere lo siguiente: "este niño es un problemita, que molesta, molesta".

4.- Para la abuela el tener que hacerse cargo de este niño es una obligación, ya que refiere que su hija es una mala vaca, es decir, que su hija no sirve para nada. La señora se vive como la rescatadora de ese niño; y piensa que de no hacerse cargo de él ya habría muerto.

5.- Desde que el niño nació, la abuela le dijo a la madre que ella se haría cargo de él, puesto que ella no servía para nada, y desde entonces le dedica el tiempo que puede ya que su hija no le ayuda en nada.

\* Durante la entrevista la abuela se mostró muy defensiva y poco cooperativa, por lo que se pudo obtener muy poca información.

Llama la atención que la madre biológica nunca se presentara al hospital.

## FORMATO DE OBSERVACIÓN MATERNA

INDICADORES:	CASO No.3
<b>1 NIVEL DE MOTIVACIÓN</b>	
ASISTENCIA	1
PARTICIPACIÓN Y COOPERACIÓN	0
REDES DE APOYO	0
<b>2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS</b>	
MANEJO DE INFORMACIÓN	0
CONSIDERACIÓN SOBRE SU PAPEL EN EL TRATAMIENTO	0
<b>3 CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO FÍSICO</b>	
GRADO DE DESTREZA ADQUIRIDA POR LA MADRE PARA EL MANEJO DE SU HIJO	0
ORIENTACIÓN INTEGRATIVA	0
<b>4 NIVEL AFECTIVO</b>	
EXPRESIONES DE AFECTO	0
COMUNICACIÓN	0
RESPUESTAS ANTE LAS DEMANDAS DEL NIÑO	0
PERFIL PSICOLÓGICO	0
ACTITUD ANTE LA EVOLUCIÓN DEL NIÑO	1

### **FORMATO DE OBSERVACIÓN INFANTIL**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO 3</b>
1 EXPRESIONES DE AFECTO	1
2 COMUNICACIÓN VERBAL	0
3 TOLERANCIA AL DOLOR	0
4 SOCIALIZACIÓN	0
5 ALIMENTACIÓN	0
6 SUEÑO	0
7 REACCIÓN ANTE LA SEPARACIÓN DE LA MADRE	1
8 REACCIÓN FRENTE A LA PRESENCIA DE LA MADRE	1
9 ESTADO DE ÁNIMO	0

TOTAL 5 PUNTOS. SE CONSIDERA UNA RELACIÓN MADRE HIJO CON SERIAS DIFICULTADES.

### CASO 3

En el primer nivel, se observa que la presencia de la abuela es muy irregular, y su actitud es de indiferencia y desinterés; así mismo, se observa que la abuela tiende a aislarse con su problema sin buscar ningún tipo de apoyo.

En el segundo nivel, se observa que los conocimientos adquiridos por la abuela respecto a la enfermedad y el tratamiento son nulos, pues el manejo que hace de estos es muy poco claro, y considera que el tratamiento es asunto del profesional. (en este caso del médico responsable del caso).

En el tercer nivel, se observa que la manipulación física es realizada por la abuela con brusquedad, poco cuidado, pobre interacción, no realizando adecuadamente la técnica y dando poca importancia al desarrollo integral del niño.

En el cuarto nivel, se observan expresiones de hostilidad o agresión por parte de la abuela hacia el niño, así como una nula comunicación. Así mismo, se observan serias dificultades en la abuela, para percibir y responder en forma adecuada ante las necesidades del niño. Mostrándose la mayor parte del tiempo, como una persona agresiva, intolerante e indiferente, manteniendo una posición intermedia entre actitudes optimistas y pesimistas, frente a la enfermedad del niño.

\*Llama la atención que los cuidados por parte de la abuela, son totalmente diferentes a los que dice brindarle al niño. Así mismo, es importante mencionar que el niño se encuentra bajo la tutela de la abuela materna, debido a que ella considera que su hija no es una buena madre para ese niño.



Por su parte, el niño busca el acercamiento con la abuela sólo cuando necesita algo, de lo contrario nunca le habla. Se puede observar que es un niño solitario e inhibido, que presenta serias dificultades en la alimentación, rechazando todo tipo de alimentos; así mismo presenta serias dificultades para conciliar el sueño, y una vez logrado los periodos son muy cortos. En opinión del médico, estas alteraciones pueden ser la causa de su hiperactividad.

Se observa que el niño tolera la separación de la abuela algunas veces y frente a la presencia de esta se muestra indiferente. En cuanto a su estado de ánimo, se puede observar que la mayor parte del tiempo se muestra triste. Llama la atención el marcado retraso motor y del lenguaje.

En este caso, podemos concluir que existen serias dificultades en el establecimiento de la relación madre - hijo, debido a que la presencia de la figura materna es muy inestable, puesto que en la vida del niño están involucradas tanto la madre biológica como la abuela materna la cual tiene bajo su tutela al niño; sin embargo, se observa una gran molestia por parte de la abuela para asumir esta maternidad, poniéndose de manifiesto en las serias dificultades para establecer un vínculo afectivo con ese niño, lo cual da cuenta de indicios psicopatológicos en este caso.

