

4
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL NIÑO Y LA RELACION CON SU FIGURA MATERNA."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

SILVESTRE AGUILAR DIAZ

DIRECTORA: LIC. ALMA MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA

ASESORA: LIC. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO.



MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

258863



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.

ANGEL Y ELENA

Gracias por todo lo que me han dado en toda ésta vida, les debo todo.

Angélica, Angel, Pablo, Lucia, Isidra y J. Manuel

Por contribuir en lo que he logrado formando parte de mi existencia.

A la Lic. Alma Mireia López Arce Coria

Por sus enseñanzas y motivaciones.

A la Lic. Guadalupe Santaella

Por sus sugerencias y tiempo dedicado.

A Bertha Blum y Eva Esparza

Por su invaluable apoyo y su proyecto que tanto me ayudó y enseñó en mi formación profesional.

Al Proyecto para la Optimización y Profesionalización del Psicólogo Clínico.

Por todo su apoyo para el crecimiento profesional personal y de todos mis compañeros.

Al comité de becas D.G.A.P.A.

Por su apoyo económico siempre tan importante.

A todas mis amigas y amigos sinceros.

Por permitirme ser parte de sus vidas y por brindarme su amistad.

A todas las madres, y en especial a sus niños que colaboraron en este trabajo.

Porque sólo por el hecho de seguir luchando son ya unos seres admirables.

A Rosy

Por la increíble experiencia de haberte conocido.

A ese gran ser que me dio la
oportunidad de estar aquí y
permitirme crecer en todos
los aspectos.

ETERNAMENTE AGRADECIDO

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1	7
Teoría del apego	
1.1 Apego y crianza	7
1.2 Inicios de la interacción madre-bebé	8
1.3 Comparación del rol de la madre con el rol del padre	10
1.4 Consecuencias del cuidado de ambos padres en el niño	11
1.5 El niño y la relación con las experiencias infantiles de sus padres	11
1.6 Enfoque sobre la teoría del apego	12
1.7 Las pautas de apego	14
1.8 Aspectos que influyen en la relación madre-hijo	19
Capítulo 2	21
Aspectos médicos de la Insuficiencia Renal Crónica	
2.1 Definición	21
2.2 Epidemiología	22
2.3 Etiología	23
2.4 Alteraciones metabólicas	24
2.5 Manifestaciones clínicas	26
2.6 Evaluación de la IRC	30
2.7 Tratamiento	30
2.8 Aspectos psicológicos de la IRC	31
Capítulo 3	40
Método	
3.1 Objetivos	40
3.2 Planteamiento del problema y pregunta de investigación	40
3.3 Indicadores clínicos (variables)	40
3.4 Población y muestra	41
3.5 Muestreo	42
3.6 Criterios de inclusión	42
3.7 Instrumentos ó técnicas	42
3.8 Procedimiento	43
3.9 Diseño de investigación y Análisis estadístico	44
Capítulo 4	45
4.1 Resultados	45

Capitulo 5	56
5.1 Discusión y Conclusiones	56
5.2 Sugerencias y Limitaciones	62
Anexos	64
Bibliografía	88

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo describir la relación madre-hijo, a partir de la teoría del apego, así como detectar las emociones que acompañan a cada uno de los integrantes; cuando el niño padece insuficiencia renal crónica (IRC). La muestra consistió en 20 niños y las mamás de estos niños, los cuales tenían un diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica en etapa terminal, contaban con una edad de entre 6 y 12 años, se encontraban en alguno de los tratamientos sustitutos de la función renal y que fueron canalizados, para este estudio, por el servicio de Nefrología pediátrica del Hospital "Gaudencio González Garza" Centro Médico "La Raza". A los niños se les aplicaron los mismos instrumentos y técnicas utilizados en la investigación: "La conducta de apego en niños de 5 y 6 años: influencia de la ocupación materna fuera del hogar" (Lara, M., Acevedo, M. y López, E., 1994); que consistieron en el test del dibujo de la familia y el de la figura humana. De igual manera, a las mamás se les aplicó el test de la familia y una entrevista estructurada. De acuerdo con los resultados, se encontró que en la mayoría de estos niños existe una tendencia a mostrar pauta de apego inseguro evitativo, un menor porcentaje mostró tendencia al apego seguro, escasos fueron los niños que mostraron tendencia al apego inseguro ambivalente y sólo en un caso se detectó la tendencia al apego desorganizado. Por tales motivos se concluye que las características de la relación madre-hijo son del tipo de apego inseguro evitativo, en las que el niño no confía en los cuidados que recibirá de su madre cuando los solicite, se desairado y son niños que intentan vivir sin el amor y apoyo de otras personas, así como volverse emocionalmente autosuficiente; las madres en tanto son rechazantes y negadoras del consuelo y protección que el niño solicita. Se detectó que emocionalmente son niños inseguros, en constante ansiedad, con cierta inhibición del afecto, medianamente expresan el mismo y son poco demandantes; Bowlby (1989) menciona que este tipo de niños intentan volverse emocionalmente autosuficientes. Las madres, son sujetos tendientes a la depresión, con ideas de desesperanza, incapacidad y muerte, no somatizan, aceptan la situación en la que se encuentran, por lo mismo experimentan tensión, estrés, carga y aumento de trabajo y de responsabilidades; sin embargo manifiestan sentirse apoyadas.

En gran medida recalcamos la importancia, como lo menciona Bowlby (1989), de proveer confianza, seguridad y protección a todos los niños y más cuando viven con el impacto constante de una enfermedad crónica que implica a la muerte entre otras cosas. Blum-Gordillo y Cols. (1989) sugieren alternativas de tratamiento psicológico para este de pacientes y sus familias, ya que así como es importante el trabajo en el niño enfermo, no sería completo si no se toma en cuenta a sus figuras mas cercanas e importantes como lo es su figura materna.

INTRODUCCION.

La relación madre-hijo es un fenómeno de los más importantes (si no el más importante) para la salud tanto física como mental de las partes que la conforman. Una futura madre deberá seguir cierta conducta para lograr un seguimiento óptimo en lo que se refiere a todo el proceso, desde la concepción de un nuevo ser, hasta el momento en que el niño logró adquirir cierta independencia en cuanto a la relación con la figura materna.

Spitz (1996) hace una descripción de los puntos de organización alrededor de los cuales se concreta el desarrollo del bebé; uno de ellos es la ansiedad ante la cara de un extraño, lo que demostraba el hecho de que el bebé tenía ya una representación permanente y diferenciada de su mamá, podría decirse que la presencia del extraño equivalía a la ausencia de su mamá, ya que el bebé proyectaba y desplazaba sus primeras angustias de separación sobre un objeto exterior, en este caso el extraño.

Así mismo, también podemos afirmar que algunos autores marcan la importancia que tienen las relaciones afectivas para la salud física, entre las relaciones afectivas más importantes está la relación madre-hijo. Entre las más importantes afirmaciones está que la calidad del cuidado paterno y materno que recibe un niño en sus primeros años es de vital importancia para su futura salud mental. Al faltar el cuidado materno, el desarrollo de un niño casi siempre se retrasa (física, intelectual y socialmente) y que pueden aparecer síntomas de padecimientos físicos y mentales (Bowlby, 1972).

La estructura del niño no es aún la de un organismo adulto y estabilizado; es la de un ser vivo en proceso de formación. Su adaptación se desarrollará, según un ritmo especial, puesto que será la adaptación de un ser que se construye en cierta forma en lo físico y en lo moral, y que evoluciona rápidamente. Si queremos captar ese fenómeno evolutivo en lo que tiene de más visible, lo mejor es estudiar el desarrollo fisiológico del niño. Gracias a él, podremos jalonar en cierta forma esas crisis de crecimiento, cuyo conocimiento es indispensable a todo aquel que quiera comprender a los niños y actuar sobre ellos eficazmente. La evolución de la estructura corporal del niño gobierna en muy amplia medida la evolución de su estructura mental. Son muy estrechas las relaciones entre el crecimiento del cuerpo y el desarrollo del espíritu (Collin, 1974).

El principio del sentido de la identidad y la separación del objeto es mediado por nuestras sensaciones corporales. Su núcleo es la imagen corporal la cual consiste en una catexis predominantemente libidinal y bastante bien estabilizada del cuerpo en sus partes centrales y periféricas (Greenacre, cita Mahler, 1975).

El estudio de las interacciones y de su calidad es una buena manera de evaluar las posibilidades de desarrollo del niño. Cuando la mamá se deprime, él

reacciona con malestares funcionales que con frecuencia revelan el malestar materno. Cuando el niño presenta alguna irregularidad de desarrollo o una enfermedad, ocasiona en su mamá una reacción depresiva; por eso en ocasiones se organizan círculos viciosos igualmente interactivos.

Las reacciones emocionales de los niños hacia las enfermedades y la hospitalización, dependen del tipo y de la intensidad de la tensión producida por la enfermedad, por la hospitalización y por las fantasías, conscientes o inconscientes, que el niño elabore acerca de ambas situaciones. El resultado final esta influenciado, en cualquier caso, también por otros factores, como la edad, el balance interno y su nivel de desarrollo; la capacidad de aceptación, la habilidad para controlar dentro de lo razonable, los miedos y ansiedades que le provoque la enfermedad, el tipo de hospitalización y los procedimientos médicos o quirúrgicos, más las actitudes y reacciones de los padres etc. Todos estos factores pueden facilitar o entorpecer los esfuerzos del niño para adaptarse.

Blum-Gordillo, B., Gordillo, G., Robles de Fabre, T. y Huazo, C. (1982) enfatizan sobre las fantasías de muerte en niños urémicos como aspecto que provoca intensa ansiedad durante todo el proceso de la enfermedad, menciona que por lo tanto existe cierta conciencia, en el niño, ante este fenómeno.

Korsch, M., Fine, N., Grushkin, M. y Negrete, F. (1971) describen a niños que están constantemente preocupados por su enfermedad, exigiendo ayuda permanente, convirtiéndose en pacientes muy dependientes y muchas veces sumamente demandantes. Estos niños parecen obtener demasiadas ganancias secundarias y atención extra de su enfermedad, una de estas ganancias es la atención de mamá.

Así mismo enfatiza que los niños con problemas emocionales previos a la presentación de la enfermedad, estarán mucho más propensos a presentar alteraciones de personalidad y de conducta, durante los tratamientos y esto a su vez puede ser una razón para dificultarlos aún más.

Para los niños menores de cinco años, uno de los puntos más vulnerables en la hospitalización es la separación de la familia y particularmente de mamá. La primera reacción del niño será de protesta, seguida por depresión. (Nágera, 1978).

En cuestión de privación materna este hecho ha sido pasado por alto por la profesión médica, y aún se encuentran en los hospitales infantiles casos severos de privación. Es cierto que eminentes pediatras de muchos países están conscientes del problema pero todavía hay un enorme retraso en la reforma. Algunos médicos no se han dado cuenta de la importancia del asunto, aunque su número es cada día menor (Bowlby, 1972).

Para el niño hospitalizado, los temores, las fantasías, los conflictos y las distorsiones centradas en la hospitalización y la enfermedad, son importantes, no solo como concomitantes psicológicos inevitables, sino también porque pueden influir directamente sobre la enfermedad y prolongarla. También puede tener influencia sobre el futuro desarrollo emocional y la personalidad del niño.

Hasta la edad de dos años, el niño sufre intensamente de "ansiedad de separación", porque él es parte integral de un sistema, de una unidad biológica formada por él y su mamá. Esta unidad biológica esta constituida por lazos psicológicos de naturaleza intensa y primitiva. Por esta razón la separación a tan temprana edad, da por resultado lo que se define como un tipo biológico de angustia vital. La ansiedad de separación alcanza el nivel más alto entre el décimo y el dieciocho mes de vida del bebé, pero también se observa hasta los dos y medio años. Después de esta edad y hasta los cinco años aumenta su capacidad para tolerar la separación de mamá. Sin embargo, si el niño esta enfermo, con fiebre, dolor, asustado o herido, perderá tal capacidad. La conducta de los niños en estas condiciones tiende a ser regresiva y los lleva a niveles funcionales más primitivos y propios de niños mas pequeños (Bowly, 1989).

El Dr. Spitz (cita Lebovici, 1989) demostró como la separación de la mamá bajo ciertas condiciones, traía como consecuencia cuadros clínicos que él describía como hospitalismo y depresiones anaclíticas.

A pesar de los hallazgos de investigación que señalan en forma concluyente los efectos perjudiciales que para los niños pequeños tiene la separación de mamá, la aplicación de este conocimiento no se observa en la mayoría de los departamentos pediátricos, y sigue siendo tema de controversia la participación de los padres en el cuidado de los niños hospitalizados. Sin embargo hay una tendencia creciente en muchos lugares, a desafiar los reglamentos arcaicos que impiden la estrecha integración de la familia durante los periodos de tensión. Los conocimientos actuales apoyan enfoques más flexibles. El problema ya no esta en decidir si es acertado permitir la amplia interacción de las familias durante la hospitalización, sino de que manera puede llevarse a cabo ésta. (Petrillo, 1975).

Toda enfermedad grave hace intervenir a un trío: padres, niño o niña y equipo médico, y cada uno de estos elementos puede tener su propia percepción de la enfermedad.

Los padres exigen la vida, la integridad para su hijo. La herida narcisista y los mecanismos de culpabilidad que ponen en funcionamiento el anuncio de la anomalía o de la enfermedad engendran particularidades del sistema interactivo madre-hijo en función de su propia historia y de la especificidad de la enfermedad. Es importante observarlos y comprenderlos para establecer acciones preventivas y eventualmente psicoterapéuticas.

Uno de los factores predictivos en la adherencia terapéutica es el grado de estabilidad familiar. Se ha visto, sobre todo en niños y ancianos, así como en pacientes esquizofrénicos, que la estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia, incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.

La salud mental ocupa un sitio vital para el desarrollo y el bienestar del ser humano. Sin salud mental no hay educación, no hay producción, no hay estabilidad ni desarrollo social y no puede haber, por supuesto, ni bienestar ni grado alguno de felicidad.

La gran mayoría de los problemas de salud mental en el ser humano de cualquier edad, se ha gestado durante la niñez. Estos son los años en los que la interacción familiar y personal en el ser humano son determinantes para el comportamiento posterior, y aquí se incluye tanto la niñez como la adolescencia. Si la familia estuviera bien informada sobre los principios y factores que regulan el desarrollo del niño y la forma en que estos principios se pueden convertir en recomendaciones de prácticas de crianza que faciliten una sólida salud mental, de algún modo una importante cantidad de problemas de conducta, y otros sobre los que repercute la conducta, mostrarían una mayor probabilidad de mejoría y solución (Puente, 1985).

Durante el trabajo que se realiza como psicólogo, en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), se ha podido estar en contacto con este tipo de casos y observar los tipos de relación que se forman o reforman en la diada madre-hijo cuando se está en un ambiente hospitalario y más específicamente cuando el niño tiene un padecimiento crónico, en este caso menores con Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Enfermedad que en términos generales produce, además de las pérdidas de las capacidades físicas, ataque a la identidad y disminución de la autoestima (Blum-Gordillo y Cols., 1982). Y que además es un motivo que influye en el tipo de relación del niño con sus progenitores (Bolio, 1984).

Durante todo este tiempo se ha percibido en estas relaciones (madre-hijo), pautas características de conducta, en el trabajo como psicólogo y dentro del INP, las que al parecer se complementan mutuamente, pero desafortunadamente estas pautas están distorsionadas o son negativas para los tratamientos y el desenvolvimiento de los integrantes.

En otras palabras la relación entre la madre y el niño puede resultar poco favorable o incluso impedir la adherencia terapéutica (proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, cumple con las prescripciones recibidas) y que la recuperación física del paciente sea satisfactoria (Puente, 1985).

Por todo lo anterior el objetivo principal del presente trabajo fue describir la relación madre-hijo, con niños que padecen insuficiencia renal crónica, a partir de

la teoría del apego; para intentar indagar si esto puede favorecer o entorpecer la adherencia terapéutica (biopsias, diálisis, hemodiálisis, trasplante renal y sobre todo el seguimiento de las indicaciones médicas que cuando no son llevadas adecuadamente aumentan la morbilidad e incluso pueden ser fatales) y la adecuada evolución de este padecimiento, en cuanto a la aceptación y consciencia de su enfermedad. Y finalmente para contar con información que a futuro permita proponer aspectos de prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento e investigación de la relación misma y de la salud mental del niño con IRC.

TEORIA DEL APEGO

Conducta de apego y conducta de crianza:

Muchos son los autores que enfatizan la importancia que tiene el cuidado de los niños, ya que de esto depende que funcionen de la manera mas adecuada independientemente de el papel que desempeñen con el correr del tiempo. Bowlby (1989) dedica muchas líneas a este aspecto con la teoría del apego, tomando en cuenta también cuestiones en las diferentes etapas de la vida.

Este autor, entre otras cosas, nos habla de que una buena paternidad ayuda en la salud mental de las generaciones siguientes, aunque es necesario saber sobre su naturaleza y de las diversas condiciones sociales y psicológicas que influyen en su desarrollo positiva o negativamente. Son varios los factores que se deben tomar en cuenta para lograr ser un buen padre, en primer lugar se acepta que es una tarea de mucho trabajo, de muchas horas todos los días, de sacrificios y sobre todo de mucha atención hacia ellos (Grinquer y Offer., cita Bowlby, 1989) mencionan en sus estudios que gran cantidad de tiempo y dedicación a los hijos da por resultado adolescentes y adultos jóvenes sanos, felices y seguros de si mismos.

En lo anterior se remarca la importancia de que para la educación y cuidado de los niños no debe ser una sola persona que lo haga, ya que se cree que para que las cosas salgan lo mejor posible y no se le cargue el trabajo a una sola persona, debe considerarse la ayuda de personas cercanas (redes).

A su vez para las explicaciones de la teoría del apego se utiliza un enfoque etológico en el cual dice que en el vínculo del niño con su madre se caracteriza porque en parte es el resultado de pautas de conductas preprogramadas, y que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tiene el efecto de mantener al niño en una proximidad de alguna manera estrecha con su figura materna (Bowlby, 1993). Menciona que la conducta en el primer año de vida, se organiza de manera cibernética, lo que quiere decir que se vuelve activa cada vez que se dan las condiciones determinadas y cuando se dan otras condiciones determinadas cesa; esto se puede ver claramente cuando un niño sufre un accidente, se asusta o esta cansado, se activa la conducta de apego; la intensidad del apego está en función de la intensidad del factor activante, influyendo de manera importante la accesibilidad de la madre (Bowlby, 1986).

Aunque esto pueda verse mas claramente en la díada madre-niño también puede darse a lo largo de la vida, en la adolescencia o en adultas y en ambos sexos. Puede decirse que en algún momento de la vida, independientemente de la etapa que se este, se sienta la necesidad de sentirse protegido y cuidado.

Se considera que la intensidad de la emoción que acompaña al apego, independientemente de la edad del sujeto, es un rasgo muy importante ya que de ésta depende de como se desarrolle la relación entre el individuo apegado y la figura de apego. Si la relación funciona bien, produce alegría y sensación de seguridad. Si es amenazada surgen celos, ansiedad e ira. Si se rompe habrá dolor y depresión. El tipo de apego que tiene una persona está estrechamente relacionada con la experiencia que tuvo con su familia de origen o, si es desafortunado, fuera de ella.

En cuanto a la crianza de los niños se observa, de algún modo, desde un mismo punto de vista etológico. Supone la observación y la descripción de puntos de comportamiento que caracterizan la crianza, las condiciones que activan y hacen cesar cada una de ellas, el modo en que las pautas cambian a medida que el niño crece, los diversos modos en que la conducta de crianza se vuelve organizada en los diferentes individuos y el gran número de experiencias que influyen en la manera en que está se desarrolla en cualquier persona.

Así como se supone que la conducta de apego madre-hijo, está preprogramada para desarrollarse en cierto sentido cuando las condiciones lo hagan posible, lo mismo se cree de la conducta de crianza. Se piensa que el progenitor de un bebé experimenta un impulso de comportarse de manera típica, como abrazar a un niño, consolarlo, abrigarlo, protegerlo, alimentarlo, etc. Aunque no necesariamente estas pautas se manifiesten completamente de manera adecuada en cada detalle desde el principio. Todos los demás detalles son aprendidos, unos con la interacción con niños y bebés y otros en la observación de otros progenitores, empezando desde la propia infancia del futuro padre y la forma en que los padres lo trataron a él y a sus hermanos (Bowlby, 1993).