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN****CASO 4**EDAD DE LA MADRE: 34 añosOCUPACIÓN: Ama de casaESCOLARIDAD: AnalfabetaNACIONALIDAD: MexicanaEDAD DEL PADRE: 44 añosOCUPACIÓN: CampesinoESCOLARIDAD: AnalfabetaNACIONALIDAD: MexicanaEDAD DEL NIÑO: 1 año 7 mesesGENERO: MasculinoEDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: 1 año 6 mesesCAUSA DE LA ENFERMEDAD: Por que dicen que esta malo de los riñones.**ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:**

A) Antecedentes patológicos: Se refiere como un niño con serias dificultades alimenticias.

**B) Frecuencia de hospitalizaciones:**

- Al año seis meses es ingresado al INP en donde le es diagnosticado SX NEFRÓTICO, a causa de infecciones frecuentes en garganta y vías urinarias.

**C) Enfermedades intercurrentes:**

- Hepatitis
- Bronconeumonía
- Anemia

**TIPO DE FAMILIA:**

- INTEGRADA (X)
- DESINTEGRADA ( )
- FUNCIONAL ( )
- DISFUNCIONAL (X)
- UNIPARENTAL ( )

## ENTREVISTA

### CASO 4

1.- Para la señora la enfermedad es producto de un mandato divino, ya que su esposo tuvo la revelación de que así sería, sin embargo, piensa que el niño pudo haber traído el problema desde el nacimiento, por que ella se dedicó hacer tortillas y quizá eso le hizo daño.

2.- No existe consciencia de enfermedad, puesto que predomina el pensamiento mágico.

3.- La señora se siente triste ante la enfermedad del niño, sin embargo, piensa que debe resignarse. Por momentos tiene la impresión, de que el niño no tiene curación.

4.- Para la señora el ser madre es una obligación ante Dios, y ante el esposo le permite tener algún valor, ya que menciona que para él la mujer sólo sirve para tener hijos. Sin embargo, muchas veces deseo no tener más hijos.

5.- La señora a tenido que compartir su responsabilidad de cuidar a sus hijos con su madre, y con su hija mayor puesto que tiene 8 hijos y no le alcanza el tiempo para dedicarse al hogar y para vender tortillas 2 días a la semana.

\* Se encuentra a la madre durante la entrevista, poco afectiva y desinteresada; así mismo se observa un importante nivel de culpa, puesto que se considera responsable de la enfermedad de su hijo.

### **FORMATO DE OBSERVACIÓN MATERNA**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO No.4</b>
<b>1 NIVEL DE MOTIVACIÓN</b>	
ASISTENCIA	2
PARTICIPACIÓN Y COOPERACIÓN	0
REDES DE APOYO	0
<b>2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS</b>	
MANEJO DE INFORMACIÓN	0
CONSIDERACIÓN SOBRE SU PAPEL EN EL TRATAMIENTO	1
<b>3 CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO FÍSICO</b>	
GRADO DE DESTREZA ADQUIRIDA POR LA MADRE PARA EL MANEJO DE SU HIJO	1
ORIENTACIÓN INTEGRATIVA	0
<b>4 NIVEL AFECTIVO</b>	
EXPRESIONES DE AFECTO	0
COMUNICACIÓN	0
RESPUESTAS ANTE LAS DEMANDAS DEL NIÑO	0
PERFIL PSICOLÓGICO	1
ACTITUD ANTE LA EVOLUCIÓN DEL NIÑO	0

### **FORMATO DE OBSERVACIÓN INFANTIL**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO 4</b>
<b>1</b> EXPRESIONES DE AFECTO	1
<b>2</b> COMUNICACIÓN VERBAL	0
<b>3</b> TOLERANCIA AL DOLOR	2
<b>4</b> SOCIALIZACIÓN	0
<b>5</b> ALIMENTACIÓN	0
<b>6</b> SUEÑO	2
<b>7</b> REACCIÓN ANTE LA SEPARACIÓN DE LA MADRE	2
<b>8</b> REACCIÓN FRENTE A LA PRESENCIA DE LA MADRE	1
<b>9</b> ESTADO DE ÁNIMO	0

TOTAL 13 PUNTOS. SE CONSIDERA UNA RELACIÓN MADRE HIJO CON SERIAS DIFICULTADES.

#### CASO 4

En el primer nivel, se observa que la presencia de la madre es constante, aunque su actitud es de indiferencia y desinterés; así mismo, se observa que la madre tiende a aislarse con su problema sin buscar ningún tipo de apoyo.

En el segundo nivel, se observa que los conocimientos adquiridos por la madre respecto a la enfermedad y el tratamiento son nulos, pues el manejo que hace de estos es muy poco claro, y considera que su papel en el tratamiento es sólo de apoyo.

En el tercer nivel, se observa que la manipulación física es realizada por la madre con brusquedad, poco cuidado y pobre interacción, realizando adecuadamente la técnica en algunas ocasiones. Se observa que la madre brinda muy poca importancia al desarrollo integral del niño.

En el cuarto nivel, se observa que las expresiones de afecto de la madre para con su hijo son nulas, sin existir comunicación entre ellos. Así mismo, se observan serias dificultades en la madre para percibir y responder adecuadamente ante las necesidades de su hijo. Mostrándose la mayor parte del tiempo, como una persona insegura y desinteresada; manteniendo una posición pesimista ante la evolución del niño.

\*Es importante hacer notar que la mayor parte del tiempo destinado a la visita, la madre permanecía sentada sin acercarse con frecuencia al niño.