Este tipo de crianza no se percibe de ninguna manera como de componentes puramente instintivos o puramente aprendidos, si no que se percibe con fuertes raíces biológicas que van adquiriendo sus distintas formas a través de las experiencias a lo largo de toda la vida en forma individual

Primeros indicios de la interacción madre-bebé:

En sus estudios Klaus, Trause y Kennel (cita Bowlby, 1989) describen el modo en que la madre, inmediatamente después del nacimiento del niño, lo alza y comienza a acariciarle la cara con las yemas de los dedos. Ante esto, el bebé se tranquiliza. Ella continúa tocándole la cabeza y el cuerpo con la palma de la mano y, al cabo de cinco o seis minutos, siente el deseo de acercarlo a su pecho. El bebé responde con una succión prolongada del pezón. "Inmediatamente después del parto, señalan, las madres parecieron alcanzar un estado de éxtasis", y los observadores también se sintieron exaltados. Desde el momento del nacimiento la atención se vuelca hacia el bebé. Hay en él algo que tiende a atraer no solo a la madre y al padre sino a todos los presentes. Si existe la posibilidad, es probable que la madre sienta el deseo de pasar muchas horas simplemente contemplando

su nueva posesión, abrazándolo y llegando a conocerlo. Por lo general, hay un momento en el que siente que el bebé es realmente suyo. En algunas madres esto ocurre pronto, tal vez cuando lo sostiene por primera vez, o cuando él la mira por primera vez a los ojos. Para una amplia minoría de primíparas que dan a luz en un hospital esto puede postergarse hasta una semana o hasta que se encuentran en su hogar.

Burlingham (1976) comenta que los fenómenos de mayor importancia son la capacidad del recién nacido saludable para entrar en una forma elemental de interacción social y la capacidad de la madre de sensibilidad corriente para participar con buen éxito en ella, ya que es sabido que los bebés tratan ciertas partes del cuerpo de su madre como si fuesen las suyas propias. Al principio de su vida no distingue lo que le pertenece y lo que es parte del cuerpo de su madre.

Cuando una madre y su hijo de dos o tres semanas se encuentran frente a frente, tienen fases de animada interacción social, alternando con fases de desconexión. Cada fase de la interacción comienza con la iniciación y el saludo mutuo, llega a ser un animado intercambio que incluye expresiones faciales y vocalizaciones durante las cuales el niño se orienta hacia su madre con movimientos excitados de los brazos y piernas, luego sus actividades se apaciguan gradualmente y acaban cuando el bebé descansa, antes de que comience la siguiente fase de la interacción. A lo largo de estos ciclos puede ocurrir que el bebé sea tan espontáneamente activo como su madre. Donde sus roles difieren es en la coordinación de sus respuestas. En tanto que la iniciación y el abandono de la interacción por parte del niño tienden a seguir su propio ritmo autónomo, una madre sensible regula su conducta de modo tal que se ajuste a la de él. Además, ella modifica la forma en que toma su conducta para adaptarse a él: su voz, sus movimientos su forma y su ritmo de acuerdo con el modo en que se desempeña el bebé. Así ella le permite asumir el control y, mediante un hábil entretrejo de sus propias respuestas con las de él, crea un diálogo.

Así mismo plantea que la rapidez y la eficacia con que se desarrollan estos diálogos y el placer mutuo que proporcionan, indican claramente que los participantes están preadaptados para entablarlos. Por un lado existe la disposición intuitiva de la madre a permitir que sus intervenciones sean guiadas por su bebé. Por otro lado está la facilidad con que los ritmos del niño cambian gradualmente, de modo de tomar en cuenta los momentos en que se producen las intervenciones de su madre.

En otros intercambios de índole diferente entre madre e hijo, Kaye(1982) menciona que al observar la conducta de la madre y el niño durante la lactación, descubrió que las madres tienden a interactuar con sus bebés en exacta sincronía con la pauta de succión y pausa. Mientras el bebé succiona, la madre por lo general permanece callada e inactiva, durante las pausas, acaricia al bebé y le habla (Collis y Shaffer., cita Bowlby, 1989), en otro ejemplo, mencionan que la

madre sigue las normas de su hijo. Una madre y su hijo son introducidos a un lugar en el que hay una serie de juguetes grandes de colores brillantes que captan rápidamente su atención visual. Se observan dos cosas, en primer lugar, por regla general los dos miran el mismo objeto al mismo tiempo. En segundo lugar el examen de la coordinación muestra casi invariablemente que es el bebé el que guía y la madre la que sigue. En otro ejemplo, los mismos investigadores, refieren sobre el intercambio vocal entre madre e hijo en un nivel preverbal. Se descubrió que la capacidad de madres e hijos para intervenir por turno y evitar la superposición no solo era asombrosamente elevada sino que muy característica entre varios grupos. Así mucho antes de la aparición de las palabras, el modelo de alternancia tan característica de la conversación humana ya está presente. Una vez más las pruebas indican que, al asegurar la fluida transición de un "orador" a otro, la madre está desempeñando el papel mas importante.

Ainsworth y sus colegas (cita Bowlby, 1989) han observado que los niños cuyas madres han respondido sensiblemente a sus senales durante el primer año de vida, no solo lloran menos durante la segunda mitad de ese año, que los bebes de madres menos sensibles, sino que están mejor dispuestos a aceptar mejor los deseos de sus padres. Bowlby (1989) deduce que los bebes humanos, al igual que los de otras especies, están preprogramados para desarrollarse de manera socialmente cooperativa, que lo hagan o no depende en gran medida de como son tratados.

Una vez establecidas las primeras interacciones madre-bebé hacia la segunda parte del primer año de vida, el niño muestra cierto número de comportamientos que indican que se puede decir que ya existe una relación -en todo el sentido de la palabra- entre madre-hijo (Stern, 1978).

Comparación del rol de la madre con el rol del padre:

Aunque la mayoría de las investigaciones se ha centrado en la relación del niño con su mamá, hay pocos estudios de la interacción del niño con su papá.

En algunos estudios en los que se observa como responde el niño, primero cuando están presentes sus padres, después cuando está solo y luego cuando vuelven. De esto resultó que los niños se podían clasificar de entre los que presentan pautas de apego seguro con la madre, de los que presentan apego inseguro. Y que estas pautas se estabilizan durante los primeros años de vida y predice la manera en que el niño se relacionará con una persona o realizará una tarea nueva.

Por otra parte Main y Weston (cita Bowlby, 1989) observaron a niños, primero con uno de los padres y, seis meses mas tarde, con el otro. Lo sobresaliente consistió en que las pautas de apego mostrados a los padres se parecían mucho a las mostradas a las mamás. Aunque, por otra parte, al correlacionar de manera particular, las pautas por cada niño con su papá y luego

con su mamá, se observó que no hubo relación, ya que puede tener apego seguro con uno pero no necesariamente con el otro y a la inversa, con los dos al mismo tiempo o sin ninguno a la vez. Entre otros resultados, se menciona que los que tenían una relación segura con ambos padres, eran más seguros de si mismos y más aptos, y los que no tenían apego seguro con ninguno de los dos, no lo eran; los que sólo lo tenían con uno solo, estaban en un punto intermedio.

Por lo anterior se deduce que el resultado en el apego de un niño, con daño en el momento del nacimiento puede ser el mismo del trato con el padre así como con la madre. Esto nos quiere decir que los roles de los dos padres tienden a ser muy parecidos aunque culturalmente en muchos pueblos el papá tiene poca participación en el cuidado de los niños en comparación con la madre.

Consecuencias del cuidado de ambos padres en el niño:

El resultado más elocuente, en el niño, cuando ambos padres lo cuidan es que se establece lo que llaman una base segura, esto nos dice que un niño o un adolescente puede hacer excursiones al entorno que le rodea con la seguridad de que al volver tendrá todas aquellas cosas que necesite como alimento, amor, etc. (Bowlby, 1986).

Pero esta situación no sólo es necesaria cuando los padres están presentes físicamente; los niños y adolescentes, a medida que crecen se van aventurar desde la base, y por periodos de tiempo mas creciente; pero si uno de los progenitores muriera o enfermara es cuando la base segura en el individuo debería estar mas sólida, y aún más emocionalmente. Para esto debe tomarse en cuenta que los padres deben de estar conscientes de la importancia de proveer esta base a sus hijos, ya que no quiere decir que al tener hijos autónomos e independientes se olvide la sensibilidad y accesibilidad para y con ellos.

Ningún padre proporcionará una base segura a su hijo que crece, a menos que tenga una comprensión intuitiva de y con respecto a la conducta de apego del niño, y lo considere lo intrínseca y valiosa parte de la naturaleza humana. Es aquí donde el término tradicional "dependencia" ha tenido una influencia perniciosa. La dependencia siempre lleva una valoración adversa y suele ser considerada como una característica sólo de los primeros años. Como resultado de los círculos clínicos, a menudo ha ocurrido que cada vez que la conducta de apego se manifiesta en los años posteriores no sólo ha sido considerada como algo deplorable sino que incluso ha sido calificada de regresiva. Bowlby (1989) lo considera equivocado.

El niño y la relación con las experiencias infantiles de sus padres. Inicialmente se dice que los sentimientos y la conducta que una madre tiene hacia su bebé, está en estrecha relación con sus experiencias pasadas, inclusive con las experiencias presentes con sus propios padres; y aunque no comprobado, esto puede observarse de igual manera con el papá (Bowlby, 1986).

Se ha encontrado que las pautas de cuidados que desarrollan los niños, con enorme influencia de los padres, comienza a muy temprana edad, aproximadamente en el segundo año de vida; y está más en función del modo en que la madre trata a su hijo. Niños con madres sensibles a sus señales y con buen contacto físico, responden de igual manera a la aflicción de otros (Zahn-Waxler, Radker-Yarrow y King., cita Bowlby, 1989). Es bien sabido que lo que un niño hace es enormemente parecido a lo que ha visto y experimentado con su mamá.

En contraste, se ha constatado que mujeres cuya infancia ha sido perturbada, tienden a entablar con sus niños una menor interacción que la que entablan madres con infancias más felices, en un período de vida en que la cantidad de interacción que se produce está determinada casi totalmente por la madre (Tellez, 1995).

Otro dato que puede constatar el importante papel que desempeña la experiencia infantil para determinar el modo en que un progenitor trata a un niño, es el maltrato físico. Existen investigaciones que declararon que padres o madres golpeadores habían tenido una infancia irregular o en casos extremos muy violenta (Parke y Collmer., cita Bowlby, 1989).

Enfoque sobre la teoría del apego:

Antes se afirmaba que la razón por la cual un niño desarrolla un estrecho vínculo con su madre radica en que ella lo alimenta. Se postulan dos tipos de vías, primaria y secundaria. Se considera el alimento como la vía primaria, la relación personal, calificada de "dependencia" como secundaria. Bowlby (1989) comenta que esta teoría no se ajusta a los hechos. Dice que si fuera verdad, un niño de uno o dos años se apegaría con facilidad a cualquiera que lo alimentara, y evidentemente éste no es el caso. Una teoría alternativa, que se deriva de la escuela húngara de psicoanálisis, postulaba una relación objetal desde el principio. Melanie Klein menciona que el pecho de la madre se presenta como el primer objeto y se coloca el acento en el alimento y en la oralidad, y en la naturaleza infantil de la "dependencia". Ninguna de estas de estas características corresponde a la experiencia, con niños, de otros investigadores (Bowlby, 1986).

Después de una serie de trabajos y una vez descartada la teoría de la dependencia acerca del vínculo del niño con su madre, se llegó al concepto de la conducta de apego con su propia dinámica distinta de la conducta y la dinámica de la alimentación o el sexo.

La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Saber que la figura de apego es accesible y sensible le da a la persona un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alienta a valorar y continuar la relación.

Si bien la conducta de apego es muy obvia en la primera infancia, puede observarse a lo largo del ciclo de la vida, sobre todo en situaciones de emergencia. La función biológica que se le atribuye es la de la protección.

Al hacer formulaciones sobre el apego debe hacerse una distinción entre apego y conducta de apego. Decir de un niño (o de una persona mayor) que está apegado o que tiene apego a alguien significa que está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con esa persona, y hacerlo sobre todo en ciertas circunstancias específicas. La disposición para comportarse de esta manera es un atributo de la persona apegada, un atributo persistente que cambia lentamente con el correr del tiempo y que no se ve afectado por la situación del momento. En contraste, la conducta de apego se refiere a cualquiera de las diversas formas de conducta que la persona adopta de vez en cuando para obtener y/o mantener una proximidad deseada.

Se han encontrado pruebas de que casi todos los niños habitualmente prefieren a una persona, por lo general su figura materna, a la cual acudir cuando están afligidos, pero que, en su ausencia, se las arreglan con alguna persona, preferentemente que conocen bien, estableciendo jerarquías y en casos extremos inclinándose a una persona desconocida que sea amable.

Es la ansiedad de separación, la ansiedad por perder a alguien amado o quedar separado de él. Bowlby (1989) considera que el temor surge en una persona mentalmente sana solo en situaciones que cualquiera percibiría como intrínsecamente dolorosas o peligrosas, o que son percibidas por una persona solo a causa de que está condicionada a ellas. Se responde con temor a determinadas situaciones, no porque estas conlleven un alto riesgo de dolor y peligro, sino porque indican un aumento del riesgo.

La privación parcial produce ansiedad, una excesiva urgencia de cariño, poderosos sentimientos de venganza y, como resultado de estos últimos, sentimientos de culpa y depresión (Bowlby, 1972).

Una de las consecuencias que trae consigo la separación de un niño pequeño de su figura materna es lo que llaman desapego, que se caracteriza por una ausencia casi total de apego cuando se vuelve a reunir con su madre; dando como consecuencias no reconocimiento de la figura materna, aferramiento, llanto e incluso inexpresividad (Bowlby, 1986).

Las amenazas de abandono no solo crean una intensa ansiedad sino que también despiertan ira sobre todo en los niños mas grandes y en los adolescentes. Esta ira, cuya función es la de disuadir a la figura de apego de que se lleve a cabo la amenaza, puede volverse fácilmente disfuncional. Burnham (cita Bowlby, 1989) cita el adolescente que luego de haber asesinado a su madre exclamó: "no podía soportar que me abandonara".

También puede verse otra forma de ansiedad de separación en la teoría del apego en la que el niño tiene una estrecha relación con la madre incapaz de hacer una vida social fuera de casa (relación simbiótica) (Rivera, 1986). En este caso puede observarse, que como resultado de su infancia difícil, la madre convierte a su hijo en su figura de apego, situación invertida (Bowlby, 1973).

La teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez. Durante la infancia, los lazos se establecen con los padres (o los padres sustitutos), a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo. Durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten, pero son complementados por nuevos lazos, generalmente de naturaleza heterosexual. Aunque los alimentos y el sexo en ocasiones desempeñan un papel importante en las relaciones de apego, la relación existe por derecho propio y tiene una función propia y clave para la supervivencia, es decir, de protección. Inicialmente, los únicos medios de comunicación entre el niño y la madre se dan a través de la expresión emocional y de emocionales íntimos con otros individuos, a veces desempeñando el papel de buscador de cuidados y a veces en el papel de dador de cuidados, es considerada como un rasgo importante del funcionamiento efectivo de la personalidad y de la salud mental (Bowlby, 1980).

Generalmente, la búsqueda de cuidados es manifestada por un individuo más débil y menos experimentado hacia a alguien que se considera más fuerte y/o más sabio. Cuando una persona desempeña el papel de buscador, permanece cerca de la persona dadora. El acto de proporcionar cuidados es considerado de igual manera que la búsqueda de cuidados, es decir, como un componente de la naturaleza humana.

La exploración del entorno, incluyendo el juego y las diversas actividades con los compañeros, es considerada como un tercer componente básico, antitético de la conducta de apego. Cuando un individuo (de cualquier edad) se siente seguro, es probable que explore lejos de su figura de apego. Cuando está alarmado, ansioso, cansado o enfermo siente la necesidad de proximidad. Siempre que sepa que el padre es accesible y que responderá cuando recurra a él, el niño sano se sentirá seguro para explorar. Al principio estas exploraciones están limitadas en el tiempo y en el espacio. De igual manera, alrededor del tercer año de vida, un niño seguro se vuelve lo suficientemente confiado para aumentar el tiempo y la distancia, primero hasta medio día y más adelante y más adelante hasta el día entero. A medida que llega la adolescencia, sus excursiones se amplían a semanas y meses, pero de cualquier forma la base de un hogar seguro sigue siendo indispensable para el óptimo funcionamiento y para la salud mental.

Las pautas de apego:

En la teoría del apego, de algún modo ya se mencionaron los aspectos más importantes que la componen como son: El estatus primario y la función biológica de los lazos emocionales íntimos entre los individuos, cuya información y conservación se supone están controlados por un sistema nervioso central, utilizando modelos operantes del sí-mismo y de la figura de apego en la relación mutua. La poderosa influencia que ejerce en el desarrollo de un niño el modo en que es tratado por sus padres, especialmente por la figura materna.

Izard y Emde (cita Bowlby, 1989) lo largo de la vida, desde que se nace, durante los primeros meses se muestran muchas repuestas que formaran mas adelante lo que será la conducta de apego, aunque es hasta casi al cumplir el primer año cuando se muestra la pauta mas organizada y desarrollada. Desde el nacimiento hay capacidad para establecer interacción social y placer al hacerlo; posteriormente, en unos días es capaz de distinguir la figura de mamá de otros por el olor y la voz de ella, y se dice que también por el modo en que ella lo sostiene en sus brazos. El discernimiento visual no es seguro hasta el segundo trimestre. Como también se sabe, el llanto del niño es el único medio del que dispone para señalar su necesidad de cuidados, y el contento el único medio para comunicar que está satisfecho. Posteriormente su repertorio de comunicaciones emocionales se extiende rápidamente.

Así mismo, Bowlby (1989) señala que el desarrollo de la conducta de apego organizado, para la conservación de la proximidad o la accesibilidad a una figura materna discriminada, exige en el bebé una capacidad cognitiva de conservar a su mamá en al mente cuando no está presente, capacidad lograda en el segundo semestre de vida. De ahí que el bebé se puede mostrar inquieto cuando está con extraños. Reconoce cuando esta ausente o presente.

La conducta de apego se organiza mediante un sistema de control dentro del sistema nervioso central, análogo a los sistemas de control fisiológicos que mantienen dentro de determinados límites las medidas fisiológicas tales como la tensión sanguínea y la temperatura corporal. Esto propone que de un modo análogo a homeostasis fisiológica, el sistema de control del apego mantiene la conexión de una persona con su figura de apego entre cierto límites de distancia y accesibilidad.

Una de las ventajas que ofrece la presencia de un sistema de control del apego y su conexión con los modelos operantes del sí-mismo y de la figura o figuras de apego que elabora la mente durante la infancia, son las características centrales del funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida.

Antes de mencionar las diferentes formas que presentan las pautas de apego, mencionaremos nuevamente el papel que tienen los padres para influir en el desarrollo de estas pautas, principalmente en los primeros cinco años de vida del niño.

En primer lugar está la pauta de apego seguro, en la que el individuo confía en que sus padres (o figuras parentales) serán accesibles, sensibles y colaboradores, si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante. Con esta seguridad se atreve a hacer exploraciones de su entorno. El progenitor ayuda, principalmente la mamá, mostrándose fácilmente accesible y sensible a las señales de su hijo, y amorosamente sensible cuando éste busca protección y consuelo.

El apego ansioso es otra pauta, en la cual el niño está inseguro de si su mamá será accesible o sensible cuando lo requiera. Debido a esto se muestra una tendencia a la separación ansiosa, al aferramiento y ansiedad a explorar su mundo. La mamá colabora, en esta situación, mostrándose accesible y colaboradora en algunas ocasiones pero no en otras y por las separaciones y amenazas de abandono utilizadas como medio de control.