Por su parte, el niño busca el acercamiento con su madre sólo cuando necesita algo, de lo contrario nunca le habla. Se puede observar que es un niño muy inhibido, que presenta serias dificultades en la alimentación, rechazando todo tipo de alimentos; sin embargo, su sueño es tranquilo la mayor parte del tiempo.

Se observa que el niño tolera la separación de la madre la mayoría de las ocasiones sin presentar dificultades, y frente a la presencia de esta se muestra indiferente. En cuanto a su estado de ánimo, se observa una tristeza permanente. Llama la atención el marcado retraso motor del niño.

De lo anterior, podemos concluir que en este caso existen serias dificultades en la relación madre - hijo, puesto que una de las motivaciones de la madre para embarazarse es el reparar su propia imagen dañada, es decir, que este hijo permite a la madre tener algún valor ante Dios y su esposo; de tal forma que este hijo viene a ser una especie de "salvador para la madre". Sin embargo, lo que se pone de manifiesto en la relación materna infantil, es un gran rechazo por parte de la madre hacia el niño, el cual manifiesta una importante privación afectiva y social. Así mismo, se observa una seria imposibilidad en la madre para percibir y responder afectivamente ante las demandas del niño.



**FICHA DE IDENTIFICACIÓN****CASO 5**EDAD DE LA MADRE: 28 añosOCUPACIÓN: Ama de casaESCOLARIDAD: ComercioNACIONALIDAD: MexicanaEDAD DEL PADRE: 30 añosOCUPACIÓN: No trabajaESCOLARIDAD: PrimariaNACIONALIDAD: MexicanaEDAD DEL NIÑO: 1 año 1 mesGENERO: MasculinoEDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: 8 mesesCAUSA DE LA ENFERMEDAD: Traja infectados los bronquios y el riñón**ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:**

A) Antecedentes patológicos:

- Presenta falta de madurez al nacer en los pulmones.

**B) Frecuencia de hospitalizaciones:**

- Al nacer es retenido 15 días en el hospital en el área de terapia intensiva, por presentar inmadurez en los pulmones.
- A los 8 meses es ingresado al INP en donde le es diagnosticado SX NEFRÓTICO, causado por infecciones frecuentes en vías aéreas superiores.

**C) Enfermedades intercurrentes:**

- Bronconeumonía severa.

**TIPO DE FAMILIA:**

- INTEGRADA ( )
- DESINTEGRADA ( )
- FUNCIONAL ( )
- DISFUNCIONAL (X)
- UNIPARENTAL (X)

## ENTREVISTA

### CASO 5

1.- Para la señora la enfermedad del niño es producto de errores médicos, ya que tras haber tenido ella una infección vaginal es medicada, sin el médico haber detectado el que se encontraba embarazada. Por lo que piensa que el medicamento pudo haber dañado los riñones del niño. A veces piensa que el haber estado angustiada durante el embarazo por la situación del medicamento, pudo repercutir en el niño negativamente.

2.- Si existe consciencia de enfermedad por parte de la señora, y reconoce la necesidad de que su hijo sea atendido por los especialistas.

3.- La señora se siente triste, desesperada, y enojada con sí misma, frente a la enfermedad de su hijo, pues piensa que de no haber tenido esa infección vaginal, nada le habría pasado al niño y quizá no estuviera enfermo.

4.- Para la señora ser madre es un privilegio, ya que desde que era soltera siempre quiso tener dos hijos, sin embargo, siente una gran carga por que su esposo se fue a E.U. por cuestiones de trabajo y no la apoyado en nada desde que se fue. Menciona que le hubiera gustado que su hijo no se pareciera físicamente a su suegra, la cual es una señora muy posesiva y poco agradable.

5.- Desde que el niño fue dado de alta del hospital a los 15 días posteriores a su nacimiento, la señora lo cuida personalmente y le dedica todo su tiempo a sus 2 hijos, ya que no trabaja fuera de casa desde que se caso. La mayor parte del tiempo juega con sus hijos, les canta, les habla esperando que la imiten.

En la actualidad solamente tiene el apoyo económico y moral de sus padres.

### **FORMATO DE OBSERVACIÓN MATERNA**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO No. 5</b>
<b>1 NIVEL DE MOTIVACIÓN</b>	
ASISTENCIA	2
PARTICIPACIÓN Y COOPERACIÓN	1
REDES DE APOYO	1
<b>2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS</b>	
MANEJO DE INFORMACIÓN	1
CONSIDERACIÓN SOBRE SU PAPEL EN EL TRATAMIENTO	1
<b>3 CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO FÍSICO</b>	
GRADO DE DESTREZA ADQUIRIDA POR LA MADRE PARA EL MANEJO DE SU HIJO	1
ORIENTACIÓN INTEGRATIVA	0
<b>4 NIVEL AFECTIVO</b>	
EXPRESIONES DE AFECTO	1
COMUNICACIÓN	1
RESPUESTAS ANTE LAS DEMANDAS DEL NIÑO	1
PERFIL PSICOLÓGICO	1
ACTITUD ANTE LA EVOLUCIÓN DEL NIÑO	1

### **FORMATO DE OBSERVACIÓN INFANTIL**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO 5</b>
1 EXPRESIONES DE AFECTO	0
2 COMUNICACIÓN VERBAL	0
3 TOLERANCIA AL DOLOR	1
4 SOCIALIZACIÓN	0
5 ALIMENTACIÓN	1
6 SUENO	2
7 REACCIÓN ANTE LA SEPARACIÓN DE LA MADRE	2
8 REACCIÓN FRENTE A LA PRESENCIA DE LA MADRE	1
9 ESTADO DE ÁNIMO	0

TOTAL 19 PUNTOS. SE CONSIDERA UNA RELACIÓN MADRE HIJO CON SERIAS DIFICULTADES.