Una tercera pauta es la de apego ansioso elusivo, aquí el niño no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta adecuada, mas bien es desairado. Cuando en un grado notorio ese individuo intenta vivir su vida sin el amor y el apoyo de otras personas, intenta volverse emocionalmente autosuficiente y posteriormente puede ser diagnosticado como narcisista o como poseedor de un falso sí-mismo. Esta pauta es el resultado del constante rechazo de la madre cuando el individuo se acerca a ella en busca de consuelo y protección (Ainsworth, cita Bowlby, 1989).

La última pauta se describe como el resultado de observar que hay individuos que no entran en las tres anteriores; son excepciones en las que los niños se muestran desorientados y/o desorganizados, se concluye que estas características se producen en niños que muestran una versión desorganizada de una de las tres pautas típicas, mas en la de ansioso resistente. De las características de los padres de estos niños se menciona, entre otras, que son golpeadores, negligentes, madres con enfermedad grave afectiva bipolar, con duelos de una figura paterna en la infancia o cuyas madres sufrieron de malos tratos físicos o sexuales (Bowlby, 1980).

Una forma en que los investigadores pudieron diferenciar estas pautas desviadas, fue la relación que se encontró entre el modo en que la madre trata a niño y la pauta de apego que muestra éste: La madre de un niño con apego seguro se muestra atenta y sensible a su desempeño y responde a los éxitos y las dificultades del niño de un modo servicial y alentador. Por otro lado, la madre de un niño con apego inseguro demuestra ser menos atenta y/o sensible. A veces sus respuestas son inoportunas y poco provechosas, presta poca atención o desmotiva al niño a buscar ayuda y aliento (Matas, Arend y Sroufe, cita Bowlby, 1989).

Otros factores que son importantes en la Influencia que ejerce la madre en el desarrollo de la pauta de apego en el niño, es el apoyo emocional que ella recibe en esos momentos y el tipo de cuidados que ella misma recibió de su mamá.

En su obra, Bowlby (1989) también menciona que cada pauta de apego, una vez desarrollada, tiende a persistir. Pone como motivos que el modo en que un progenitor trata a un niño tiende a permanecer invariable y que cada pauta tiende a perpetuarse a si misma. Por tanto, niños seguros y felices resulta mas gratificante cuidarlos y son menos exigentes o demandantes. El ansioso ambivalente es quejoso y aferrado; y el elusivo mantiene distancias y tiraniza a otros niños. En algunos casos, la conducta de los niños provoca respuestas negativas en los papás y se crean círculos viciosos.

Sroufe (cita Bowlby, 1989), por otro lado, menciona que la pauta adquirida en niños a los tres años puede ser cambiada, por un cambio en el trato con los padres; pero si no, esta pauta tiende a perpetuarse e imponerse pudiendo así predecir la manera en que actuará el niño con sus nuevas relaciones.

De igual manera, establecida la pauta de apego en el niño, puede inferirse la forma en que tratarán a sus padres en un futuro, por ejemplo, los niños con apego seguro tratan a sus papás de manera relajada y amistosa, hay intimidad fácil, sutil y conversación fluida.

Aunque la mayoría de las investigaciones, para comprobar lo anterior, se han hecho en niños menores de seis años, estudios con adultos jóvenes hacen pensar que las pautas adquiridas en los primeros años persisten hasta esta etapa, a menos que haya habido un cambio muy significativo.

Por otro lado, la teoría del apego se basa en el concepto de los modelos operantes para intentar explicar de qué manera se da la tendencia de las pautas de apego de convertirse cada vez más en una característica del niño. Los modelos operantes que un niño construye de su madre y de los modos en que ella se comunica y se comporta con él, y un modelo comparable de su padre, junto con los modelos complementarios de sí-mismo en interacción con cada uno, son construidos por el niño durante los primeros años de vida y se establecen como estructuras cognitivas influyentes (Main, Kaplan y Cassidy., cita Bowlby, 1989). Las formas que adoptan los niños están basadas en las experiencias de las interacciones con sus padres. Mas adelante el modelo de sí-mismo que construye el niño refleja las imágenes que sus padres tienen de él, comunicadas no solo por su manera de tratarlo, si no también por lo que cada uno le dice. Estos modelos dominan el modo en que se siente con respecto a él mismo, el modo en que espera que cada uno de ellos lo trate, y el modo en que planifica su conducta hacia ellos. También dominan sus temores y deseos expresados en sus ensueños (Parke, 1981).

Se dice que, una vez contruídos, estos modelos de un padre y un sí-mismo en interacción tienden a persistir a tal grado que pueden llegar a operar a nivel inconsciente. A medida que un niño con apego seguro crece y sus padres lo tratan de un modo diferente, se produce una actualización gradual de los modelos. Aunque se den intervalos, sus modelos operativos corrientes siguen siendo simulaciones razonablemente buenas de él mismo y de sus padres en interacción. Por el contrario, en un niño apegado ansiosamente, esta actualización gradual de los modelos está en cierto grado obstruída por la exclusión defensiva de la experiencia y la información discrepante. Lo cual quiere decir que las pautas de interacción a las que conducen los modelos, una vez que se han vuelto habituales, generalizadas y en gran medida inconscientes persisten en un estado mas o menos no corregido e invariable incluso, cuando el individuo en años posteriores, se relaciona con personas que lo tratan de manera diferente que sus padres cuando niño.

Una forma en la que se dice, pueden comprenderse las diferencias en que los modelos quedan actualizados, está en las diferencias en la libertad de comunicación entre la madre y el niño.

Se ha observado que la comunicación entre un niño de seis años y su mamá con apego seguro es muy diferente a la de una díada con pauta insegura. Las parejas seguras tenían conversación fluída y con expresión de sentimientos, y variedad de temas. En la insegura es fragmentada con cambios bruscos. En las parejas elusivas es limitada, impersonal y sin sentimientos (García, 1992).

Lo anterior da como resultado que la madre cuyo bebé se desarrolla de un manera segura, esté controlando continuamente el estado de su bebé y cuando él señala que necesita atención, ella registra las señales y actúa de acuerdo a ellas. Por el contrario un bebé con apego ansioso, probablemente la madre controla su estado de manera esporádica y cuando percibe las señales, responde tardía y/o inadecuadamente.

Debido a el rompimiento en la comunicación entre la madre y el niño, ya que el modelo de sí-mismo del niño está profundamente influido por el modo en que su madre lo considera y trata, cada vez que ella deja de reconocerlo, es probable que él deje de reconocerse a sí mismo. Importantes aspectos de la personalidad en el desarrollo del niño pueden quedar separados o incomunicados de esos aspectos de su personalidad que la madre reconoce y a los que responde, lo que puede incluir rasgos de la personalidad que ella le atribuye erróneamente.

Puede decirse con esto que la obstrucción de la comunicación entre las diferentes partes de una personalidad o de sus sistemas internos, se ve como un reflejo de las respuestas y las comunicaciones diferenciales de una madre con su hijo. Cuando una madre responde favorablemente sólo a algunas de las

comunicaciones de su hijo y a otras las esquivo o desalienta activamente, se establece una pauta para que el niño se identifique con las respuestas favorables y niegue las otras.

Por tales motivos la teoría del apego explica el desarrollo diferencial de personalidades persistentes y mentalmente sanas, y el de personalidades tendientes a la ansiedad y depresión, o a desarrollar un falso sí-mismo o alguna otra forma de vulnerabilidad a la mala salud mental (Bowlby, 1973).

Así mismo, se enfatiza que cada niño tiene una serie individual de caminos potenciales para el desarrollo de la personalidad que incluye compatibles y no compatibles con la salud mental. Su desarrollo está determinado por el medio en el que se desenvuelve, sobre todo por la forma en que los padres lo tratan y el modo en el que él responde. Los niños con padres sensibles pueden desarrollarse sanamente. Y niños con padres insensibles, negligentes o rechazantes, puede que se desarrollen en un ambiente desviado y, de alguna manera, incompatible con la salud mental, haciéndolos posiblemente vulnerables a la depresión en caso de que se enfrenten a situaciones muy adversas. Aunque, debido a que el curso del desarrollo no es fijo, los cambios en el modo en que es tratado el niño pueden desviar su camino en una dirección más favorable o menos favorable. Aún cuando la capacidad de cambio del desarrollo disminuye con el correr de los años, el cambio continua a lo largo de la vida, de ahí la posibilidad del cambio favorable o desfavorable. De alguna manera, debido a esta posibilidad de cambios, una persona nunca es invulnerable a cualquier posible adversidad, y también que nunca es impermeable a las influencias favorables (Rutter, 1990).

Por lo anterior, debe considerarse siempre la atención en la orientación a padres sobre principios y factores reguladores del desarrollo del niño para que sean tomados en cuenta por ellos y así se logre una eficaz preparación en los patrones de crianza para el aumento de la probabilidad de mejoría de la conducta y por ende de la salud tanto física como mental (Gordon, 1977).

Factores que influyen en la relación madre-hijo:

Además del factor infantil en los progenitores para determinar de que modo será la relación con sus futuros hijos, se mencionan otras causas para que ésta se vea afectada. Se dice que la personalidad puede presentar considerables dificultades para actuar como padres; la esquizofrenia puede invalidar la capacidad de contacto con los demás y puede introducir toda clase de distorsiones en la relación con un hijo. Entre otros factores mencionables está la depresión, estados de angustia, y de modo paradójico hay factores de la personalidad que no se incluyen dentro del margen patológico, pero pueden tener mucha importancia en cuanto a las relaciones con los niños. Como ya se mencionó anteriormente, se destaca el papel de la sensibilidad ya que un progenitor insensible puede ser un gran obstáculo para el progreso del desarrollo

del niño, ya que es probable que esté más sintonizado para sus propios deseos que para los de su hijo. Las madres hiperprotectoras pueden incluirse claramente dentro de estas categorías: proyectan sus propios temores y angustias sobre sus hijos y luego procedían a tratarlos de acuerdo con dichas proyecciones (Schaffer, 1977).

Así mismo, Schaffer (1977) dice que otro factor que puede influir en la relación madre-hijo son las condiciones ambientales como una salud deficiente, pobreza extrema, desempleo, mala nutrición, etc., factores que de alguna manera generan estrés y ansiedad y pueden perjudicar la conducta materna en el trato a sus hijos. Podría considerarse que estas condiciones no son tan aisladas y se favorecerían o perjudicarían en combinación con otros factores.

Como ya se mencionó, la presencia de algún impedimento físico o mental influye con fuerza en la generación de preferencias y rechazos sobre el niño (Córdoba, 1995). En estos casos hay una gran tendencia en los padres a mostrar preferencias por el niño incapacitado. Aunque también puede ser una fuente de rechazos provocada por la falta de aceptación de una realidad. Cabe decir que el rechazo de los padres hacia el hijo con algún impedimento físico tiene efectos muy dañinos para el desarrollo psicológico y emocional de éste (Bollo, 1984).

Capítulo 2

ASPECTOS MEDICOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Para la presente investigación se consideró pertinente utilizar un solo autor para evitar confusiones en todos los términos médicos y en todo lo relacionado con la insuficiencia renal crónica; por lo tanto la obra y el autor utilizados fueron: Nefrología Pediátricas del Dr. G. Gordillo Paniagua (Gordillo, 1996).

Definición:

La insuficiencia renal crónica (IRC), o uremia crónica es un síndrome clínico complejo que resulta del deterioro progresivo de la estructura anatómica renal. Cuando las pérdidas de parénquima sobrepasan 50%, por lo común se agota la reserva funcional renal y la reducción posterior del funcionamiento impide progresivamente el mantenimiento de la homeostasis orgánica.

En condiciones de salud, la velocidad de filtración glomerular (VFG) representa el funcionamiento de una población de nefronas "en actividad", la cual aumenta bajo la acción de diferentes estímulos.

Este incremento en el número de nefronas funcionantes se manifiesta por aumento en la VFG, que adquiere un valor máximo. La diferencia entre la VFG basal y la VFG máxima constituye la reserva funcional renal.

En el caso de una enfermedad renal progresiva, las pérdidas acumulables de parénquima renal causan hipertrofia en las nefronas remanentes, con incremento compensatorio de la filtración glomerular. La magnitud del aumento de la VFG depende de la cantidad de pérdida inicial, de la naturaleza del proceso patológico primario, de la situación de estrés y del aporte dietético del paciente. Este mecanismo adaptativo produce a largo plazo mayor deterioro del funcionamiento renal global, puesto que la hiperfiltración glomerular puede causar esclerosis glomerular y subsecuente disminución del número de glomérulos funcionantes.

Las enfermedades renales progresivas por lo general no manifiestan su disfunción renal en los primeros meses de evolución, a menos de que el daño inicial haya sido de gran magnitud, como puede ocurrir en una glomerulonefritis rápidamente progresiva; de otro modo, la VFG empieza a disminuir después que la reducción en el parénquima renal ha sobrepasado 50%, y es hasta entonces cuando la depuración de creatinina endógena disminuye y aumenta la concentración sérica.

Casi en todos los casos de IRC en seres humanos se puede observar que la VFG empeora a lo largo del tiempo en forma predecible, no tomando en cuenta la enfermedad original. El grado de deterioro funcional renal, expresado como la

recíproca de la concentración sérica de creatinina en relación con el tiempo, resulta ser de progresión lineal, lo cual resulta un grado constante de pérdida de función. En otros pacientes se observa relación lineal entre el logaritmo de la concentración de creatinina sérica y el tiempo de evolución, lo que indica que la pérdida de función se efectúa en grado fraccional constante. Lo anterior indica que la progresión de la insuficiencia renal depende de factores propios del paciente, independientemente de la naturaleza de la enfermedad original.

En diversos estudios se muestra que una vez que la enfermedad llega a causar cierto grado de lesión renal, la insuficiencia renal se perpetúa de manera inexorable aunque el mecanismo que la inició haya desaparecido. Por tal motivo enfermedades como la hipoplasia renal bilateral, la enfermedad poliquística o el síndrome de Alport, que son de naturaleza congénita hereditaria, después de varios años evolucionan a insuficiencia renal terminal.

Epidemiología:

En América Latina las nefropatías de naturaleza progresiva tienen gran variabilidad dependiendo de la distribución geográfica y de las condiciones socioeconómicas de los distintos países, al igual que la predisposición a determinadas enfermedades del riñón.

Los índices de prevalencia son difíciles de establecer además de que son poco confiables, ya que la información proviene de los certificados de defunción o del número de pacientes con IRC que son atendidos en centros de diálisis y de trasplante. Los primeros por lo general tienden a sobrestimar su frecuencia casos posiblemente reversibles, que fallecen por otras causas extrarrenales sobreagregadas; y los segundos seguramente la subestiman, pues muchos pacientes no están en condiciones de acceder a estos tratamientos.

En Europa Occidental y Estados Unidos las cifras, según estadísticas, varían de tres a seis niños con uremia por cada millón de habitantes. En Venezuela, en una encuesta realizada en cinco centros nefrológicos pediátricos, en niños con VFG inferior a 50ml/min/m² de S.C., muestra una tasa de 11.5 enfermos nuevos con insuficiencia renal por año por cada millón de habitantes. Se encontró, en esa encuesta, un predominio del sexo femenino y una edad promedio de 11.1 años.

En algunos países, el número de pacientes con IRCT que llegan actualmente a los centros pediátricos nefrológicos ha registrado un incremento, debido a la supervivencia a la enfermedad ya que los hospitales que los atienden cuentan con un buen desarrollo tecnológico y que por lo tanto los refieren a los centros especializados. La Asociación Europea de Diálisis proporciona datos que muestran que en 1981 la estimación promedio de ocurrencia era de tres pacientes por millón con una variación de 0.2 a 12. Diferencias que se relacionan con el desarrollo económico de los distintos países considerados; el número de niños

atendidos y que egresaron vivos por cada millón de niños resulta proporcional al número y desarrollo de los centros pediátricos nefrológicos.

El autor menciona que fuentes no oficiales informan que en América Latina, en la mayoría de los países de la región, el número de pacientes pediátricos con IRCT no sólo ha venido en aumento, sino que el número de niños que reciben los tratamientos de reemplazo está aún muy lejos de satisfacer las demandas apremiantes de atención.

Así mismo se ha informado, por el personal médico del hospital "LA RAZA", que en el servicio de nefrología pediátrica atiende aproximadamente a 80 niños por mes que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal ambulatoria, sin tomar en cuenta los que están en programa de hemodiálisis o los que están en estudios para determinar algún padecimiento nefrológico.

Etiología:

Las causas de IRC varían con la ecología y con la economía y política de salud de cada país. También la disponibilidad de adelantos tecnológicos (ultrasonografía, biopsias renales) que facilitan diagnósticos determinan la referencia preferente de determinados padecimientos.

En un análisis del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" de 1960 a 1973, mostró que las glomerulopatías son la causa más frecuente (56%), en segundo término estaban las uropatías obstructivas (20%), después las hipoplasias (5.5%) y por último las enfermedades hereditarias (5%). En otros países como Colombia y Venezuela se encontraron resultados similares; mientras que en Argentina el predominio era de las uropatías obstructivas con el 43.2% de los casos.

Otro estudio en el mismo hospital, en el periodo de 1967 a 1982 muestra que las glomerulopatías siguen siendo la causa más frecuente, con el 66% de los casos.

Existen diferencias entre América Latina y Europa. En un hospital de París, la glomerulopatías constituyen el 26.4% de las causas, las enfermedades hereditarias llegan a 25% y las malformaciones urológicas a 19.6%. Se detecta una reducción de las glomerulopatías en los países más industrializados; las uropatías obstructivas más investigadas y las hereditarias mejor diagnosticadas.

Por otra parte se enfatiza el hecho de que los pacientes con IRC sin historia llega a un 25%. Son niños de familias con pobre condición socioeconómica. En el hospital Infantil de México, ya mencionado, durante 1984 a 1987 se atendió a 118 niños con IRCT, de los cuales 82 reunían las mismas características anteriores; a estos pacientes se les realizó una investigación de la causa de su insuficiencia renal por medio de pruebas inmunológicas, procedimientos imagenológicos, etc., y

en 39 de ellos se realiza un estudio histopatológico renal por biopsia percutánea, por nefrectomía previa a trasplante o por necropsia. La tercera parte de los casos mostró esclerosis glomerular y fibrosis intersticial difusa del riñón en etapa terminal; otra tercera parte se clasificó como glomerulopatía, y la última parte entró en las diversas formas de nefritis intersticial crónica.

Posiblemente la detención del crecimiento, la poliuria y la anemia que presentaban a su ingreso no llamaban la atención de sus familiares por ser signos frecuentes de desnutrición crónica, muy frecuente en esta población, por lo que no lo tomaron como enfermedad.

Alteraciones metabólicas:

Las pérdidas progresivas de función renal se pueden dividir en varias etapas clínicas. En la primera etapa, la función residual estimada para la reducción de VFG se encuentra entre 80 y 50% de los valores normales, y la función residual y potencial, calculada por el porcentaje de nefronas indemnes, la superficie de filtración conservada, se encuentra entre el 50% y 25% de lo normal. En una nefrectomía para la donación de un riñón, reduce el número de nefronas en 50% y la función residual se encuentra en 70% a 80% de lo normal: la VFG en las nefronas remanentes se incrementa de 1.4 a 1.6 veces lo normal. En este nivel no se observan manifestaciones clínicas, solo una leve microalbuminuria. En la segunda etapa de la IRC, la VFG residual se encuentra entre 50 y 25% de la normal; aquí hay cambios de concentración plasmática de creatinina y absorción de calcio, y detección del crecimiento. En la tercera etapa se desarrollan múltiples y diversas alteraciones metabólicas y de la función de órganos y sistemas, que requieren medidas dietéticas y con medicamentos para contrarrestar los efectos; a este nivel la función residual es inferior a 30% y la función residual potencial menor a 15%. En este período se desarrollan múltiples y diversas alteraciones metabólicas y de la función de órganos y sistemas, que van a requerir dietas y medicamentos para contrarrestar los efectos.

La última etapa en donde se considera ya como fase terminal (IRCT) la función residual es inferior a 5% el cual se considera como un estado de intoxicación endógena permanente que requiere para su control el empleo de tratamientos sustitutos de la función renal. En esta fase es cuando comúnmente se dice que hay "orina en la sangre".