## CASO 5

En el primer nivel, se observa que la presencia de la madre es constante, aunque su actitud es muy reservada, y muestra interés pero se distrae fácilmente. Sin embargo, busca apoyo de manera ocasional en su familia para enfrentar la enfermedad de su hijo.

En el segundo nivel, se observa que los conocimientos adquiridos por la madre respecto a la enfermedad y el tratamiento son manejados apropiadamente la mayoría de las ocasiones, pero considera que su papel en el tratamiento es sólo de apoyo.

En el tercer nivel, se observa, que la manipulación física es realizada por la madre con brusquedad y pobre interacción, enfatizando sólo en aspectos parciales del manejo, dando importancia secundaria a los demás elementos. (Presta una mayor atención en los aspectos físicos)

En el cuarto nivel, se observa que las expresiones de afecto de la madre para con su hijo son ocasionales, y cuando le habla rara vez espera una respuesta interactiva por parte del niño. Así mismo, se observan serias dificultades en la madre, para percibir y responder adecuadamente ante las necesidades de su hijo. Mostrándose en algunas ocasiones como una persona insegura e irritable, manteniendo una posición intermedia entre actitudes optimistas y pesimistas frente a la enfermedad del niño.

\*Es importante mencionar, que la señora trata de dar una buena imagen frente al equipo médico, sin embargo, se nota un gran rechazo por el niño.

Por su parte, el niño no da muestras de afecto hacia la madre, tampoco emite sonidos hacia la misma. Se puede observar que es un niño con serias dificultades alimenticias, pues acepta los alimentos en forma muy irregular, sin embargo, su sueño es muy tranquilo la mayor parte del tiempo.

Se observa que el niño tolera la separación de la madre la mayoría de las ocasiones sin presentar mayores dificultades, y frente a la presencia de esta se muestra muy indiferente. En cuanto a su estado de ánimo, se muestra triste la mayor parte del tiempo.

De este caso, podemos concluir que existen serias dificultades en la relación madre - hijo, debido a que se percibe en la madre un resentimiento muy fuerte hacia la pareja por su abandono, y como resultado ella responde con sentimientos de autosuficiencia, sin embargo, la enfermedad del niño la confronta con sus limitaciones. Estos aspectos se manifiesta en la relación de la madre con la familia política; despertando así sentimientos de impotencia para responder ante los cuidados que requiere el niño.

## 4.2 DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A través de los 5 casos estudiados, podemos dar cuenta de que la compleja relación madre - hijo, es un factor determinante en el establecimiento de la salud o la enfermedad en los niños, que por su corta edad se encuentran en una etapa crítica de formación. Al respecto Dolto menciona que la interacción diaria entre madre e hijo, produce desarrollos estructurales únicos en el niño, en función del modo en que su actividad fantasmática va dando forma y significación a los eventos experienciales.

Por otra parte, en los 5 casos estudiados se ponen de manifiesto alteraciones en el establecimiento del vínculo, ya que se pueden observar en las madres, serias dificultades para percibir y responder ante las necesidades de sus hijos. Por su parte Winnicott señala que debe existir una "preocupación materna primaria", que es una condición psicológica presente semanas antes y después del nacimiento, y que permite a la madre adquirir la capacidad de ponerse en el lugar del bebé, lo cual le permite satisfacer las necesidades físicas y emocionales de éste en una forma que ninguna otra persona podría imitar. Sin embargo, señala que puede haber disturbio en esta área; en un extremo estaría la madre que no puede aproximarse y sentir a su bebé, y en el otro aquella madre que hace del bebé su preocupación patológica durante largo tiempo.

Así mismo a través del estudio de estos 5 casos se puede observar, cómo los mensajes inconscientes transmitidos por el entorno inmediato, en este caso los padres y especialmente la madre, influyen en la manera en que el niño estructura su personalidad. Mannoni menciona al respecto, que durante la estructuración del sujeto suelen presentarse afecciones o enfermedades, y se propone entenderlas como resultado de la interacción del sujeto con su entorno, especialmente en relación con sus padres, sin embargo, plantea que dicha relación debe entenderse en función del discurso inconsciente que los padres transmiten al niño.



Se podría pensar que las alteraciones en el vínculo encontradas, están relacionadas con las condiciones frente a las cuales se dieron estos embarazos, lo que a su vez influye en el significado que para cada caso tiene la maternidad. Así bien, en todos los casos la enfermedad desencadenó una serie de conductas ambivalentes, que lejos de apoyar el tratamiento médico, lo interfieren.

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

### 4.3 CONCLUSIONES

- 1.- En el estudio de estos 5 casos, que presentaban serias dificultades en la adhesión a tratamientos, se pudo observar que si existían serias anomalías en la relación materna infantil.
- 2.- Así mismo, se observó que las propias dificultades o ansiedades de las madres, impedían que estas asumieran la importancia de su papel en la recuperación del niño, exponiéndolo así a los riesgos de la medicación sin el beneficio terapéutico concomitante.
- 3.- Se pudo observar que el impacto psicológico que provoca la adaptación a tratamientos de larga duración, recaídas, hospitalizaciones etc., específicamente en el caso de los pacientes pediátricos, es mayor cuanto más pequeño es el niño que lo padece.
- 4.- La enfermedad crónica provoca alteraciones importantes en el sistema familiar, específicamente en la relación madre - hijo, presentándose sobreprotección y conductas ambivalentes.
- 5.- Así mismo el estudio de estos 5 casos, pone de manifiesto la necesidad de crear modelos psicoterapéuticos encaminados a brindar una posibilidad de expresión sobre los aspectos que puedan estar interfiriendo dicha adhesión.

#### 4.4 SUGERENCIAS ALCANCES Y LIMITACIONES

Uno de los propósitos al realizar el presente estudio fue llamar la atención de investigadores de diferentes disciplinas para explorar un campo relativamente nuevo en nuestro país, que evidentemente confirma el importante avance científico y tecnológico dentro de la medicina pediátrica, pero que como todo campo requiere ser arduamente estudiado, para que a la luz de investigaciones se puedan crear modelos psicoterapéuticos de trabajo, encaminados a obtener éxito en la adhesión al tratamiento de pacientes pediátricos que presenten síndrome nefrótico.

Se sugiere en futuros estudios, ampliar la muestra de los sujetos para asegurar la utilidad y objetividad de la guía de observación materna - infantil aquí propuesta, la cual es considerada como el más importante alcance obtenido. Así mismo, se sugiere ampliar la guía de entrevista para explorar la propia infancia de la madre, a fin de tener más elementos para detectar las posibles relaciones entre estos aspectos y su actual función materna.

Por otro lado, se considera que una limitación importante al llevar a cabo el estudio, fue el no haber dado un seguimiento en un periodo mayor.

Se considera que el presente estudio es una pequeña brecha en un largo camino que empieza a recorrerse en el campo de la psicología de la salud, y que los esfuerzos de profesionales dedicados a la atención de pacientes con enfermedades renales, deben conjuntarse para poder ofrecer una atención integral al paciente y aumentar así las posibilidades de éxito.

## ANEXO I

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

EDAD DE LA MADRE:-----

OCUPACIÓN:-----

ESCOLARIDAD:-----

NACIONALIDAD:-----

EDAD DEL PADRE:-----

OCUPACIÓN:-----

ESCOLARIDAD:-----

NACIONALIDAD:-----

EDAD DEL NIÑO:-----

GENERO:-----

EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD:-----

CAUSA DE LA ENFERMEDAD:-----

-----

-----

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:

A) Antecedentes patológicos:

B) Frecuencia de hospitalizaciones:

C) Enfermedades intercurrentes:

TIPO DE FAMILIA:

- INTEGRADA ( )
- DESINTEGRADA ( )
- FUNCIONAL ( )
- DISFUNCIONAL ( )
- UNIPARENTAL ( )

## ANEXO 2

### GUÍA DE ENTREVISTA

- \*CREENCIAS DE LA MADRE SOBRE LA ENFERMEDAD.
- \*CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.
- \*ACTITUD DE LA MADRE HACIA LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO.
- \*SIGNIFICADO QUE LA MADRE LE DA A LA MATERNIDAD.
- \*EXPLORAR FACTORES RELACIONALES ENTRE MADRE E HIJO EN LA COTIDEANEIDAD :
  - \*quien atiende al niño.
  - \*cuanto tiempo le dedica.
  - \*trabaja o no.
  - \*que tipo de juegos tiene con su hijo.
  - \*actividades que realiza la madre dentro y fuera del hogar.
  - \*número de hijos que tiene que atender.

**ANEXO 3**  
**FORMATO DE OBSERVACIÓN MATERNA**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO No.</b>
<b>1 NIVEL DE MOTIVACIÓN</b>	
ASISTENCIA	
PARTICIPACIÓN Y COOPERACIÓN	
REDES DE APOYO	
<b>2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS</b>	
MANEJO DE INFORMACIÓN	
CONSIDERACIÓN SOBRE SU PAPEL EN EL TRATAMIENTO	
<b>3 CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO FÍSICO</b>	
GRADO DE DESTREZA ADQUIRIDA POR LA MADRE PARA EL MANEJO DE SU HIJO	
ORIENTACIÓN INTEGRATIVA	
<b>4 NIVEL AFECTIVO</b>	
EXPRESIONES DE AFECTO	
COMUNICACIÓN	
RESPUESTAS ANTE LAS DEMANDAS DEL NIÑO	
PERFIL PSICOLÓGICO	
ACTITUD ANTE LA EVOLUCIÓN DEL NIÑO	

**ANEXO 3**  
**FORMATO DE OBSERVACIÓN INFANTIL**

<b>INDICADORES:</b>	<b>CASO</b>
1 EXPRESIONES DE AFECTO	
2 COMUNICACIÓN VERBAL	
3 TOLERANCIA AL DOLOR	
4 SOCIALIZACIÓN	
5 ALIMENTACIÓN	
6 SUEÑO	
7 REACCIÓN ANTE LA SEPARACIÓN DE LA MADRE	
8 REACCIÓN FRENTE A LA PRESENCIA DE LA MADRE	
9 ESTADO DE ÁNIMO	



## ANEXO 3

### A) DESCRIPCIÓN DEL FORMATO DE OBSERVACIÓN MATERNA

El formato de observación materna, incluye la evaluación cuantitativa como cualitativa, la primera consta de cuatro niveles divididos en 12 indicadores, los cuales cubren diversos aspectos a evaluar. Los niveles e indicadores se agrupan de la siguiente manera:

**1 NIVEL DE MOTIVACIÓN.** Evalúa el grado de interés y compromiso que muestra la madre hacia el tratamiento y las actividades diseñadas por el equipo profesional. Se observa y registra la asistencia y participación.