El atrofiamiento renal implica alteraciones metabólicas y hormonales muy importantes; que a su vez afectan otros órganos y sistemas. De las alteraciones metabólicas más importantes tenemos: alteración en el metabolismo de las proteínas, en donde se implica la detección del crecimiento, la pérdida de peso, la reducción de las proteínas plasmáticas y diversos trastornos en las concentraciones de aminoácidos. Alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono que implica una intolerancia a la glucosa. Alteración en el metabolismo de las grasas. Trastornos hormonales, las hormonas del riñón se ajustan según el

deterioro de este, pero afectan la depuración de hormonas importantes como la hormona del crecimiento.

Metabolismo de las proteínas. Esta enfermedad catabólica ocasiona desgaste del tejido muscular y esquelético e interrumpe el crecimiento. En la IRC se ha demostrado que existe un desequilibrio entre la síntesis y el catabolismo proteínico, en especial del último, motivo por el cual se da la detención en el crecimiento, la pérdida de peso, la reducción de las proteínas plasmáticas y diversos trastornos en las concentraciones de aminoácidos.

Debido a que los metabolitos proteínicos se eliminan por vía renal, la reducción de la VFG causa retención de ellos, contribuyendo al desarrollo de un estado de intoxicación. Aunque a la urea se le reconocen escasas propiedades tóxicas, sus niveles séricos se correlacionan con los signos clínicos de intoxicación endógena, al parecer provocada por las proteínas de la dieta.

Metabolismo de los hidratos de carbono. Otra característica de la IRC es la intolerancia a la glucosa, a pesar de que exista aumento de los niveles de insulina. Cuando la función renal residual es alrededor de 30% de lo normal se observa hiperinsulinismo; aquí parece haber respuesta compensatoria a la resistencia o pérdida de glucosa por insulina. A medida que la IRC progresa, la degradación de la glucosa es defectuosa a pesar de la hiperinsulinemia, lo cual se demuestra con niveles de hiperglucemia en ayunas.

Metabolismo de las grasas. En la IRC, es muy frecuente que ocurra hipertrigliceridemia, aumento del plasma de lipoproteínas de muy baja densidad, reducción de lipoproteínas de alta densidad y colesterol normal. La síntesis hepática de triglicéridos se conserva, pero su catabolismo está disminuido por reducción de la actividad de la lipasa lipoproteínica, debido a la intolerancia a la glucosa. La sustitución de grasas por carbohidratos en la dieta se asocia a la reducción de la concentración plasmática de triglicéridos.

Trastornos hormonales. Cuando el riñón está atrofiado, la producción de hormonas de éste se van ajustando. La capacidad para producir eritropoyetina, guarda relación con el grado de función renal, en tanto que la producción de renina mantiene las respuestas normales a estímulos fisiológicos. Cuando la función renal se reduce, la acción local de hormonas y autocoides, como las prostaglandinas y las calcitrinas, contribuyen a regular la excreción de sodio de acuerdo con su ingestión.

La depuración de las principales hormonas peptídicas extrarrenales, como la parathormona, hormona del crecimiento, insulina, somatomedina, glucagon, calcitonina y prolactina, se afectan sobre todo por el metabolismo renal. La depuración renal contribuye en 30% a 60% de la depuración de estas hormonas hasta la pérdida de función inferior a 30% de lo normal.

En el riñón actúan predominantemente el rededor de 25 enzimas, cuya acción disminuye con la IRC y afecta diversos ciclos metabólicos.

Manifestaciones clínicas:

Las glomerulopatías van comúnmente acompañadas de hematuria, proteinuria, hipertensión arterial y retención azoada, así como también retardo del crecimiento. En la mayor parte de las formas agudas estos signos desaparecen de manera espontánea en semanas.

El retardo del crecimiento es uno de los signos clínicos más tempranos que caracterizan a las enfermedades renales evolutivas. Se encuentra más en enfermedades renales tubulointersticiales, como las nefronoptisis y la cistinosis, las cuales se acompañan de poliuria indicativa de una grave deficiencia de la capacidad de concentración renal.

Retardo del crecimiento: Este es uno de los índices mas sensibles de la IRC y por lo general se da en un 50% de los casos ya que se ha encontrado que hay una estrecha relación entre la reducción de la función renal y el retardo del crecimiento. Cabe señalar que el retardo mas marcado es antes de los 2 años ya que también depende de factores nutricionales; y antes de la pubertad por estar relacionado este periodo con factores hormonales. El retardo en la estatura es menor cuando la IRC se desarrolla en el periodo intermedio. Aún así, la estatura final que alcanza un niño con IRC al llegar a la edad adulta es inferior a la estatura esperada. Se dice que la pérdida del potencial de crecimiento es irreversible.

La desnutrición calórica-proteínica ha sido considerada como la causa principal del retardo del crecimiento.

No se conoce aún cual es la mejor terapéutica para lograr un crecimiento óptimo, ya que la administración de un dieta reducida en proteínas puede conducir a desnutrición, pero una ingestión mayor de proteínas puede causar mayor progresión del daño renal por la retención de fosfatos, de hidrogeniones, de metabolitos nitrogenados, y por el desarrollo de esclerosis glomerular como consecuencia de hiperfiltración glomerular.

Se asocia muy frecuentemente la anemia con el retardo del crecimiento, aunque no se ha podido demostrar la influencia que pueda tener, excepto por provocar adinamia, anorexia y mayor reducción de la ingestión de nutrimentos. La administración de transfusiones y de eritropoyetina humana recombinante mejoran las complicaciones de la anemia, pero no el retardo del crecimiento.

Otro índice que también se observa es el retardo de la maduración esquelética, en la cual intervienen la desnutrición y el desequilibrio metabólico. Los tratamientos con corticosteroides contribuyen también a dicho retardo. En una IRC de evolución lenta, la edad ósea puede quedar muy atrás de la edad

cronológica. Se dice que el retardo del crecimiento es menos intenso cuando la estatura guarda relación con la edad ósea.

Retardo puberal: Normalmente la pubertad se inicia por el aumento en la concentración de las hormonas gonadales. En niños púberes con IRC los niveles séricos de testosterona están reducidos.

En niñas púberes con IRC se encuentran niveles de estrógenos ligeramente reducidos, disminuyen con la hemodiálisis y mejoran con el trasplante. Los niveles de progesterona están reducidos durante el ciclo menstrual, manifestándose por ciclos anovulatorios después de la menarquía.⁹⁰

En la IRC, el retardo puberal puede deberse a un trastorno en los mecanismos reguladores centrales más que por lesión gonadal.

Osteodistrofia: La acidosis metabólica y la hipercalcemia, así como trastornos hormonales, son factores en la IRC que pueden participar en el desarrollo de alteraciones esqueléticas conocidas como osteodistrofia renal.

El aumento del recambio óseo consiste en incremento de la población de osteoblastos y osteoclastos con depósito del exceso de tejido osteoide, que es un tejido colágeno mal entrelazado que sustituye el tejido colágeno fino laminado propio del hueso sano. La fibrosis medular o subperióstica también en consecuencia del mismo trastorno. Después del depósito de osteoide en la maduración del hueso viene la mineralización, proceso que en la IRC es defectuoso por el aporte inadecuado de calcio, por lo que los huesos quedan suaves y flexibles, propicios a sufrir deformidades con el peso del cuerpo, por lo que éstas deformaciones pueden presentarse cuando el niño es capaz de pararse y de iniciar la marcha.

Anemia: La anemia es también un trastorno constante en los niños con IRC, es un tipo de anemia que guarda estrecha relación con la reducción de la producción de eritropoyetina, la cual es una hormona glucoproteínica que es producida en un 90% por el riñón.

Por otro lado, es frecuente que en los pacientes haya pérdidas sanguíneas por el aparato digestivo, debido a gastritis urémica y a úlceras bucales causadas por la excreción de urea. También, en ciertas circunstancias, suelen desarrollarse alteraciones de las funciones plaquetarias, reducción casi constante del factor III así como la adhesibilidad y agregabilidad que al parecer se deben a una acción inhibitoria del ácido guanidilsuccínico; estos trastornos de la hemostasis causan sufusiones sanguíneas que acentúan la anemia, desapareciendo con la diálisis y el empleo de arginina vasopresina.

Otro factor que contribuye al desarrollo de la anemia son las dietas restrictivas y la anorexia que conducen a la deficiencia de hierro y ácido fólico.

La anemia, responde en forma satisfactoria con la administración de eritropoyetina humana recombinada.

Acidosis metabólica:

Es el desequilibrio ácido-básico más frecuente que ocurre cuando la VFG es inferior a 25ml/min. Se desarrolla por reducción en la síntesis de amoníaco y por pérdidas urinarias de bicarbonatos.

En estados hipercatabólicos por estrés, por infección o traumatismo, la acidosis aumenta y agrava la hiperpotasemia. La acidosis crónica interviene en forma importante en el retardo del crecimiento.

Sodio: A pesar de que uno de los procesos adaptativos del riñón durante la IRC consiste en el aumento de la excreción tubular del sodio filtrado, algunos pacientes no eliminan rápidamente una carga de sodio y pueden desarrollar expansión del líquido extracelular con edema pulmonar agudo. O una exagerada restricción de sodio puede causar depleción del líquido extracelular, reducción de la perfusión renal y aumento de la sintomatología de la uremia.

Potasio: Igual que con el sodio, la concentración sérica de potasio se mantiene en la IRC hasta que la VFG está en niveles inferiores a 10 ml/min/1.73m² de S.C. Aunque también la hiperpotasemia puede ocurrir en circunstancias tales como una deshidratación aguda con aumento del catabolismo por infección sobreagregada, o por administración prolongada de espirinolactona o triamtereno.

Los cambios experimentados durante la IRC en el balance de calcio y de fósforo, así como su relación con las alteraciones de la PTH y de la 1,25(OH)₂-colecalciferol han sido comentados a propósito del retardo del crecimiento y la osteodistrofia.

Alteraciones cardiovasculares: Alteraciones propias de la IRC como la hipertensión arterial (HTA) que es un signo casi constante de este padecimiento, la anemia, la acidosis y algunos trastornos hormonales afectan en forma negativa en la función cardíaca. Además la adición de otros elementos hemodinámicos, como accesos vasculares, para la hemodiálisis (fistulas o anastomosis arteriovenosas), nefrectomía bilateral y trasplante renal, también repercuten sobre las condiciones cardiovasculares.

Hipertensión arterial:

Es un signo casi constante de la IRC, asintomática o asociada a morbilidad importante. La anemia y la expansión del líquido extracelular contribuyen al aumento del gasto cardíaco.

Otro factores que intervienen en el aumento de la resistencia vascular periférica son los neurógenos, que provienen del estímulo de los receptores alfa-adrenérgicos, catecolaminas, angiotensina II, vasopresina, ciertas prostaglandinas y las serotoninas.

Es frecuente que exista un trastorno funcional autónomo en la IRC por resistencia del órgano efector a las noradrenalinas, que a menudo se encuentran elevadas en pacientes con IRC. Los cambios de presión arterial dependientes de volumen también pueden estar asociadas a disfunción del sistema nervioso autónomo.

La HTA puede ser el signo clínico aparentemente inicial con que se presenta un paciente con IRC. Aclarando si se trata de insuficiencia renal aguda con HTA, si la HTA resulta de la IRC, o si es un factor agregado que la agrava.

Alteraciones neurológicas:

Representa un riesgo importante, para el desarrollo psicomotor, si la IRC aparece dentro de los dos primeros años de vida. Se ha demostrado en lactantes con IRC que existe retraso marcado del crecimiento cefálico.

La encefalopatía urémica es una de las complicaciones neurológicas más graves, se manifiesta inicialmente por disminución de la atención y de la memoria, y por somnolencia; posteriormente se presenta asterixis y calambres, y a menudo puede ocurrir un síndrome convulsivo, sobre todo cuando la insuficiencia renal principia en el primer año de vida.

Algunos de los signos clínicos desaparecen con los procedimientos de diálisis. Además de otras complicaciones neurológicas importantes, se puede mencionar que la evaluación completa resulta importante para establecer una terapéutica que logre la rehabilitación integral del paciente.

Alteraciones digestivas: Es muy común la presencia de epigastralgias, regurgitación e hiperacidez como manifestaciones de gastritis en la IRC. La descomposición de la urea por la flora intestinal libera amoníaco que irrita a la mucosa gástrica y produce úlceras y hemorragia. La reducción de la urea sanguínea con una dieta hipoproteínica antiácida y la diálisis mejoran el problema.

El estado nauseoso, la aparición de vómitos y los trastornos diarreicos son signos de intoxicación urémica que acompañan los estadios terminales de la insuficiencia renal, indicativos para iniciar un programa de diálisis.

Alteraciones dermatológicas:

Alteraciones en la piel que originan prurito intenso, provocando rascado y lesiones que fácilmente se infectan, aparecen en pacientes con IRC avanzada. Se dice que al igual que la "escarcha urémica" que se observaba en la etapa prediálisis, represente irritación por la excreción de urea a través del sudor. Con la diálisis también se corrige.

Alteraciones hemorrágicas:

En la etapa terminal de la IRC aparecen sufusiones sanguíneas, equimosis, gingivorragias y hematemesis que se atribuyen a alteraciones de las plaquetas; el factor III está disminuido de manera constante, igual que la adhesividad plaquetaria. Estos trastornos se consideran debidos a la acción inhibitoria del ácido guanidilsuccínico y por lo general se controlan con diálisis.

Evaluación de la IRC:

En el niño se realiza mediante la exploración física, que incluye la vigilancia del crecimiento, desarrollo psicomotor y manifestaciones del padecimiento renal: presión arterial, anemia, proteinuria, etc. La función renal debe ser evaluada mensualmente desde que es inferior al 50% de lo normal. El método usual para hacerlo es siguiendo la concentración sérica de creatinina y el BUN, pero estos índices sólo se encuentran aumentados cuando la función residual es inferior es menor de 70% y el potencial funcional inferior a 35% de lo normal. La demostración de niveles de creatinina sérica (Scr) elevados y de enfermedad progresiva indican que el potencial funcional es inferior a 35% y que el paciente se encuentra en IRC.

Durante el padecimiento debe realizarse una evaluación metabólica cada tres meses, tomando en cuenta estado nutricional, el edema y la anemia; el desarrollo puberal, psicosocial, comportamiento escolar y apego al régimen dietético. En ocasiones es conveniente realizar biometría hemática junto con exámenes de la concentración de una serie de elementos y sustancias relacionadas con la IRC como: la ferritina sérica, concentración crítica de ácido fólico, creatinina, etc.

Tratamiento:

Tratamiento conservador. Se dice que el tratamiento para este tipo de enfermedad es complejo ya que por un lado, se tiene que ajustar, en el niño, el ingreso de nutrientes dentro de los requerimientos mínimos para proporcionar una buena nutrición, y por otro lado cuidar los de la tolerancia máxima marcados por la función renal residual.

Con los avances tecnológicos se ha logrado que la rehabilitación del paciente con uremia sea integral. En tales avances se encuentra la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal; que en la actualidad constituyen los tratamientos de reemplazo de la función renal.

Hemodiálisis: Es una depuración sanguínea extracorporeal que se realiza mediante la derivación transitoria de la circulación de la sangre del paciente a través de un dispositivo, en el cual se efectúa la diálisis de los solutos retenidos en exceso, hacia una solución de composición similar a la del líquido extracelular. Tal dispositivo se conoce también como riñón artificial.

Diálisis peritoneal: Es una depuración sanguínea intracorporeal y extrarrenal que se realiza utilizando como membrana dializante el peritoneo entre la sangre que circula por los capilares y una solución dializante o baño que se infunde a la cavidad peritoneal. La solución o baño dializante es introducido a la cavidad peritoneal por medio de un catéter; se le deja adentro por el tiempo en que se realiza la diálisis, y las concentraciones de los solutos en sangre y en el baño se equilibran; luego se drena por gravedad por el mismo catéter.

El sistema circulatorio que interviene en el proceso está constituido por los capilares del peritoneo visceral que provienen de las arterias mesentéricas y celiacas que drenan el sistema venoso porta, y de los capilares del peritoneo parietal que vienen de las arterias ilíacas, lumbar, intercostales y epigástrica y que drenan el sistema venoso general.

Trasplante renal: Constituye el mejor método de rehabilitación integral para los niños con IRC. El trasplante se define como injerto autólogo o autoinjerto al tejido o riñón de un individuo que se lleva a otro sitio. Como ejemplos tenemos el cambio del riñón de colocación en el mismo individuo en casos de estenosis de la arteria renal. El injerto isógeno o isoinjerto es el trasplante de riñón entre gemelos monocigotos idénticos. El injerto alógeno o aloinjerto es el trasplante entre miembros de la misma especie, no idénticos genéticamente, como el trasplante de donador vivo familiar o no relacionado y el de donador cadáver. Y el injerto xenógeno o xenoinjerto; es el trasplante de órganos entre individuos de especies diferentes, como el trasplante de riñón de cerdo al hombre.

Características psicológicas de la IRC pediátrica.

Sobre los pacientes: Diversas investigaciones confirman que las enfermedades renales producen conflictos psicológicos e interpersonales en quién la padece así como también en la familia, y en muchos casos en el personal médico; por lo que con esto puede determinarse el curso de la enfermedad y los alcances de la rehabilitación (Blum-Gordillo y Gordillo, 1989).

Estos autores, con amplia experiencia en este tipo de pacientes, refieren que es un padecimiento que puede abarcar toda la vida ya que es de larga duración, progresiva e irreversible. Cuando el niño y su familia están sometidos a la enfermedad y los tratamientos médicos, necesitan reorganizar sus actividades, proyectos y vida diaria en función de los mismos. En consecuencia, surgen limitaciones y pérdidas que consumen gran parte de su energía.

Se menciona que la enfermedad causa un daño orgánico fantasmático psíquicamente y cargado de significados subjetivos y objetivos, tanto conscientes como inconscientes (curable-incurable-vergonzoso-desvalorizante-contagioso-mortal-etc.), en el niño que la padece, familia y equipo médico.

En los niños, debido a toda la problemática que le causa físicamente la enfermedad (detención de peso y estatura, retraso de maduración sexual, etc.), sus funciones y actividades propias de la niñez y adolescencia, normales y normativas, están alteradas o fallidas. "Se nota así con una franca perturbación biográfica que afecta y fractura toda la vida de los pacientes, con la cual tendrán que aprender a convivir (y remendar dentro de lo posible) para poder rehabilitarse. Tarea dolorosa, larga y muy difícil (Blum-Gordillo y Gordillo, 1989).

Además, también se afirma que los pacientes presentan un estado depresivo acompañado de angustia y regresión de la personalidad, con predominio de la depresión (Pastrana, 1992).

Además afirman que la gravedad de la psicopatología puede correlacionarse con la edad de los niños y el mayor tiempo de permanencia en los procedimientos de diálisis.

Así mismo resaltan que la gravedad del cuadro y lo espectacular de sus manifestaciones disminuyen en forma notoria cuando los niños y sus familias, así como el equipo asistencial, ingresan a programas de psicoterapia (Blum-Gordillo, Gordillo, Mora y Genchi, 1989).

Ana Freud (cita Mahler, 1975) establece que los estímulos internos propioceptivos, así como las percepciones de contacto, la sensibilidad de la presión profunda y el intercambio térmico, además de las experiencias kinestésicas (equilibrio) en la situación del amamantamiento, estos factores contribuyen mucho más importante e inmediatamente a la imagen corporal de lo que lo hacen las imágenes auditivas y visuales de percepción de la distancia que madura después. Las últimas contribuyen primaria y más secundariamente al reconocimiento y a la audición del mundo objetal. La integración de nuestros sentimientos corporales y de las fantasías inconscientes acerca del ser corporal, especialmente sus contenidos, con los datos visuales, auditivos y kinestésicos acerca de ellos, son un logro relativamente posterior del yo. Esto coincide con el primer nivel de integración del sentido de la identidad, que es un producto del proceso de la separación-individuación. De alguna manera todo esto se ve alterado por la presencia e intensidad de los síntomas de la enfermedad.