**2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS.** Evalúa la información adquirida por la madre, en relación al aprendizaje de conceptos, principios, objetivos y procedimientos específicos, así como el conocimiento sobre el papel que debe desempeñar en el programa de intervención.

**3 NIVEL DE HABILIDAD PARA EL MANEJO.** Evalúa el grado de destreza adquiridas por la madre para el manejo físico de su hijo, el tipo y características del manejo, así como la capacidad de la madre para integrar la actividad desde una perspectiva global del desarrollo.

**4 NIVEL AFECTIVO.** Evalúa las actitudes, expresiones y diversas formas de interacción de la madre con su hijo, es decir, el grado en que estos elementos favorecen un medio armónico de desarrollo e integración para el niño. Se deberán observar las expresiones de afecto, las características de comunicación verbal, el tipo de respuestas maternas ante las demandas del niño, el perfil psicológico y la actitud de la madre ante los cambios presentados por el niño.

**B) CRITERIOS DE EVALUACIÓN CUANTITATIVA.** Las observaciones realizadas serán evaluadas a partir de 3 criterios de calificación.

2 puntos

Cuando se considere que la madre realiza las actividades en forma **ADECUADA**.

1 punto

Se refiere al término medio, es decir, cuando se considere que la madre realiza en forma adecuada las actividades **ALGUNAS VECES**.

0 puntos

Se aplicará este criterio, cuando se considere que la madre realiza las actividades en manera **INADECUADA**.

Cada uno de los indicadores que conforman los niveles propuestos, deberán ser evaluados considerando la puntuación correspondiente a partir de los criterios de calificación que a continuación se describen.

**1 NIVEL DE MOTIVACIÓN.****Asistencia**

2= Cuando la madre este presente todo el tiempo.

1= Cuando la madre se presente el 50 % del tiempo.

0= Cuando la madre no se presente.

**Participación y cooperación**

2= Se muestra activamente participativa, formula preguntas, comenta sus experiencias y observaciones sobre su hijo, muestra interés y atención en relación en la evolución de su hijo.

1= Se mantiene reservada, pregunta poco. muestra interés pero se distrae fácilmente.

0= Se observa indiferente, no presta atención, no pregunta, no participa.

**Redes de apoyo**

2= busca activamente apoyo (económico y moral) en su entorno familiar y externo.

1= Ocasionalmente busca apoyo.

0= Se mantiene aislada con su problema.

## **2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS**

### **Manejo de información**

2= Responde proporcionando información solicitada con buen manejo de los contenidos respecto a la enfermedad y tratamiento. Puede describir y explicar apropiadamente el tipo de técnicas así como los propósitos de su aplicación.

1= Responde apropiadamente la mayoría de las ocasiones.

0= Responde ante la información solicitada pero su manejo es poco claro.

### **Consideración sobre su papel en el tratamiento**

2= Se considera como el eje de las acciones de intervención, integra su papel de madre y reorganizador del desarrollo de su hijo. Reconoce al profesional como orientador de las estrategias a seguir.

1= considera que su papel en el programa es sólo de apoyo, pero sigue las instrucciones del profesional.

0= Considera que el programa de intervenciones es asunto solo del profesional.

### **3 CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO FÍSICO**

#### **Grado de destreza adquirida por la madre para el manejo de su hijo**

2= La manipulación física la realiza en forma interactiva, con cuidado y delicadeza. Realiza adecuadamente la técnica.

1= La manipulación física la realiza con brusquedad y pobre interacción. Realiza adecuadamente la técnica. O el manejo es cálido, cuidadoso e interactivo pero no realiza en forma adecuada la técnica.

0= La manipulación física la realiza con brusquedad, poco cuidado y pobre interacción. No realiza adecuadamente la técnica.

#### **Orientación integrativa**

2= Integra adecuadamente el manejo físico, afectivo y cognitivo. Adecua el tipo de materiales, juguetes y juegos considerando el interés a nivel de desarrollo del niño.

1= Enfatiza sólo en aspectos parciales del manejo, dando importancia secundaria a los demás elementos, (por ejemplo, trabaja más en aspectos físicos).

0= No modifica los materiales, juguetes y juegos de acuerdo al interés y nivel de desarrollo del niño.

#### **4 NIVEL AFECTIVO**

##### **Expresiones de afecto**

2= Expresa su afecto (le sonríe, lo acaricia, lo besa, lo carga, lo arrulla etc.)

1= Muestra afecto ocasionalmente (lo carga solo cuando es necesario).

0= No se observan expresiones de afecto. Se observan expresiones de hostilidad o agresión. Las expresiones de afecto son excesivas que irritan al niño.

##### **Comunicación verbal**

2= La madre le habla constantemente en sentido de conversación, es decir esperando la respuesta interactiva del niño.

1= Ocasionalmente le habla. Cuando le habla no siempre espera la respuesta interactiva del niño.

0= Nunca le habla.

**Respuesta ante las demandas del niño**

2= Muestra sensibilidad y conocimiento sobre las necesidades del niño, puede identificar y responder adecuadamente cuando estas se presentan. Permite al niño solucionar los obstáculos que se le presentan (alcanzar un objeto, voltearse etc.) solo le proporciona apoyo.

1= Responde a las necesidades del niño pero en forma retardada. En ocasiones permite que el niño solucione sus obstáculos y en otras lo hace por él.

0= La madre no percibe ni responde adecuadamente ante las necesidades del niño. Muestra rechazo.

**Perfil psicológico**

2= Calmada, tolerante segura. logra mantener el interés y equilibrio emocional ante las situaciones que se le presentan.

1= Algunas ocasiones muestra inseguridad, desinterés, intolerancia, irritabilidad pero logra mantener el equilibrio emocional ante las diferentes situaciones.

0= Agresiva. intolerante, intranquila, aprehensiva, indiferente, insegura. Manifiesta desequilibrio emocional constante.

**Actitud ante la evolución del niño**

2= Se muestra optimista ante los avances reales del niño, sin perder de vista las dificultades y la necesidad de continuar las actividades y procedimientos sugeridos para su solución.

1= Mantiene una posición intermedia entre actitudes optimistas y pesimistas sin lograr afectar del todo su actividad en el tratamiento.

0= Actitud pesimista (el niño esta muy mal, no avanza). Optimismo exagerado, que no permite percibir las dificultades, ni actuar para su solución (el niño no tiene nada, el profesional esta mal).



**C) DESCRIPCIÓN DEL FORMATO DE OBSERVACIÓN INFANTIL**

El formato de observación infantil, incluye la evaluación cuantitativa como cualitativa: la primera consta de 9 indicadores, los cuales cubren diversos aspectos a evaluar.

**D) CRITERIOS DE EVALUACIÓN CUANTITATIVA.** Las observaciones serán evaluadas a partir de 3 criterios de calificación.

2 puntos

Cuando se considere que el niño responde en forma adecuada.

1 punto

Se refiere al término medio, es decir, cuando se considere que el niño responde en forma adecuada solo algunas veces.

0 puntos

Se aplicará este criterio, cuando se considere que el niño responde de manera inadecuada.

Cada uno de los indicadores deberá ser evaluado considerando la puntuación correspondiente a partir de los criterios de calificación que a continuación se describen.

**EXPRESIÓN DE AFECTO**

2= Expresa su afecto (el niño le sonríe a la madre, le habla o emite sonidos buscando el acercamiento con ella).

1= Muestra afecto ocasionalmente (busca el acercamiento solo cuando necesita algo).

0= No se observan expresiones de afecto.

**COMUNICACIÓN VERBAL**

2= El niño habla o emite sonidos constantemente, esperando una respuesta interactiva de la madre.

1= Ocasionalmente le habla o emite sonidos a la madre.

0= Nunca le habla.

**TOLERANCIA AL DOLOR**

2= El niño tolera el dolor casi siempre.

1= El niño tolera el dolor algunas veces.

0= El niño no tolera el dolor.

**SOCIALIZACIÓN**

2= El niño se siente seguro de sí mismo y puede convivir con los demás.

1= El niño convive con los demás en contadas ocasiones.

0= Cuando el niño es inhibido y solitario.

**ALIMENTACIÓN**

2= El niño acepta los alimentos en forma adecuada.

1= El niño acepta los alimentos en forma irregular.

0= Cuando el niño rechaza los alimentos.

**SUEÑO**

2= El sueño del niño es tranquilo siempre.

1= Cuando el sueño del niño mantiene una posición intermedia, es decir, en ocasiones es tranquilo y en otras agitado.

0= Cuando el sueño del niño es agitado.

**REACCIÓN ANTE LA SEPARACIÓN DE LA MADRE**

2= Cuando el niño tolera la separación de su madre la mayoría de las ocasiones.

1= Cuando el niño tolera la separación de su madre algunas veces.

0= Cuando el niño no tolera la separación de su madre.

**REACCIÓN ANTE LA PRESENCIA DE LA MADRE**

2= El niño se muestra animoso ante la presencia de la madre.

1= El niño se muestra indiferente ante la presencia de la madre.

0= El niño se muestra irritable ante la presencia de la madre.

**ESTADO DE ÁNIMO**

2= El niño se muestra alegre la mayor parte del tiempo.

1= El niño presenta cambios continuos en el estado de ánimo.

0= El niño se muestra triste la mayor parte de tiempo.

**E) PONDERACIÓN FINAL**

Una vez obtenido el puntaje de cada uno de los indicadores, se procederá a sacar el puntaje total por niveles, y a su vez se le sumará el puntaje total de la observación infantil. Conforme a la siguiente tabla:

NIVEL	PUNTAJE MÁXIMO
MOTIVACIÓN	6
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS	4
CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO FÍSICO	4
NIVEL AFECTIVO	10

El resultado final se ubicará dentro de la ponderación siguiente:

36 puntos = Relación adecuada entre madre e hijo.

30 puntos = La señora requiere orientación por parte del equipo médico.