La intensidad de la sintomatología (depresión, angustia, regresión) se justifica, si se toma en cuenta el conjunto de situaciones traumáticas que constituyen y acompañan a la IRC, tales como: daño corporal sistémico, pérdidas orgánicas, funcionales y vitales, terapias agresivas, dolores múltiples físicos,

psíquicos, morales), hospitalizaciones frecuentes y riesgo de muerte (Pastrana, 1992). Adicionalmente se agregan los efectos de la fantasmaticización y el entrecruzamiento de situaciones en lo imaginario de los niños. El "dislocamiento" o perturbación biográfica, no existen normas, regulaciones ni "significados" de los distintos estadios de la vida, en otras palabras, lo que el niño interna y externamente "espera" en cuanto a su desarrollo tanto físico como mental, son situaciones éstas las más vulnerables al impacto de la enfermedad (Blum-Gordillo y Gordillo, 1989).

La identidad, también se observa un tanto alterada por motivo de todos aquellos acontecimientos violentos e inesperados, ya que llegan a etiquetarse ellos mismos con el término "soy urémica".

En lo corporal, mencionan que debido a los procedimientos intrusivos y dolorosos, se rebasan los límites reales e imaginarios, produciendo alteraciones en el esquema e imagen corporales (Blum-Gordillo, Gordillo, Eustace y Robles de Fabre, 1984; Huazo, 1983).

Aunado a esto, con las pérdidas "yoicas", objétales y narcisistas que experimentan, como escuela, amigos, capacidades, logros y proyectos futuros, se lesionan en forma intensa el sí mismo (self) de los niños disminuyen su autoestima y les origina sentimientos de tristeza, vergüenza, inferioridad y culpa. Todo esto por no ser como los demás, por tener marcas, cicatrices, por el escaso desarrollo físico y sexual, sobre todo en los adolescentes. La culpa puede ser fantaseada como castigo por sus "pecados", envidia y reacciones hostiles hacia los niños sanos y un intenso remordimiento por considerarse una carga económica y afectiva para su familia. Llevándolo en ocasiones a autoagredirse o buscar castigo de otras formas, con lo que se provocan más dolor, provocan respuestas agresivas de los médicos y se acercan más a la muerte. Conductas consideradas como suicidas (Blum-Gordillo y Gordillo, 1989).

Blum-Gordillo y Gordillo (1984) afirman que la provocación y búsqueda de castigo pueden erotizarse o sexualizarse de manera secundaria, y tefir de una modalidad sadomasoquista las relaciones del paciente con su familia y con el equipo asistencial; por lo que se mantienen y reproducen más esos comportamientos.

Con los estados de angustia y depresión se determina que la regresión desencadenada por la enfermedad y los internamientos, se vuelvan estos más intensos y llegue a comprometer de manera global la personalidad de los pacientes. La regresión se manifiesta en las relaciones totalmente dependientes que mantienen con familiares y miembros del equipo médico, con consecuente falta de cooperación, en las actividades hospitalarias y en el empleo de un repertorio muy reducido de recursos yoicos y de conductas defensivas, para

enfrentar la angustia y adaptarse a la nueva y difícil modalidad de vida que están experimentando (Pastrana, 1992).

Por ser una enfermedad crónica se corre el riesgo de que la regresión se vuelva permanente, no por la enfermedad misma, si no, por causas que se encuentran en el sistema asistencial-familiar.

Por otro lado, muy en contra de lo que se piensa, con relación a la muerte, muchos niños y adolescentes saben de la relación de ésta con su enfermedad. Es descrita como la pérdida de todo movimiento, actividades y anhelos. se imaginan que forma parte del destino de los niños que asisten al hospital y no se curan pronto. En ocasiones la muerte del niño de junto les recuerda que puede ser una realidad mas cerca cada vez (Blum-Gordillo y Cols., 1982).

Por consiguiente es muy importante que se logre en ellos la confianza de que son queridos e irremplazables ya que esto puede trascender para defenderse su angustia y sus deseos o pulsión de muerte.

Se considera que los programas de psicoterapia, en diferentes modalidades, puede atenuar la intensidad del sufrimiento y demás manifestaciones psíquicas, y a su vez, mejorar la calidad de vida y la rehabilitación biopsicosocial de niños (Blum-Gordillo y Cols., 1989; Pastrana, 1992).

Es de vital importancia lo anterior ya que se ha observado que pueden obtenerse logros tales como la desaparición o disminución relevante de síntomas graves (reacciones psicóticas, suicidios anorexia, frecuencia de infecciones o complicaciones médicas asociadas a deficiente apego a los tratamientos médicos); sensación de un mayor bienestar físico (menos fatiga, más apetito); aceptar su padecimiento con sus pérdidas y limitaciones inevitables (salud, dietas, tratamientos médicos) y disminuir las evitables (capacidades, juegos, amigos, situaciones gratificantes, anhelos). Así como también superar la regresión y sus múltiples manifestaciones (dependencia, pasividad, etc.); mejoramiento de la autoestima, disminución de los sentimientos de angustia, inferioridad y culpa, para generar un mayor compromiso con la rehabilitación y que se recuperen los deseos de vivir y soñar (Blum-Gordillo y Cols., 1989).

Ya se ha mencionado que la edad, personalidad previa y medio social (familiar-económico-cultural) influyen en la conflictiva psíquica ocasionada por la enfermedad.

Los autores afirman que los niños entre los dos y cinco años de edad y los adolescentes de entre doce y dieciséis años de edad, son más vulnerables. En primer término la afectación se da por los escasos recursos psicológicos o mentales que tienen los niños para enfrentar la angustia y adaptarse al padecimiento; aunado a las importantes tareas evolutivas que son afectadas o

distorsionadas por la misma causa (desarrollo neurológico y mental, diferenciación intrasubjetiva e intersubjetiva, control del cuerpo y de la actividad muscular, conquista del espacio, búsqueda de autonomía, competencia edípica, socialización temprana, etc.). Se afirma que en cuanto más pequeño sea el niño, las alteraciones en estos aspectos es mayor, mas en los lactantes que se encuentran en programa de diálisis (Blum-Gordillo, 1993).

En cuanto a los adolescentes, el suicidio o los intentos son más frecuentes en esta etapa. Si de manera natural es una etapa crítica, en pacientes con IRC los cambios, pérdidas y adquisiciones biopsicosociales, en relación al cuerpo, sexualidad, apariencia física, atributos de "género", relaciones amorosas, amistades y planes futuros incrementan, por mucho, su importancia; ya que si se llegan a dar, son de manera parcial (Sánchez, 1996).

Se afirma que la psicoterapia provee a estos jóvenes de recursos y potencialidades para enfrentar su situación. Resultados confirman que adolescentes con IRC pueden desarrollar actitudes, conductas, intereses y vínculos amorosos acordes a su edad cronológica y momento vital, a su vez que pueden ayudar, en la psicoterapia, a otros compañeros de reciente ingreso o en crisis. Hechos que fortalecen su "yo" y autoestima (Blum-Gordillo y Cols., 1989).

"La historia y personalidad previa de los enfermos (situaciones traumáticas anteriores, enfermedades o muertes en la familia, capacidades, rasgos, etc.) inciden en el curso del padecimiento, en la intensidad de sus repercusiones psíquicas y en los alcances de la rehabilitación"(BlumGordillo y Cols, 1989).

En algunas ocasiones la IRC se convierte en desencadenante de una patología psíquica grave, hasta esos momentos latente, que entorpece o incluso impide cualquier intento de rehabilitación (Pastrana, 1992).

Otro factor que aumenta de modo directo y consciente las preocupaciones y culpas de los enfermos, es el socioeconómico (pobreza y marginación), por sufrimientos y privaciones económicas que a causa de ellos padecen sus familiares, y se convierte, asimismo, en el factor más importante del abandono de la escuela. Se da también por estos motivos, falta de estimulación psicológica, sobre todo de tipo intelectual, necesarios para enfrentar las dificultades de la enfermedad (Blum-Gordillo y Gordillo, 1989).

También se considera importante las creencias religiosas, las preconcepciones y valores culturales y familiares y los significados conscientes e inconscientes que el paciente y su familia adjudican a la enfermedad y a los distintos procedimientos de rehabilitación.

Sobre los tratamientos de reemplazo: En cuanto a los tratamientos, el ingresar a cualquier proceso de sustitución de la función renal, implica un

momento difícil para él y su familia; en esos momentos su vida se divide y reorganiza alrededor de los tratamientos, surge una total dependencia en tiempo y materia generando tensión, angustia y depresión.

Al iniciar un tratamiento de hemodiálisis varios niños describen el primer encuentro con la máquina como impresionante, se sienten invadidos por una variedad de estímulos que no pueden controlar ni procesar psíquicamente. Frecuentemente se quejan de dolor y miedo que posteriormente se convierte en sufrimiento, desamparo y agotamiento. De igual manera manifiestan gran ansiedad por el cuidado de su fístula arteriovenosa, dispositivo vital, modificación del esquema corporal y símbolo visible de lo precario de su existencia (Blum-Gordillo y Cols., 1984).

La dependencia generada con la máquina, va acompañada de fantasías y realidades omnipotentes, persecutorias e idealizadas.

Estos tipos de conflictos subjetivos son más intensos en los primeros meses del tratamiento y pueden considerarse como manifestaciones del proceso de adaptación.

Las relaciones familiares y de equipo médico son de gran importancia en la adaptación de los niños con IRC a sus tratamientos de rehabilitación.

La preparación psicoprofiláctica del niño le permite adquirir cierto grado de control sobre el procedimiento, verbalizar sus miedos y fantasías, disminuir la angustia y reorganizar mejor su vida cotidiana.

A diferencia de la hemodiálisis, la diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA) es menos impactante para los niños; no por esto dejan de sentirse raros y angustiados por "el tubito que tienen en la panza", se quejan de dolor y ardor por el líquido que entra y sale. En un principio les da vergüenza y evitan en lo posible que los vean. Otro de los inconvenientes en este caso es que, en cierta edad, ellos se tienen que hacer cargo de sus cambios y el aprender la técnica se convierte en un real reto para ellos mismos y sus familiares. En ocasiones la no aceptación de este procedimiento lleva a los niños a descuidos y por consiguiente a posteriores infecciones. Igualmente, en un principio les es difícil pero en la medida que se adaptan llegan a percibir al catéter y a la bolsa de líquido como parte de su cuerpo; obviamente es de suma importancia, para lograr siempre el mejor éxito, los recursos psicológicos y sociales en todo programa de rehabilitación.

Sobre el trasplante renal: El trasplante es el proceso que se considera más viable para el mejoramiento de la calidad de vida ya que ayuda en los procesos de crecimiento y maduración y reduce al mínimo los síntomas, pérdidas y alteraciones vitales, producto del estadio final del padecimiento y sus terapéuticas.

Se reducen sufrimientos, temores, conflictos y desajustes tanto en el niño como a sus familiares. Aunque, de otro modo, origina situaciones y problemas que deben de ser atendidos de inmediato, porque siempre está latente la amenaza de rechazo, o previamente influir de manera negativa en el éxito de un trasplante (Blum-Gordillo, Gordillo y Valderrama, monografía 7).

Para lo anterior es importante hacer hincapié de los factores que intervienen para el logro de los mejores resultados. Se menciona que es mejor el trasplante después de una diálisis ya que antes se corre el riesgo de que el periodo postrasplante puede ser vivido como parte de la enfermedad y no como de la rehabilitación. Se recomienda realizar una muy buena evaluación diagnóstica y preparación psicoprofiláctica para prevenir este tipo de problemas.

Por otra parte, debe evitarse que los niños estén tiempos prolongados en programas de diálisis, pues a medida de que el tiempo es mayor puede ser difícil la reorganización de la vida después de una cirugía.

La procedencia del riñón también reviste de importancia para el éxito de la rehabilitación, la relación previa entre el donador y el receptor, y su grado de compatibilidad psicológica influyen de manera muy marcada el como se va a recibir el injerto y el posible resultado del trasplante.

En otros aspectos, la aceptación del riñón por parte del receptor es un factor que también puede influir en los resultados, como comúnmente es un familiar quien lo dona, el niño puede experimentar culpa por el "despojo", que en casos extremos lleva a la autoagresión y descuidos en la ingesta de los medicamentos inmunosupresores, conductas predisponentes a un posible rechazo del injerto.

En las etapas del trasplante se observan diferentes reacciones y/o fantasías asociadas a cada una; en la etapa pretrasplante se muestra ilusión, alegría y esperanza pero también fantasías y miedos en torno a la cirugía, hay temores de morir, ser mutilados o castrados. La explicación previa por parte del cirujano responsable y la verbalización de estos conflictos y temores tienden a disminuir la angustia y mejoran la confianza en el proceso (Blum-Gordillo y Cols., Monografía 7).

En la etapa posquirúrgica se muestran fantasías de renacimiento, reacciones de alegría y tristeza, así como de confusión y perplejidad.

Al primer año del trasplante se da una situación difícil por los cambios y reacomodos internos y externos. Es una nueva vida en la cual pasan de actividades de hospital por su enfermedad a las actividades que dejaron alguna vez y que ahora tienen oportunidad de recuperar (juegos, escuela, amigos, etc.). Para su papel en el ambiente familiar deben de pasar de "el enfermo" a el hijo o al

hermano, es decir, quitarse esa etiqueta que llevaron consigo por mucho tiempo (Blum-Gordillo y Cols., monografía 7).

Los cambios físicos que se dan por motivo de la ingesta de los medicamentos inmunosupresores, como el aumento de peso y síndrome de Cushing, originan sentimientos de malestar, confusión y vergüenza, que a su vez motivan al descuido e incluso al abandono del tratamiento medicamentoso y pueden entorpecer la rehabilitación psicosocial del niño trasplantado. Aunque por otro lado, se ha reportado que los adolescentes con trasplante renal presentan un autoconcepto que se ubica dentro de los rangos de normalidad, argumentando que posiblemente en el momento del desarrollo de la enfermedad el autoconcepto ya estaba formado y estructurado en función de la interacción y experiencias que tuvo con su madre desde temprana edad (Sánchez, 1996)

Una adecuada intervención psicológica puede ayudar a disminuir el riesgo de esta problemática (Blum-Gordillo y Cols., 1989).

Sobre la dinámica familiar: Como ya se ha mencionado, en la familia se da un impacto considerable el saber que un miembro padece IRC provocando una crisis y desorganización en diferentes aspectos (Blum-Gordillo, 1993).

En primer lugar está el entender y aceptar el diagnóstico y los tratamientos largos y costosos.

Posteriormente se trata de haber reacomodos y adaptarse a la nueva situación, aquí la carga mas fuerte se da en los padres que tienen que aprender sobre las indicaciones del médico. En este caso, se manifiesta que la unión entre los integrantes a través del intercambio de información y experiencias, mejoran el conocimiento y la aceptación del padecimiento. Para una posible intervención psicológica es conveniente detectar información, inquietudes y demandas de los integrantes, para evaluar los conflictos, vínculos y recursos del sistema.

Debe de cuidarse que la reorganización no sea tan rápida ni tan lenta, ya que en el primer caso puede deberse a una negación y no a la comprensión verdadera de los alcances de la enfermedad y la rehabilitación.

En el segundo caso se puede vivir la enfermedad como catastrófica y por consiguiente ignorar los recursos de la familia para enfrentarla.

Familias migrantes, uniparentales o con escasas redes familiares y sociales suelen ser las más vulnerables en prácticamente toda la etapa de la enfermedad (Blum-Gordillo y Gordillo, 1989).

Con respecto al tipo de reorganización de la familia, se exponen dos formas de actuar, en la primera el niño enfermo toma una posición centralista generando

en los demás integrantes "alianzas" y enfrentamientos, así como ganancias secundarias que pueden entorpecer los tratamientos. En la segunda modalidad, la madre es la que se encarga completamente de los cuidados del niño favoreciendo la conducta evitativa de los demás miembros y refuerza la pasividad, dependencia y regresión del paciente. Adicionalmente se acorta de manera marcada la distancia emocional entre la mamá y el niño, facilitando sentimientos de confusión, entorpece el crecimiento del paciente y, por consiguiente, la recuperación plena (Blum-Gordillo y Gordillo, 1989).

Capítulo 3

METODO

Objetivos:

1.- Describir, en términos del apego, el tipo de relación madre-hijo, cuando el niño padece IRC.

2.- Detectar las diferentes emociones que experimentan los niños cuando padecen IRC.

3.- Detectar las diferentes emociones que experimentan las madres con un hijo que padece IRC.

Planteamiento del problema. En el Instituto Nacional de Pediatría se observó que de alguna manera la relación madre-hijo, con niños con IRC, puede favorecer o entorpecer la adherencia terapéutica y la positiva evolución de este padecimiento; por lo tanto se consideró importante definir este tipo de relación para posteriormente indagar sobre la misma y la influencia que ejerce sobre la enfermedad. Por lo tanto:

Pregunta de investigación: ¿Cuales son las características de la relación madre-hijo, cuando el niño padece IRC?.

INDICADORES CLINICOS (variables).

Insuficiencia renal crónica (IRC):

Se conoce también como uremia que significa "orina en la sangre" e implica que ciertas sustancias, que normalmente se secretan en la orina son retenidas, produciendo un cuadro clínico que semeja una intoxicación. La IRC es un síndrome caracterizado por la disminución lenta y progresiva del funcionamiento renal que tiene repercusiones en casi todos los aparatos y sistemas. Cuando llega a un estadio avanzado en el que la función glomerular disminuye a menos de un 4% se denomina IRC en etapa terminal y requerirá tratamientos sustitutos de la función renal para mantener la vida.

Relación madre-hijo:

Para el presente estudio consideramos la relación madre-hijo como la relación cálida, íntima y continuada que el bebé o niño experimentan con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce. La cual es dividida por John Bowlby en cuatro pautas claramente identificadas:

1. APEGO SEGURO. El niño confía en que sus padres serán accesibles, sensibles lo ayudarán si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante.

Con esta seguridad se atreve a explorar su medio, pues puede confiar en su madre. El sentimiento de seguridad le permite reconocer el conflicto y las situaciones estresantes, lo que da la posibilidad de resolverlas con éxito. Esta pauta es favorecida por la madre que se muestra fácilmente accesible y sensible a las señales de su hijo y es amorosa cuando éste busca protección y consuelo. A los seis años acepta al niño lo apoya y promueve la autorregulación y competencia.

2. APEGO INSEGURO EVITATIVO. El niño no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta solícita sino que, por el contrario, espera ser desairado. Puede intentar volverse autosuficiente y con posterioridad puede ser diagnosticado como narcisista o como poseedor de un falso concepto de sí mismo. Sus maestros lo describen como hostil, socialmente aislado y desconectado del medio. La madre es rechazante y repele cualquier intento del niño por obtener contacto físico cuando el niño se acerca a ella en busca de consuelo y protección.

3. APEGO INSEGURO AMBIVALENTE. El niño está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre se muestra ansioso cuando se separa de su figura de apego y temeroso al explorar su mundo. Muestra una mezcla de inseguridad incluyendo tristeza y temor, así como de intimidad alternada con hostilidad. Esta pauta se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones pero no en otras y por las separaciones y amenazas de abandono utilizadas como medio de control.

4. APEGO DESORGANIZADO. Son niños con formas peculiares de conducta que muestran una versión desorganizada de una de las tres pautas típicas, mas a menudo, la del ansioso evitativo. Se destacan por su tendencia a dominar y controlar al progenitor por medio de tratarlo de modo humillante o rechazante o siendo solícitos y protectores. A menudo es impulsivo y muestra gran ansiedad. Esta pauta se ve favorecida por una madre desorganizada e incapaz de ayudar al niño de organizar su propio mundo, en cuya historia de apego pudo existir algún problema serio, por lo que el niño asume el rol parental de guía y organizador hacia sus progenitores.

POBLACION. Niños con IRC que se encontraban en algún tipo de tratamiento, sustituto de la función renal, en el servicio de Nefrología Pediátrica del hospital general "La Raza".

MUESTRA. Consistió en 20 niños, 13 del sexo masculino y 7 del sexo femenino, de seis a doce años de edad que se encontraban en alguno de los diferentes tratamientos (diálisis, hemodiálisis, etc.), propios de la insuficiencia renal crónica. Además de que también se trabajó, simultáneamente, con la figura

materna de cada niño (20 niños y 20 mamás). Se consideró trabajar con los sujetos que se lograran captar en un máximo de treinta días.

TECNICA DE MUESTREO. No probabilístico, los sujetos debían reunir características específicas previamente determinadas.

CRITERIOS DE INCLUSION: Niños diagnosticados de insuficiencia renal crónica en etapa terminal. Que se encontraran, en el momento de la aplicación de los test, en cualquier tratamiento sustituto de la función renal. Que contarán con una edad de entre seis y doce años de edad. Que la figura materna del niño fuera accesible para el trabajo simultáneo de la presente investigación.

INSTRUMENTOS O TECNICAS: Se utilizaron los mismos instrumentos, categorías ó indicadores y criterios aplicados en la investigación: "La conducta de apego en niños de cinco y seis años: influencia de la ocupación materna fuera del hogar" del Instituto Mexicano de Psiquiatría y que fueron elaboradas por los mismos autores. (Lara y Cols., 1994). Los cuáles consistieron en:

1. El test del dibujo de la familia.

Con esta técnica se evaluó principalmente la conducta de apego, técnica aplicada en otras investigaciones (Cassidy, 1988, Kaplan y Main, en prensa; Spinetti, 1982; Wood, 1985, cita Lara y Cols., 1994). Con la cual se evitó el reporte de la madre sobre el niño, que en este caso pudo verse influenciado por la presencia de la enfermedad en el niño. El dibujo se calificó como se hace convencionalmente y posteriormente se determinó el patrón de apego, basado en una guía ya elaborada a partir de las descripciones de las conductas de apego de los niños y de las madres reportadas en la literatura; se especifica para cada patrón de apego que características tendría el dibujo. Guía elaborada por Asunción Lara Y Marisa Fernández, Instituto Mexicano de Psiquiatría. (Lara y Cols., 1994). (Anexo 1)

2. El test del dibujo de la figura humana.

Se utilizó este test para evaluar, entre otros aspectos, el nivel de desarrollo intelectual y algunos indicadores emocionales basándose, para la calificación, en los criterios de Kóppitz (1984); y al igual que en el dibujo de la familia, en las descripciones de las pautas de apego(Lara y Cols., 1994). (Anexo 1)

Para la calificación de los puntos anteriores se utilizó un formato para calificación de los dibujos de los niños (dibujo de la figura humana y dibujo de la familia), el cual también se utilizó para calificar el dibujo de la familia de cada madre (Anexo2).

3. Un cuestionario estructurado que evaluó datos sociodemográficos y familiares (Anexo 3). El cual consistió en las siguientes variables de la entrevistada: edad, estado civil, escolaridad, aspectos económicos y características de la familia. Del niño edad, sexo, tipo de embarazo, parto y desarrollo; además de quién fue el cuidador principal a la fecha. Además de:

Rol de madre: Grado en que la mujer considera que la maternidad es lo más importante.

Tensión materna: Estresores (preocupaciones, problemas, dificultades) frecuentes entre las madres con hijos pequeños.

Tensiones con la pareja: Falta de comprensión con la pareja, no reciprocidad, frustración en cuanto a las expectativas de rol, alcoholismo y violencia.

Depresión: Evalúa síntomas tales como ánimo depresivo, sentimientos de culpa, sentimientos de incapacidad y desesperanza, retardo psicomotor, pérdida de apetito, etc. Además de que se explora si hubo periodos depresivos anteriores y presencia de síntomas (melancolía, pérdida de apetito, pensamientos de muerte, etc.) en una o más ocasiones en la vida.

Cabe señalar que de este cuestionario solo se tomaron las áreas que se consideraron podían ayudar a la presente investigación ya que exploraban aspectos de el trabajo en la madre. Y que en cuanto a la calificación se hizo una descripción cuantitativa de los resultados, a partir de la misma muestra, por no contar a tiempo con los criterios de interpretación cualitativa del mismo, por parte de los autores (Lara y Cols., 1994)

PROCEDIMIENTO: La aplicación de los instrumentos se realizó en el hospital de acuerdo a como acudían, a su cita con el médico correspondiente, durante el día. Primero se le aplicaron el dibujo de la figura humana y el dibujo de la familia al niño, de acuerdo con los lineamientos originales; posteriormente se le aplicó el cuestionario y el dibujo de la familia a la mamá; durante una etapa de 30 días preestablecidos, captando un total de 20 niños y 20 mamás respectivamente.

Después se procedió a la calificación de los dibujos y del cuestionario de acuerdo con los criterios convencionales y a los establecidos en la investigación ya mencionada, que incluyeron establecer una pauta de apego para cada niño de acuerdo con las características de los dibujos.

Es importante señalar que se realizó el mismo procedimiento de calificación, del dibujo del niño, para el dibujo de la familia de la mamá, como variante de la presente investigación.

Consiguientemente se calificó el cuestionario aplicado a las mamás de los niños utilizando, como ya se dijo, sólo las áreas más importantes para el presente estudio y de acuerdo con los criterios propuestos por los autores ya mencionados.

Calificados los instrumentos se procedió al análisis estadístico que consistió, principalmente, en un análisis de frecuencias de las respuestas tanto de los dibujos de los niños como los de las mamás; aplicándose también una prueba de correlación (correlación de Spearman) en las variables en que coincidían el dibujo del niño y en el de su respectiva figura materna.

Del mismo modo, con respecto al cuestionario aplicado a la mamá, sólo se sacaron el promedio de respuestas de cada variable y se analizaron, como ya se mencionó, con respecto al mismo grupo de mamás con un hijo con IRC.

Por último se procedió al análisis de los resultados obtenidos para proceder a establecer las conclusiones pertinentes

DISEÑO DE INVESTIGACION: Tipo de estudio descriptivo, transversal, no experimental, de dos grupos no relacionados con una sola medición.

ANALISIS ESTADISTICO: Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo, no paramétrico

Capítulo 4

RESULTADOS.

Con base en el estudio previo se aplicó el análisis estadístico, el cual consistió principalmente en las frecuencias de aparición de cada una de las variables exploradas en todos los sujetos estudiados, y los promedios globales para determinar si se podía presentar una tendencia en este tipo de población; además de tratar de correlacionar los resultados entre algunas variables de los dibujos de los niños y algunas variables de los dibujos de la mamá, utilizándose el coeficiente de correlación de Spearman, se encontró lo siguiente:

Fueron en total 20 niños, 13 del sexo masculino y 7 del sexo femenino, con un promedio de edad de 9 años. 20 madres, 13 de estado civil casadas, 6 en unión libre y 1 madre soltera, con 3 hijos en total como media, el promedio general de edad osciló entre 33 años. Con escolaridad de primaria en 13 casos, de secundaria en 3 de ellas, de nivel bachillerato o técnico en 3 mamás y 1 sin instrucción alguna. El ingreso económico en su familia fue de un promedio de \$1160.00 por mes.

TABLA 1 Indicadores emocionales y nivel de desarrollo evaluados con el dibujo de la figura humana.

INDICADOR	niños	total n=20
	frec	%
Nivel de desarrollo		
adecuado	17	85
levemente inferior	3	15
Inseguridad		
Ausente	2	10
Moderada	9	45
Excesiva	9	45
Agresión manifiesta		
Ausente	6	30
Moderada	14	70
Excesiva	0	0
Agresión encubierta		
Ausente	4	20
Moderada	14	70
Excesiva	2	10
Ansiedad manifiesta		
Ausente	1	5
Moderada	16	80
Excesiva	3	15
Expresión de la afectividad		
Ausente	6	30
Moderada	14	70
Inhibición de la expresión emocional		

Ausente	8	40
Moderada	12	60
Excesiva	0	0
Demanda de afecto		
Ausente	15	75
Moderada	5	25
Excesiva	0	0
Autoconcepto		
Adecuado	10	50
Sobrevalorado	1	5
Infravalorado	9	45
Niños	13	65
Niñas	7	35

En la tabla 1 se muestra el análisis del dibujo de la figura humana que se le aplicó al niño, se exploró tanto el nivel de desarrollo así como algunos indicadores emocionales tales como la inseguridad, la agresión manifiesta, la agresión encubierta, ansiedad, la expresión del afecto, inhibición de la expresión del afecto, demanda de afecto y el autoconcepto; los cuales se calificaron con base a los criterios de Kóppitz (1985).

Se detectó que en el nivel de desarrollo 17 casos entraron en el parámetro de adecuado a su edad y 3 en el parámetro de levemente inferior a su edad.

Para la inseguridad, 2 niños la reportan como "ausente", 9 niños con inseguridad "moderada" y 9 niños con inseguridad "excesiva".

Sobre la agresión manifiesta es el 30% de los casos el que se reporta como ausente y en el 70% como moderada. La agresión encubierta se presenta en el 20% como ausente, en el 70% como moderada y en el 10% como excesiva; tomando en cuenta que en relación a estas dos variables la califican por separado sin que alguna de ellas esté en función de la otra y tanto una como la otra pueden presentarse en cualquiera de las modalidades (ausente, moderada o excesiva) que determinan los autores.

En lo relacionado con la ansiedad, en 1 caso se detecta como ausente, en 16 casos como moderada y en 3 casos como excesiva.

En 6 niños la expresión del afecto está ausente, y en 14 niños la misma variable está moderada.

En la inhibición de la expresión del afecto se encontró en 8 casos ausente y en 12 casos como moderada.

El 75% de los niños estudiados presentan la demanda de afecto ausente y el resto (25%) la presentan como moderada.

Finalmente, en el dibujo de la figura humana, se reporta que 10 niños tienen un autoconcepto "adecuado", 1 caso tiene autoconcepto sobrevalorado y 9 niños reportan autoconcepto infravalorado.

CUADRO 2. Análisis del dibujo de la familia, en el niño y la madre, para el establecimiento de la pauta de apego.

Pauta de apego	Niños n=20		Mamás n=20	
	frec.	%	frec.	%
Seguro	4	20	3	15
Inseguro evitativo	13	65	10	50
Inseguro ambivalente	2	10	5	25
Desorganizado	1	5	2	10
Impresión general				
Seguro	4	20	3	15
Inseguro evitativo	13	65	10	50
Inseguro ambivalente	2	10	5	25
Desorganizado	1	5	2	10
Arraigo y ubicación				
Seguro	2	10	1	5
Inseguro evitativo	16	80	14	70
Inseguro ambivalente	1	5	3	15
Desorganizado	1	5	2	10
Proximidad				
Seguro	4	20	4	20
Inseguro evitativo	10	50	6	30
Inseguro ambivalente	5	25	8	40
Desorganizado	1	5	2	10
Calidad de la sonrisa				
Seguro	5	25	4	20
Inseguro evitativo	13	65	7	35
Inseguro ambivalente	2	10	9	45
Desorganizado	0	0	0	0
Individuación				
Seguro	4	20	4	20
Inseguro evitativo	11	55	8	40
Inseguro ambivalente	4	20	7	35
Desorganizado	1	5	1	5
Movimiento				
Seguro	5	25	4	20
Inseguro evitativo	12	60	16	80
Inseguro ambivalente	1	5	0	0
Desorganizado	2	10	0	0
Completud				
Seguro	4	20	4	20
Inseguro evitativo	12	60	7	35
Inseguro ambivalente	3	15	7	35

Desorganizado	1	5	2	10
---------------	---	---	---	----

El cuadro 2 nos presenta el análisis del dibujo de la familia tanto de la madre como del niño con el cual se estableció la pauta de apego, según las características de los dibujos del niño con relación a su figura materna; se calificaron las siguientes variables: impresión general, arraigo y ubicación, proximidad, calidad de la sonrisa, individuación, movimiento, completud, orden del dibujo y distancia principalmente; Variables cuya definición, para determinar dicha pauta, se presentan en el anexo 1.

En la impresión general 4 niños la representan como agradable y feliz, 13 niños intentan representar una familia invulnerable, 2 niños la representan como ansiosa con signos de hostilidad y 1 niño como carente de estructura y caótica.

En el arraigo y ubicación el 10% la representa bien plantada, el 80% lo hace con figuras flotantes, 5% con figuras en las esquinas y el 5% por arriba o por debajo de una o más figuras..

En relación a la proximidad 4 niños lo hacen de manera "natural", 10 niños con figuras no afectadas, 5 niños lo hacen muy mezclados o separados y 1 niño representando dominio en la distancia.

En cuanto a la calidad de la sonrisa 5 sujetos pintan sonrisas genuinas, 13 sujetos lo hacen de manera automática y 2 de forma ansiosa.

Con respecto a la individuación de las figuras, se reporta que el 20% las diferencian unas de otras, aún de manera sencilla, el 55% los dibujan con falta de individuación, es decir de manera automática, el 20% lo hacen con indicadores de ansiedad, inseguridad, tristeza, y el 5% con elementos muy marcados como dominio sobre ellas o exageración.

En relación al movimiento, 5 sujetos sugieren cierto movimiento, 12 las pintan con elementos de rigidez, 1 con inclinaciones acentuadas y 2 con movimientos absurdos.

En cuanto a la completud, 4 niños dibujan figuras completas, 12 niños omitieron partes que indican relación, 3 niños enfatizaron y exageraron rasgos y 1 niño omitió elementos esperados y agregó no esperados.

Por otra parte, en relación al análisis del dibujo de la familia, de la madre, se encontró lo siguiente:

Respecto a la pauta de apego 3 sujetos entran en la clasificación de apego seguro, 10 en el de apego inseguro evitativo, 5 mamás con apego inseguro ambivalente y 2 con apego desorganizado.

En relación a la impresión general del dibujo se encontró que el 15% de total dibujaron una familia agradable y feliz, el 50% intentaron representar una familia invulnerable pero sin solidez, el 25% con la impresión de vulnerabilidad con elementos de ansiedad y hostilidad, y el 10% restante como carente de estructura y tendiente a lo caótico.

Con respecto al arraigo y ubicación 1 mamá dibujó figuras bien plantadas, 14 lo hicieron con figuras flotantes, 3 mamás con figuras en las esquinas y 2 con una figura encima o por debajo de otra u otras figuras.

En cuanto a la proximidad se encontró que 4 de los sujetos representaron una proximidad "natural", de aceptación, 6 con figuras no afectadas unas de otras, 8 enfatizaron la proximidad, ya sea muy juntos o muy separados, y 2 con proximidad extrema o lejanía exagerada como dominio de las figuras.

Respecto a la calidad de la sonrisa el 20% pintó sonrisas "genuinas", 35% las realizaron de manera automática y 45% con sonrisas dando impresión de ansiedad, tristeza o temor.

En la variable, individuación de las figuras, 4 podían diferenciarlas unas de otras por algún rasgo, 8 con falta de individuación, hechas de manera automática, 7 relativamente individualizadas, con indicadores de ansiedad, inseguridad, tristeza, temor u hostilidad, 1 con exageración de rasgos como dominio de las figuras.

En relación al movimiento, se detectó que el 20% de las mamás presentaron figuras sin rigidez, sugiriendo algún movimiento, y el 80% con figuras rígidas, tensas, sin movimiento.

Con respecto a la completud, 4 mamás dibujaron figuras completas, 7 la elaboraron omitiendo partes que indican relación, 7 con exageración de rasgos faciales y 2 omitiendo elementos esperados.

CUADRO 3. Variables evaluadas en los dibujos de la familia del niño y la madre.

	Niños n=20		Madres n=20	
	frec.	%	frec.	%
Orden del dibujo				
Caótico	3	15	1	5
Ordenado	6	30	8	40
Rígido	11	55	11	55
Omisión de alguien				

Sí	3	15	3	15
No	17	85	17	85
Distancia				
Cercanos ó se tocan	4	20	9	45
Aglutinados	1	5	1	5
Distantes	15	35	10	50
De quién se dibujó más cerca				
Papá	4	20	11	55
Mamá (ó hijo sujeto de estudio)	6	30	2	10
Hermana	5	25	2	10
Hermano	4	20	4	20
Otro	1	5	1	5
De quién se dibujó más lejos				
Papá	4	20	3	15
Mamá (ó hijo)	4	20	7	35
Hermana	4	20	3	15
Hermano	6	30	5	25
Otro	2	10	2	10
Orden en el que se dibujó a sí mismo (a)				
Primero	2	10	3	15
Segundo	3	15	7	35
Tercero	4	20	3	15
Cuarto	7	35	2	10
Quinto ó posterior	4	20	5	25
Orden en el (la) que aparece en el dibujo				
Primero	4	20	2	10
Segundo	3	15	8	40
Tercero	3	15	3	15
Cuarto	7	35	2	10
Quinto ó posterior	3	15	5	25
Orden en el que dibuja a mamá (ó hijo)				
Primero	7	35	1	3
Segundo	6	30	6	30
Tercero	1	5	5	25
Cuarto	3	15	4	20
Quinto ó posterior	3	15	4	20
Orden en que aparece mamá ó hijo				
Primero	5	25	2	10
Segundo	7	35	4	20
Tercero	2	10	5	25
Cuarto	1	5	5	25
Quinto ó posterior	5	25	4	20

En el cuadro 3 podemos observar el análisis, aplicado tanto al niño como a la madre, de las siguientes variables: omisión de algún personaje, distancia, de quién se dibuja mas cerca el niño(ó la madre), de quién más lejos(el niño ó la madre), orden en el que él se dibujó(niño ó madre), orden en el que aparece en el

dibujo(niño ó madre), orden en el que dibuja a mamá(ó niño) y el orden en el que aparece mamá(ó niño) en el dibujo. Con base en todo lo anterior se encontró que:

En relación al niño, también se encontró que en el orden del dibujo en 3 sujetos es de manera ordenado, 6 sujetos de manera rígida y 11 de manera caótica.

Del total de sujetos, en el dibujo de la familia, 3 de ellos omitieron a algún miembro.

En relación a la distancia, 4 los dibujaron cercanos, 1 aglutinados y 15 niños los dibujaron distantes.

Con respecto de quién se dibujó mas cerca, 4 niños lo hicieron de papá, 6 niños lo hicieron de mamá, 5 de una hermana, 4 de un hermano y 1 de algún otro personaje.

En relación a la categoría de quién se dibujó mas lejos, 4 niños lo hicieron de papá, 4 de mamá, 4 de una hermana, 6 de un hermano y 2 de otro.

En la variable, el orden en el que él se dibuja, 2 niños lo hicieron en primer lugar, 3 niños lo hicieron en segundo lugar, 4 en tercer lugar, 7 en cuarto lugar y 4 en el quinto o posterior.

Sobre el orden en el que él aparece, 4 sujetos aparecen en primer lugar, 3 aparecen en segundo lugar, 3 en tercer lugar, 7 en cuarto lugar y el resto aparece en el lugar quinto o posterior.

Sobre el orden en el que dibujan a mamá, 7 niños lo hacen en primer lugar, 6 niños lo hacen en segundo lugar, 1 en tercer lugar, 3 en cuarto y 3 en el quinto o posterior.

Acerca de el orden en el que aparece mamá en el dibujo del niño, en 5 de los niños aparecen en primera instancia, en 7 niños aparecen en segundo lugar, 2 en tercer lugar, 1 en cuarto lugar y 5 aparecen en el lugar quinto o posterior.

Del mismo modo, el análisis del dibujo de la familia, en la madre, arroja los siguiente datos:

En cuanto al orden, 8 fueron dibujadas de manera ordenada, 11 con orden rígido y 1 con orden rígido.

Para la distancia, el 45% dibujaron a las figuras cercanas, 5% con aglutinamientos y el 50% las dibujaron distantes.

El 15% de las mamás omitieron a algún miembro de su familia en su dibujo y el 85% restante dibujaron a su familia completa.

11 de las mamás (55%) se dibujaron mas cerca del papá (esposo), 2 lo hicieron del niño en estudio (10%), 2 de alguna otra hija (10%), 4 de algún otro hijo (20%) y 1 lo hizo de cualquier otro miembro (5%).

Sobre la variable de quién se dibujó más lejos, en 3 casos la mamá se dibujo del papá, 7 lo hicieron del niño en estudio, 3 de alguna otra hija, 5 de algún otro hijo y 2 de cualquier otro miembro.

En cuanto al orden en el que se dibuja la mamá, 3 mamás lo hicieron en primer lugar, 7 en segundo lugar, 3 en tercer lugar, 2 en cuarto lugar y 5 en el quinto o posterior.

Sobre el orden en el que aparecen en el dibujo, 2 sujetos aparecen en primer lugar, 8 en segundo lugar, 3 en le lugar tercero, 2 en el cuarto y 5 en el lugar quinto o posterior.