20 puntos = Se considera una relación madre - hijo con serias dificultades y se recomienda entrevista psicológica.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Korsch B; Negrete, VD. (1984) Psychosocial Adaptation of childrens with ESRD: Factores affecting rehabilitation. En: Fine R, Gruskin A end Stage renal disease in children, Canadá: Saunders; 553-59 pp.
- Bowlby, J. (1993) El vínculo afectivo. Paidós, España; 203 p.
- Rheingold, H.L. (1982) Infancy. En International Encyclopedia of the Social Sciences, comp. David L. Sills, Nueva York y Londres, collier/Macmillan; 103 p.
- Prenchtl, H.F. (1958) The directed head turning response and allied movements of the human baby. En Determinants of Infant Behavior, Vol. 2, comp. B.M. Foss. Londres Methuen; Nueva York, Wiley. 830 - 6 pp.
- Ainsworth, M.D. (1967) Infancy in Uganda. En Determinants of infant Behavior, Vol. 2, comp. B.M. Foss. Londres Methuen; Nueva York, Wiley. 530 - 41 pp.
- Winnicott D.W. (1987) La familia y el desarrollo del individuo. Paidós Hormé, Buenos Aires; 87 - 8 pp.
- Winnicott D. W. (1990) Los bebes y sus madres. Paidós, México; 111 -18 pp.
- Dolto, F. (1990) La imagen inconsciente del cuerpo. Paidós, España; 17 - 20 pp.
- Mannoni, Maud. (1987) El niño su enfermedad y los otros. Ediciones Nueva Visión, Argentina; 29 - 66 pp.

- Vives, Lartigue y Córdova. (1992) Formación del vínculo materno - infantil: Un estudio comparativo longitudinal. *Revista mexicana de psicología*. Vol. 9, Número 2, Julio - Diciembre; 127 - 42 pp.
- Blum, B; Gordillo, G. (1996) *Psiconefrológica*. En *Nefrología Pediátrica*. Ediciones Mosby Doyma, México; 465 - 71 pp.
- Valenzuela H.R. (1987) *Manual de Pediatría*. Editorial Interamericana, México; 68 p.
- Carbajal, L. y otros. (1991) *Criterios pediátricos*. Instituto Nacional de Pediatría. Vol. 7, Números 16 y 17, México; 65 p.
- Berkow, R. (1989) *El manual merck de diagnóstico y terapéutica*. Ediciones Doyma, España; 1767 p.
- Thoft, Richard A. (1990) *Enfermedades glomerulares en la infancia*. *Pediatrics*; 61: 874 p.
- Hernández, R.V. (1989) *Cumplimiento de prescripciones medicas*. Ediciones Prensa medica mexicana, México; 23 p.
- Vives y Colaboradoras. (1991) *Vicisitudes en la estructuración del vínculo materno - infantil durante la gestación*. *Cuadernos de Psicoanálisis*, Vol. XXIV Números 3 y 4 Julio - Diciembre; 167 - 90 pp.
- Maiman A.L. (1991) *Consideraciones especiales respecto al tratamiento farmacológico*. Editorial Masson, México; 27 p.
- Zinser, Otto. (1992) *Psicología experimental*. Editorial Mc Graw Hill, México; 175 - 78 pp.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Ainsworth, M.D. (1963) The development of infant - mother interaction among the Ganda. En Determinants of infant Behavior, Vol. 2, comp. B.M. Foss. Londres methuen; Nueva York, Wiley. 302 p.
- De la fuente, Muñiz Ramon (1982) Psicología medica. Editorial Fondo de cultura económica, México; 31 p.
- Gessell, Arnold. (1990) El niño de 1 a 5 años. Editorial paidós, México; 43 - 86 pp.
- Guyton, Arthur, C. (1985) Tratado de fisiología medica. Editorial interamericana, méxico; 28 p.
- Harlow, H. (1950) Learning to love. Jason Aronson, Nueva York.
- Lorenz, K. (1952) El anillo del rey salomón. Ed. Labor, Barcelona.
- Mussen, Conger y Kagan. (1990) Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad del niño. 2 Edición, Editorial Trillas, México; 42 - 66 pp.
- Osby, R. (1990) Manual de pediatría. Editorial Interamericana, México; 1719 - 28 pp.
- Papalia E.D. (1992) Desarrollo Humano. 4 Edición, Editorial Mc Graw Hill, México; 12 - 22 pp.
- Papalia E.D. (1990) Psicología. 1 Edición, Editorial Mc Graw Hill, México; 83 p.



- Papalia E.D. (1982) *Sicología del desarrollo*. Editorial Mc Graw Hill Latinoamerica, Colombia; 63 -65 pp.
- Ponty, Mierlau Maurice. *Las relaciones del niño y los otros*. Facultad de filosofía y letras. Universidad nacional de córdova. 52 - 76 pp.
- Schaffer, H.R. (1963) " Some iusses for research in the estudy of attachmen behavior". En *determinants of infant Behavior*, Vol. 2, comp. B.M.Foss. Londres methuen; Nueva York, Wiley. 367 p.
- Vives J. y Colaboradores. (1992) *Apego y Vinculo. Comunicación preliminar*. Cuadernos de Psicoanálisis. Vol. XXV Números 1y2 Enero - Junio; 45 - 53 pp.
- Vives y Lartigue. (1991) *Aspectos psicodinámicos del embarazo*. Trabajo leído en el II Congreso Nacional de salud Publica, Cuernavaca Morelos. Cuadernos de Psicoanálisis, Vol. XXIV Números 1y2 Enero - Junio; 38 - 46 pp.