En relación al orden en el que dibujan al niño, solo 1 mamá lo dibuja en primera instancia, 6 en segundo lugar, 5 en tercer lugar, 4 en el lugar cuarto y 4 en el quinto o posterior.

Con respecto al orden en el que aparece el niño en el dibujo de la mamá, en 2 dibujos aparece en primer lugar, en 4 aparece en segundo lugar, en 5 en tercer lugar, en 5 en cuarto lugar y en 4 aparece en el lugar quinto o posterior.

Por otra parte, como ya se mencionó anteriormente, con relación al análisis de los instrumentos aplicados a las mamás de los niños con insuficiencia renal crónica, también se aplicó el mismo procedimiento de calificación e interpretación del dibujo de la familia de cada figura materna solo cambiando, en este sentido las variables: el orden en el que la mamá dibuja al niño (sujeto de estudio), y el orden en el que aparece el niño en el mismo; para determinar de igual manera una pauta de apego. El análisis estadístico fue el mismo (frecuencias y promedios).

Respecto a la prueba de correlación de Spearman para determinar si existía alguna relación entre los resultados de las mismas variables aplicadas al niño y a su mamá. De lo más importante en este análisis se encontraron los siguientes resultados:

Con base en la pauta de apego se encontró una correlación de 0.38 lo que indica que en esta variable existe poca relación entre la pauta de apego de la mamá y la del niño. Una situación similar se detecta con la impresión general del dibujo la cual reporta una correlación de 0.24, aunque aquí la relación entre la impresión general de la mamá y la de el niño de su familia es aún menor. En en relación al arraigo y ubicación, se observa una correlación más importante (0.47),

parece ser que en la posición de como dibuja la mamá las figuras influye en la forma en como lo hace el niño. En cuanto a la proximidad, es decir si las figuras están cercanas o distantes, la correlación también es baja (0.20) lo que nos señala que la manera en que hace ver a la familia por parte de la madre afecta en la de su hijo. Sobre el orden del dibujo, la correlación es de 0.42, se muestra una relación e influencia más alta para el orden que le da la mamá y el niño a sus dibujos. En cuanto a la distancia de las figuras la correlación es también de 0.42 igualmente en esta variable la representación de la madre afecta, en cierta medida, a la representación que hace el niño. Respecto al orden en que la madre dibuja al niño y el niño dibuja a la madre, la correlación es de -0.53, es decir que parece ser que en sus dibujos ellos mismos no le dan el mismo lugar a la figura correspondiente, por eso se observa una relación negativa.

Con relación a las demás variables, no se considera pertinente mencionar el resultado ya que, o bien son correlaciones muy bajas e incluso negativas algunas.

CUADRO 4. Análisis de las variables del cuestionario aplicado a las madres.

	Sujetos	Total n=20	
	Frec.	%	
Dejaron al niño al cuidado de otra persona			
Sí	4	20	
No	16	80	
Ha habido separaciones antes de la enfermedad			
Sí	4	20	
No	16	80	
Ha vivido algún episodio depresivo durante su vida			
Sí	14	70	
No	6	30	
Su pareja actual es el padre biológico del niño			
Sí	16	80	
No (ó no tenían pareja)	4	20	
Tipo de embarazo			
Normal	14	70	
Con algún tipo de complicación	6	30	
Tipo de parto			
Normal	12	60	
Con algún tipo de complicación	8	40	
Desarrollo			
Normal	14	70	
Con algún tipo de complicación	6	30	
Variables evaluadas en la madre	Puntos	Medias	
	totales	n=20	%
Conflicto de roles	15	4.95	45
Rol de madre	18	9.6	45
Tensión materna	24	7.2	45

Tensiones con la pareja	39	4.5	50
Depresión	60	25.35	50
Somatización	40	6.65	50

Así mismo, en el cuadro 4 se presenta el análisis del cuestionario aplicado a las mamás de los niños, el cual exploró entre otros aspectos; cuidado del niño, separaciones entre ella y el niño, periodos depresivos en la madre, datos sobre el padre del niño, embarazo, parto y desarrollo del niño y eventos impresionantes o traumáticos que haya vivido el niño; así como el rol de madre, la tensión materna, tensión con la pareja, depresión y somatización.

Tomando en cuenta que para la interpretación de algunas variables se tomaron como referencia los resultados del mismo grupo por no contar con los criterios originales de los autores, se detectó lo siguiente:

Que el 20% de las mamás dejaron al niño al cuidado de otra persona, antes de su enfermedad, durante los 6 primeros años de vida del niño; y el 80% restante reportó que ellas lo han cuidado todo el tiempo sin ayuda alguna. Del mismo modo, el 20% reporta que ha habido separaciones, entre ella y el niño, antes de la enfermedad; y el otro 80% reporta que no ha tenido separaciones similares.

El 70% mencionó haber vivido algún episodio depresivo durante su vida y resto no reportó problema alguno en este mismo aspecto.

De la misma manera, 16 de las mamás manifestaron que su pareja actual es el padre biológico del niño en estudio y solo 4 de ellas o no tenían pareja o la actual no era el padre natural de su hijo.

En relación al embarazo, en 14 casos mencionaron haber sido normal y 6 haber vivido algún tipo de complicación; para el parto, 12 de las mamás dijeron haberlo experimentado sin problemas y 8 haber tenido complicaciones durante el mismo. El desarrollo se reporta en 14 casos normal y 6 casos con ciertas arbitrariedades.

Con respecto a si había vivido su hijo algún evento traumático (muerte, accidente, separaciones, etc.), 12 mamás no lo reportaron y 8 si lo reportan, de los cuales 3 fueron vividos muy directamente (mordedura de perro a los dos años, trasplante de cornea a los dos años y fractura de pierna por caída alrededor de la misma edad.

En el resto de las variables que explora el cuestionario, conflicto de roles, rol de madre, tensión materna, tensión con la pareja, depresión y somatización, las cuales se interpretaron los puntajes de cada una en base a la media de la muestra en estudio por no contar con los criterios de interpretación a tiempo y en las cuales se observa lo siguiente:

Para el conflicto de roles, el promedio total de puntos para este grupo es de 4.95 de un total de 15 puntos, encontrándose que el 40% está por arriba de este promedio.

En el rol de madre la media es de 9.6 puntos de un total de 18 puntos, con el 45% de los casos por arriba de este puntaje.

Tensión materna, en esta variable 7.2 puntos fué el promedio para un total de 24 puntos, el 45% de las mamás estuvo por encima del promedio.

Tensiones con la pareja, la media en esta variable fué de 4.5 puntos de 39 totales, en este caso el 40% rebasa este promedio.

Para la depresión el promedio es de 25.35 puntos de 60 totales con el 50% de las mamás por arriba del promedio.

En somatización, 6.65 puntos fué el promedio de 40 totales el 50% de las mamás rebasaron la media.

Lo anterior podría interpretarse que a menor puntaje obtenido, menor rasgo en el sujeto de estudio tomando como referencia el promedio de cada variable y el total de mamás que obtienen un puntaje mayor al promedio.

Capítulo 5

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

En la presente investigación los objetivos principales fueron: Describir las características de la relación madre-hijo cuando el niño padece IRC. Detectar las emociones que experimenta el niño cuando padece IRC, y Detectar las emociones que experimenta la madre cuando tiene un hijo con IRC. Que tienen como base la pregunta ¿Cuáles son las características de la relación madre-hijo cuando el niño padece insuficiencia renal crónica?.

Debido a que no existen investigaciones similares que permitan hacer una comparación con lo aquí obtenido, se encontró que los resultados ya reportados pueden coincidir de manera importante con estudios hechos con las familias de este tipo de pacientes.

De acuerdo con los resultados obtenidos se observó que la mayor parte de los niños de este estudio (el 65%), tienden a establecer una pauta de apego inseguro elusivo; esta pauta incluye conductas, relacionadas con su figura materna (figura de apego), en las cuales el niño no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta adecuada ya que de alguna manera es desairado. Existe un intento, en este sentido, de vivir su vida sin el amor y el apoyo de otras personas y volverse emocionalmente autosuficiente, resultando que posteriormente pueda ser diagnosticado como narcisista o como poseedor de un falso sí-mismo. Lo anterior como resultado de una madre que constantemente rechaza al niño cuando se acerca a ella en busca de consuelo y protección, es poco sensible a las necesidades del niño y es poco amorosa (Ainsworth, cita Bowlby, 1989).

Por otro lado, aunque en menor porcentaje (20%), se encontraron casos en los que el niño establece una pauta de apego seguro en la cual confía en que su figura de apego será accesible, sensible y colaboradora cuando él se encuentre en una situación adversa o atemorizante. Hay seguridad al hacer exploraciones de su entorno. La mamá, en este caso muestra accesibilidad y sensibilidad a los requerimientos de su hijo y es amorosamente sensible cuando el niño busca protección y consuelo.

En un porcentaje todavía menor en esta investigación (el 10%), se dieron casos en los que el niño establece una pauta de apego ansioso ambivalente en la cual está inseguro de si su mamá será accesible o sensible cuando lo requiera. Hay una tendencia a la separación ansiosa, al aferramiento y ansiedad a explorar el entorno. Esto se provoca por madres que se muestran accesibles y colaboradoras en sólo algunas ocasiones pero no en otras, por separaciones y amenazas de abandono como medidas de control de la conducta.

Así mismo, se presentó muy escasamente en este trabajo (el 5%), el tipo de apego desorganizado en el que los niños se muestran desorientados y/o desorganizados. Pueden ser hijos de padres golpeadores, negligentes, madres con enfermedad grave afectiva bipolar, con duelos de una figura paterna en la infancia o que hayan sufrido malos tratos físicos o sexuales.

Lara, M. A., García-Hubard, M. T. y Acevedo, M. (1995), nos muestran en un estudio hecho con niños de 5 y 6 años en el que la distribución del apego es similar a nuestros resultados, tomando en cuenta que las madres de estos niños se encontraban trabajando como enfermeras en el sector salud, afirmando que la mayoría de los sujetos siente que la estructura familiar no satisface sus necesidades afectivas

Por otro lado, Córdoba (1995) en su obra nos muestra la distribución infantil en un grupo mexicano en el cual el 79% es de apego seguro, el 16% es de apego evitativo y el 5% de apego ambivalente. Aquí observamos que estos resultados no coinciden con los nuestros debido, quizá, a la presencia de la enfermedad ya que se da un predominio del apego evitativo. Aunque también podríamos cuestionarnos en que medida ésta influye sobre la relación madre-hijo o si antes era "mejor" ó "peor" a la aparición de la misma.

Blum y sus colaboradores (1989) mencionan que, como en el caso del niño con apego inseguro en cualquiera de los dos casos y aún en el caso del apego desorganizado, las figuras cercanas pueden vivir la enfermedad como catastrófica y no darse cuenta de los recursos personales y materiales para enfrentarla con eficacia, lo que provoca que no atiendan de manera adecuada el vínculo con su hijo enfermo.

Aunque también pueden darse los casos en los que aparentemente existe una atención hacia el paciente en la que sus figuras cercanas giran alrededor de él absorbiendo sus energías, sus recursos afectivos y materiales, lo que resta posibilidades de crecimiento y desarrollo en los demás integrantes de la familia. Además esto puede provocar, por la centralidad del paciente, que sus figuras formen subgrupos y terminen por separar a la familia (separación de la pareja, salida intempestiva de hermanos, etc) (Pastrana, 1992). En el otro caso, se da una evasión de la situación de enfermedad en la que la única figura que se encarga del niño enfermo es la madre lo que provoca en él pasividad, dependencia y regresión, y en los demás integrantes del grupo celos, resentimiento y refuerza la conducta de evitación.

En este caso la distancia emocional, entre la madre y el niño, se reduce y facilita sentimientos de confusión, entorpeciendo el crecimiento del paciente con su posible recuperación biopsicosocial (Blum y Cols., 1989).

Por otra parte, como en el caso del apego seguro, puede coincidir con la anterior autora en el sentido de que, cuando figuras cercanas al niño son

sensibles y que sortean con éxito la crisis de la enfermedad y la reorganización pertinente, aún con los sentimientos de ansiedad, tristeza, culpa y esperanza; pueden llegar a una recuperación plena del niño enfermo y al equilibrio emocional de los demás integrantes de la familia.

Lara y sus colaboradores (1994), encuentran en su trabajo una cierta influencia que tiene el status laboral de la madre sobre el patrón de apego en el niño, por tales motivos recalcamos nuevamente la importancia que tienen los conceptos que Bowlby (1989) menciona en su teoría del apego en el sentido de la accesibilidad y "sensibilidad" de la figura de apego cuando el niño lo "requiera", para no generar sentimientos de confusión que provoquen crisis, círculos viciosos o desequilibrios emocionales en la díada madre-hijo; que por un lado se puede observar, de alguna manera, con el status laboral de la madre, en este caso puede ser mortal por la presencia de la insuficiencia renal crónica.

En relación a lo que experimenta el niño cuando padece IRC, podemos decir que son niños en constante inseguridad, que puede deberse a las ideas de muerte que tienen, a la incertidumbre sobre su futuro personal y el de su salud o al proceso de los tratamientos médicos; que en términos de la enfermedad podría facilitar la adecuada evolución de su padecimiento, o bien dificultarla si es excesiva. Pastrana (1992), en éste sentido también menciona que los trastornos afectivos que se manifiestan en ésta enfermedad requieren de tratamiento psicológico ya que se corre el riesgo de que estos trastornos permanezcan, se fijen ó inclusive se incrementen ocasionando trastornos más graves, entorpeciendo la recuperación física y emocional del paciente. Entre otras cosas, afirma que son pacientes que se caracterizan por un estado depresivo crónico, con sentimientos de tristeza, inseguridad y autodevaluación; indicando como periodos críticos los de hemodiálisis y cirugías previas al trasplante: Además menciona que son niños con rasgos de dependencia con actitudes regresivas.

Este tipo de pacientes son tendientes a cierta expresión de la agresión manifiesta, recurriendo también a la agresión encubierta. Como ya se había mencionado la expresión de sus emociones puede ser un factor importante para que los niños enfrenten con éxito cada una de las difíciles etapas de la enfermedad, aunque en muchos casos sea necesario algún tipo de tratamiento psicológico para lograrlo adecuadamente (Blum-Gordillo y Cols., 1989).

Aunque la ansiedad es constante, en estos niños, de alguna manera son capaces de controlarla en determinado momento. En este aspecto el adecuado control de la misma también puede contribuir, positiva o negativamente, a que el niño supere sus miedos, temores y/o fantasías que le produce la insuficiencia renal crónica.

La expresión del afecto, en muchos casos, es moderada por lo que la inhibición del mismo también se considera como importante para que este tipo de

pacientes puedan expresar posibles temores, miedos, dudas, incertidumbres, etc., necesaria para llevar de manera adecuada sus tratamientos y rehabilitación. Es importante señalar que en cuanto a la expresión del afecto y la inhibición del mismo, se detectó una relación importante, porque se observó que a menor inhibición de la expresión del afecto mayor expresión del mismo.

Curiosamente se encontró que son medianamente demandantes de afecto, lo que coincide con la tendencia a la autosuficiencia emocional mencionada por Bowlby (1989); lo anterior puede deberse al tiempo y la atención que requiere una enfermedad crónica como la IRC, ya que pasan mucho tiempo en el hospital. Pero por otro lado también la poca demanda puede deberse a la centralidad del paciente que puede ir desde la familia del mismo hasta el equipo asistencial; las ganancias secundarias podrían reemplazar este tipo de demanda.

Con respecto a su autoconcepto, no se observa una tendencia clara en estos pacientes, aunque podemos decir que es adecuado en términos de pseudoaceptación, en muchos casos, de la enfermedad; y en otros casos se detectó un autoconcepto infravalorado que puede deberse a la presencia de una enfermedad tan agresiva y mutilante. Sánchez (1996) menciona que el autoconcepto de estos pacientes con signos de normalidad puede deberse a que, quizá, ya estaba formado y estructurado antes de la aparición de la enfermedad, resaltando la importancia que pudo haber tenido la relación que tuvo con su madre desde temprana edad.

Por otro lado, Ortega (1994) en su estudio indica que ciertas dimensiones de los estilos de crianza (de los que entre los cuales se encuentran el rechazo, la aceptación, castigo, etc) de la madre influyen en el autoconcepto del niño. Una vez más encontramos otro elemento para afirmar que el mejoramiento de la relación madre-hijo puede ayudar en la adecuada evolución de la IRC y por consiguiente del mejoramiento de la calidad de vida del paciente ó niño.

En otra investigación, González (1979) reporta resultados que coinciden con lo anterior en relación a que los niños presentaban indicadores de inestabilidad, inseguridad y considerable grado de ansiedad. Aunque reporta también un esquema corporal adecuado (tamaño de figuras, proporciones y colocación) y menciona que la etapa de desarrollo también puede influir en la percepción de sí mismo. Sin embargo, Huazo (1983) nos dice que la IRC en etapa terminal produce modificaciones en la imagen corporal del individuo que la padece.

Para la situación que vive la mamá, cuando tiene un hijo que padece IRC, se encontró que son figuras en constante depresión con algunos síntomas propios de este estado, en la que en algunos casos eran ideas de muerte. Aunque por otro lado no se observó, de manera global, tendencia a la somatización, puede ser debido a la centralidad de la enfermedad de sí hijo, en la que no hay lugar a

posibles complicaciones en este aspecto, por parte de la madre, por lo que está viviendo su consanguíneo.

En relación a sus sentimientos, sensibilidad a las necesidades de los demás y afectividad, se detectó una tendencia a la aceptación de su situación como mamá, aún teniendo un niño enfermo. En otro sentido, se observó que la mayoría de las mamás experimentan tensión y/o estrés, carga de trabajo y aumento de responsabilidades, ya que en muchas ocasiones tienen que ver por su niño enfermo y por su demás familia y que esto no se contrarresta con el apoyo que se observó tienen, la mayoría de estas figuras, por parte de su pareja debido posiblemente a que, en muchos casos o en la mayoría, son los proveedores económicos y casi no se ocupan directamente del hijo con IRC.

Ya se había mencionado la evasión de miembros de la familia en la atención del paciente y la ocupación total por parte de la madre. Blum y Cols. (1989) hablan de la importancia, que tiene al respecto, el trabajo en grupo para lograr una adecuada reorganización de la familia para la atención positiva del paciente y evitar una posible disfunción.

Finalmente como aspectos relevantes, podemos mencionar, la relación que aquí se encontró, como ya lo habla constatado Bowlby (1989) en su obra, entre la tendencia del apego en la madre y la tendencia del apego en el niño; aunque en este trabajo haya sido en presencia de una padecimiento renal por parte del menor.

Y que con relación al embarazo y al parto del sujeto unidad de análisis, se detectó que una buena parte había tenido algún tipo de complicación en estas dos etapas (amenazas de aborto, embarazo delicado, etc.); y que antes de los tres años de vida del niño, éste había experimentado algún tipo de evento traumático directo o indirecto (muerte de algún familiar, trasplante de cornea, mordedura de perro, etc.).

De todo lo anterior podemos concluir que las características de la relación madre hijo, cuando el niño padece IRC, son, en términos del apego, las que se refieren a la de la pauta de apego inseguro evitativo o elusivo, las cuales consisten en la falta de confianza, por parte del niño, de buscar cuidados y protección y que reciba una respuesta adecuada, sabe de cierta manera que será desairado; por el otro lado las madres de estos niños, son madres rechazantes al acercamiento de su hijo, tienden a ser menos atentas y/o sensibles a las demandas de sus hijos; además de que suelen dar respuestas inoportunas y poco provechosas a los requerimientos del niño, le presta poca atención y lo desmotiva a buscar ayuda y aliento. En este tipo de diada, se dice, la comunicación es limitada, impersonal y sin sentimiento (Bowlby, 1989).

Como ya se mencionó, también pueden presentarse características de la relación madre-hijo, en este tipo de pacientes, aunque en menor medida de los

tipos de las pautas de apego seguro, apego inseguro ambivalente o ansioso y apego desorganizado, con las características peculiares de cada una.

En relación a las emociones que experimenta el niño con IRC, podemos concluir que son sujetos con cierto grado de inseguridad, tendientes constantemente a la ansiedad, moderadamente inhibidores de la expresión del afecto, por lo que por tal motivo no expresan plenamente su afecto solo, en cierta medida, la agresión tanto manifiesta como encubierta. Además de que son poco demandantes de afecto.

Con respecto a las emociones que experimenta la madre se concluye que: ya que son figuras propensas a la depresión que dan lugar a ideas de desesperanza, incapacidad e incluso de muerte, pueden manifestar estas conductas como una manera de rechazo hacia la enfermedad del niño, provocando con esto otras conductas que pueden percibirse como rechazo directo en el mismo. Como ya se mencionó la enfermedad en el niño es una fuente de rechazos y preferencias de los padres hacia los hijos; el estado depresivo, en la madre, puede tomarse como una forma de rechazo (Bolio, 1984).

Por lo tanto, podemos afirmar que un niño con pauta de apego seguro, de acuerdo con las características anteriores, sería el tipo de relación madre-hijo "ideal" para superar los problemas comunes a un padecimiento de tipo crónico como la insuficiencia renal crónica. Entre ellos está la adherencia terapéutica, principalmente porque adquiere una importancia incalculable desde el momento en que los padres del niño reciben el diagnóstico e inician inmediatamente los tratamientos; aún cuando una de las etapas finales es el trasplante renal, como ya se mencionó, después de este proceso los niños tienen que tomar medicamentos de por vida ya que al suspenderlos pueden provocar un rechazo del órgano y volver como al principio de la enfermedad, y por consiguiente con los mismos problemas ya conocidos.

Pastrana (1992), resalta que la IRC destaca sobre cualquier otro tipo de padecimiento por el efecto tan devastador que tiene en la calidad de vida del paciente; en este sentido, la relación madre-hijo y la adherencia terapéutica son factores primordiales para que el progreso de salud, en el niño, no se vea detenido en ninguna de las etapas de la enfermedad y dicha calidad no termine con el trasplante sino hasta lograr que el niño tenga una vida que se acerque más a lo normal en todos los aspectos.

Aunque la tendencia en este tipo de población es la del tipo de apego inseguro evitativo (con casos de inseguro ambivalente y desorganizado), no se puede negar que son tendencias que pueden influir, de un manera muy importante, en la enfermedad para que el niño no adquiera la responsabilidad de sus tratamientos médicos (porque la responsabilidad no sólo es de los padres de

familia), y genere con esto múltiples inconvenientes entre los cuales está el riesgo de muerte.

Por último, es importante señalar que independientemente del tipo de apego ó de relación madre-hijo que se presente en este tipo de pacientes, siempre va a existir la posibilidad del cambio para mejorar y sortear los difíciles caminos que representa una enfermedad crónica física ó mental (Bowby, 1989). En este aspecto, se puede mencionar que la posibilidad de ese cambio empieza con la primera demanda de atención médica ó psicológica y termina ó continua con el trabajo profesional de las personas dedicadas al bienestar de la salud y/o al trabajo inter y multidisciplinario.

Sugerencias y Limitaciones.

De acuerdo con los datos que nos proporcionó la presente investigación, sugerimos que para otros trabajos se tome siempre en cuenta que además de ver la importancia que tiene la atención de los niños para una personalidad sana; no se olvide que también existen múltiples factores que nos pueden ayudar a entender las causas y consecuencias de esa atención como por ejemplo las relaciones afectivas entre de las cuales está la de madre-hijo. Es decir, que al atender un fenómeno ayuda más tratarlo conjuntamente con todo lo que lo rodea y no de forma aislada. En este caso la relación madre-hijo como punto central en el niño y la relación madre-hijo en la madre, como factor importante para entender un poco mejor la primera.

En relación a la técnica de medición que aquí se utilizó, se sugiere para investigación similares ya que, aunque se ha utilizado poco, se observó cierta utilidad para la observación de la relación madre-hijo desde la teoría del apego. Lo anterior como resultado de la falta de instrumentos más objetivos y prácticos para este tipo de investigaciones.

Por otro lado podemos mencionar como limitaciones del presente trabajo el lugar de aplicación, la cual se realizó tratando siempre de encontrar las condiciones recomendadas; el tiempo de la misma, ya que debido a los constantes tratamientos que se les realizan a los niños, tenía que ser en el menor tiempo posible; y la etapa de la enfermedad, ya que es vivida por los miembros involucrados de manera diferente tanto en el diagnóstico como en la diálisis, hemodiálisis o el trasplante.

Por último, invitamos a todos las personas relacionadas con el trabajo sobre la salud física y mental del individuo, a dirigir más su atención a la investigación de este tipo de pacientes (enfermos crónicos), que no por ser población en menor número ni por las circunstancias en las que están, no se pueda considerar fructífera. Ya que con esto podemos intentar acercarnos cada vez más a un derecho que tiene cualquier ser humano viviente, sin importar su raza, condición

social, religión, status, etc., que es el de la calidad de vida. Si bien es un factor que día con día busca el hombre para su desarrollo, debería considerarse doblemente importante para todas aquellas personas que no tuvieron la fortuna de ser seres mental y físicamente "sanos".

ANEXO 1

Manual para evaluar el tipo de apego en el "Formato para calificar los dibujos de los niños". Elaborado por Asunción Lara y Marisa Fernández.
Dibujo de la figura humana y dibujo de la familia.

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Nivel de desarrollo

SEGURO. No ausencia de ítems esperados. Nivel adecuado ó superior a su edad.
INSEGURO EVITATIVO. Cualquier nivel, quizás sea significativo el discrepante (por ejemplo: le faltan esperados pero tiene excepcionales), pero como un rasgo evitativo.
INSEGURO AMBIVALENTE. Cualquier nivel, quizás sea significativo el discrepante (por ejemplo: le faltan esperados pero tiene excepcionales), cuando pueden detectarse elementos de ansiedad como inhibidores del desarrollo.
DESORGANIZADO. Puede ser normal, ó superior pero discrepante. Probable ausencia de ítems esperados y presencia de ítems excepcionales ó poco comunes en una figura que está desintegrada y/o desproporcionada. Figura monstruosa ó grotesca. Manos grandes.

Expresión emocional

Inseguridad

SEGURO. Ausente ó moderada.
INSEGURO EVITATIVO. Moderada ó excesiva.
INSEGURO AMBIVALENTE. Excesiva.
DESORGANIZADO. Excesiva.

Agresividad manifiesta

SEGURO. Ausente ó moderada.
INSEGURO EVITATIVO. Ausente ó moderada.
INSEGURO AMBIVALENTE. Moderada ó excesiva. Intento de control no efectivo.
DESORGANIZADO. Excesiva.

Agresividad encubierta

SEGURO. Ausente ó muy moderada.
INSEGURO EVITATIVO. Ausente ó excesiva.
INSEGURO AMBIVALENTE. Moderada ó excesiva.
DESORGANIZADO. Excesiva.

Expresión de afecto

SEGURO. Expresión facial tranquila y amistosa, brazos flexibles, proporcionados, figura integrada y proporcionada.

INSEGURO EVITATIVO. Ausente. Predominan signos de rigidez, tensión, mirada vacía y sonrisa forzada.

INSEGURO AMBIVALENTE. Ambivalencia en cuanto a la expresión que se nota por la presencia de indicadores contradictorios, es decir, inhibición muy marcados.

DESORGANIZADO. Predominan las figuras desintegradas y/o desproporcionadas ó bien existe una mezcla de las características del evitativo y del ambivalente en los demás indicadores emocionales.

Inhibición de la expresión del afecto

SEGURO. Ausente.

INSEGURO EVITATIVO. Moderada ó excesiva.

INSEGURO AMBIVALENTE. Ausente ó moderada.

DESORGANIZADO. Cualquiera quizás aparezcan indicadores, pero la agresión manifiesta es excesiva.

Demanda de afecto

SEGURO. Ausente ó algún elemento poco marcado.

INSEGURO EVITATIVO. Puede presentarse pero está encubierta.

INSEGURO AMBIVALENTE. Tendencia hacia la demanda de afectividad pero expresada de modo ambivalente ó junto con índices de inhibición.

DESORGANIZADO. Probablemente tendencia hacia la demanda de afecto expresada brutalmente.

Autoimagen

SEGURO. Adecuada, no sobrevalorada ni infravalorada.

INSEGURO EVITATIVO. Intento por dar una impresión adecuada por la que probablemente se presente sobrevalorada, aunque puede estar infravalorada. Se pueden presentar indicadores de evasión tales como mirada de terror, vacía ó de reojo con sonrisa forzada, figura de palitos, omisión de rasgos faciales y/o brazos, indicadores de tensión y rigidez.

INSEGURO AMBIVALENTE. Infravalorada ó sobrevalorada con severa ansiedad y agresión abierta ó encubierta mezcladas y evaluadas de moderada a intensas.

DESORGANIZADO. Infravalorada ó sobrevalorada.

Miscelánea

SEGURO. No deben aparecer indicadores.

INSEGURO EVITATIVO. Aparición de algún índice como inclusión de objetos, sombreado espeso.

INSEGURO AMBIVALENTE. Aparición del algún índice como inclusión de personas, sombreado espeso, objetos inacabados.

DESORGANIZADO. Énfasis en las zonas sexuales y probablemente la aparición de algún otro índice, como sombreado espeso, rayoneo, omisión del cuerpo, objetos inacabados, objetos irreales ó exceso de elementos decorativos agradables. Esto dentro de un conjunto que indica desintegración y/o desproporción.

Conclusión

SEGURO. Muestra un niño seguro de sí, capaz de expresar sus emociones y sus necesidades, capaz de entablar relaciones interpersonales afectivamente gratificantes.

INSEGURO EVITATIVO. Indica un niño inseguro, sólo, incapaz de expresar sus emociones, pero con apariencia de "buenas relaciones" ó de "buena autoimagen", incapaz de entablar relaciones afectivamente gratificantes. Buscar índices de rigidez. Intento por volverse emocionalmente autosuficiente, lo que se manifestaría como narcisismo.

INSEGURO AMBIVALENTE. El niño expresa ambivalencia ante la expresión de sus emociones y afectos. Presenta una mezcla de inseguridad incluyendo tristeza y temor, y de intimidad alternada con hostilidad, que a veces es sutil y a veces manifiesta.

DESORGANIZADO. Exageración de los rasgos presentes en los niños con apego inseguro de los dos tipos. Gran desorganización y caos. Impulsividad sin control, aunque hay un intento por controlar activamente la situación.

DIBUJO DE LA FAMILIA. (criterios para el niño y la madre)

Tamaño de todo el dibujo

SEGURO. Entre el 50% y 75%, quizás entre el 33% y 75%.

INSEGURO EVITATIVO. Menos del 25%, entre 25% y 35% más de 75%.

INSEGURO AMBIVALENTE. Menos de 25% ó más de 75%.

DESORGANIZADO. Menos de 20% ó más de 80%.

Colocación de todo el grupo

SEGURO. Diestro: centro, centro arriba, centro ligeramente abajo, cuadrante inferior izquierdo. Zurdo: puede cubrir los requisitos de un diestro porque se les fuerza a escribir y a dibujar de manera que su ejecución sea la de diestro.

INSEGURO EVITATIVO. En el centro, centro arriba, centro ligeramente abajo (ver para zurdos) pero muy pequeño. Orilla, esquina, abajo, derecha.

INSEGURO AMBIVALENTE. Centro arriba, centro abajo (ver para zurdos) pero muy pequeños. Orilla, esquina, abajo, derecha.

DESORGANIZADO. Centro arriba, centro abajo (ver para zurdos) pero muy pequeño. Orilla, esquina, abajo, derecha.

Orden

SEGURO. No puede haber orden caótico.

INSEGURO EVITATIVO. No orden caótico, el orden elegido es más bien rígido.

INSEGURO AMBIVALENTE. Normal ó con tendencia a ser caótico.

DESORGANIZADO. Caótico.

Distancias

SEGURO. Cercanía normal (cercanas ó se tocan naturalmente, no rígidamente), no aglutinados ó distantes.

INSEGURO EVITATIVO. Notable entre el dibujo del niño y de los demás, el niño está aislado, toda la familia dentro de la casa, el niño fuera ó al revés. Objetos entre el niño y la familia árboles, animales, objetos. Pueden estar cercanos pero otros indicadores sugieren que no pasa nada. El niño está ocupado en algo propio desentendiéndose de los demás.

INSEGURO AMBIVALENTE. Muy cercanos ó casi aglutinados ó con distancia de las posibles figuras de apego, objetos entre el niño y la familia, árboles, animales, objetos.

DESORGANIZADO. Muy cercanos, casi aglutinados ó muy distantes.

Subgrupos

SEGURO. El niño hace subgrupo preferentemente con: 1. La madre; 2. La madre y el padre; 3. El padre; 4. Hermano (a) mayor; 5. Abuelo (a).

INSEGURO EVITATIVO. Existen entre los demás miembros de la familia: todos, uno ó varios. El niño puede quedar aparte. En otro caso, no hay subgrupos, cada quien está por su lado. El niño se dibuja entre un miembro y la orilla del papel, con distancia entre éste miembro y él. Además la figura posible de apego puede estar más distante.

INSEGURO AMBIVALENTE. El niño exagera la relación con las figuras de apego agrupándose con ellos ó se presenta aislado y los otros formando subgrupos.

DESORGANIZADO. Es difícil precisar la existencia de subgrupos, ya sea porque todo el grupo está aglutinado ó porque hay gran distancia ó porque hay una mezcla de aglutinación y distancia y no se precisan grupos. Puede existir distancia excesiva entre el niño y algún miembro, particularmente con la figura de apego y aglutinación con otro miembro. Aglutinación de otros miembros (sobre todo padre y madre) y el niño con gran distancia entre ellos. Algún miembro, de preferencia la figura de apego, se recarga con el niño, ya sea por aglutinación o por una marcada inclinación, aún cuando estén distantes uno de otro (otros miembros dibujados entre ellos). El niño se dibuja encima del resto del grupo o arriba de la figura de apego.

Impresión general

SEGURO. La familia dibujada da la impresión de ser esencialmente feliz. Son dibujos agradables, dan la sensación de tranquilidad; dibujo humano, sólido, realista y firme; da la impresión de que el niño está listo para la interacción.

INSEGURO EVITATIVO. El dibujo parece un intento de representar a la familia (ó individuo) invulnerable y feliz, pero nada está pasando; impresión de aislamiento, soledad, falta de solidez; no fué hecho con tranquilidad y calma.

INSEGURO AMBIVALENTE. Hay un énfasis en la vulnerabilidad que se percibe por figuras parentales ó familiares inmensas, casi llenan la hoja, son avasalladoras ó figuras extremadamente pequeñas sobrepasadas por el espacio que las rodea; las características extremas pueden combinarse: figuras grandes-chicas, amontonadas-aisladas, etc.; predominan la ansiedad, la inseguridad y la hostilidad manifiesta y encubiertas mezcladas.

DESORGANIZADO. Dibujos siniestros ó por el contrario exageradamente agradables de tal modo que resulta irreal (meloso y cursi).

Arraigo y ubicación

SEGURO. Figuras bien plantadas sobre una superficie dibujada ó imaginada ó bien centradas.

INSEGURO EVITATIVO. En ocasiones son figuras flotantes, pueden estar bien plantadas pero no hay movimiento, nada está sucediendo; aunque sólidas dan la impresión de vacío.

INSEGURO EVITATIVO. Figuras ubicadas en la esquinas, muy arriba ó abajo, aplastadas por el espacio; figuras grandes que manifiestan vulnerabilidad.

DESORGANIZADO. El niño se dibuja encima de todas las figuras (las dibuja primero y al final él encima de todo el grupo: domina ó viceversa, lo abruma, lo aplasta). El niño se dibuja arriba de algún miembro, de preferencia la figura de apego (lo domina) ó por debajo (lo abruma). Figuras flotantes con grandes pies ó grandes apoyos; figura bien plantada con pies pequeños, grandes tacones ó piernas frágiles. Figura muy inclinada con gran apoyo y pies muy grandes y/o no marcados. Mezcla incongruente de características de apego evitativo y de apego ambivalente; figura débil, flotante, sin apoyo ó a quien el espacio invade. Figura bien integrada y plantada con elementos de irrealidad (objetos demasiados cercanos, absurdos ó escaso de elementos agradables).

Proximidad

SEGURO. Proximidad natural, no extrema entre las figuras, impresión de aceptación mutua, no están todas unidas en un solo grupo. Los brazos suelen estar relativamente abiertos, listos para abrazar aunque no siempre.

INSEGURO EVITATIVO. Si hay brazos no están en una postura adecuada para abrazar; las figuras no parecen estar afectadas unas por otras ó siquiera relacionadas; gran distancia ó niño solo.

INSEGURO AMBIVALENTE. Se enfatiza la proximidad, ya sea porque están extremadamente juntos, casi mezclados ó bien separados por barreras; sin embargo, puede haber brazos listos para abrazar.

DESORGANIZADO. Proximidad extrema como dominio, lejanía exagerada como dominio (del niño hacia la figura de apego); también puede ocurrir que el niño se sienta abrumado, aplastado por la figura de apego y/o se someta ó huya (inclinación contraria ó en la misma dirección para huir ó para que la figura de apego se lo recargue); cualquiera de estas posibilidades (dominio del niño ó sentirse aplastado) se puede dar con la figura del niño y la de apego cercanas ó lejanas (con otros miembros dibujados entre ellos ó con objetos entre ellos).

Calidad de la sonrisa

SEGURO. No todas las figuras tienen que estar sonriendo, los que sonríen lo hacen genuinamente y no de forma estereotipada.

INSEGURO EVITATIVO. Las sonrisas aparentan haber sido pintadas automáticamente y con frecuencia están presentes en todas las figuras.

INSEGURO AMBIVALENTE. La mayoría ó todas las figuras sonríen, de preferencia en forma ansiosa, ocultando temor ó tristeza (ojos tristes y sonrisa); línea recta en vez de U que representa la sonrisa.

DESORGANIZADO. Dientes, boca de una línea muy corta remarcada.

Individuación

SEGURO. Figuras individualizadas, diferentes unas de otras; relativamente sencillas pero individualizadas por algún rasgo.

INSEGURO AMBIVALENTE. Falta de individuación dando la impresión de que fueron dibujadas automáticamente.

INSEGURO AMBIVALENTE. Las figuras están relativamente individualizadas, en todas suele haber indicadores de ansiedad, inseguridad, temor, tristeza, hostilidad; pero los indicadores que le correspondan tienden a variar de una a otra figura.

DESORGANIZADO. Exageración en los rasgos de apego evitativo ó de apego ambivalente; ó bien una mezcla incongruente de las características de ambos. Individuación muy marcada del dibujo del niño indicando dominio sobre todo al grupo, de preferencia sobre la figura de apego.

Movimiento

SEGURO. Las figuras sugieren movimiento, no son rígidas ni dan sensación de estar restringidas.

INSEGURO EVITATIVO. Figuras dibujadas rígidas, tensas y sin movimiento; la inclinación del dibujo del niño va en sentido contrario a la inclinación (ó no inclinación) de la figura de apego ó incluso del resto de las figuras dibujadas (da la impresión de que el niño se retira).

INSEGURO AMBIVALENTE. El cuello suele tener un movimiento extraño en relación al resto del cuerpo ó de la cabeza, como si se moviera de un lado a otro. Hay inclinaciones acentuadas en las figuras, de manera que se ven como si unas se les fueran a echar encima a otras (ó lo hacen efectivamente cuando hay excesiva proximidad) ó bien parecen huir; particularmente se da entre el niño y la figura de apego. Movimientos bloqueados.

DESORGANIZADO. Exageración de las características de apego evitativo y de apego ambivalente; una mezcla incongruente de elementos de tipo evitativo y de tipo ambivalente; movimientos absurdos, excesivos.

Completud

SEGURO. Figuras completas: ojos, nariz, boca, manos, pies; también brazos y piernas.

INSEGURO EVITATIVO. Los brazos pueden estar ausentes en uno ó todos los miembros; tiende a haber omisiones de partes que indican relación y las omisiones se repiten en forma estereotipada en casi todas las figuras.

INSEGURO AMBIVALENTE. Énfasis y exageración de rasgos faciales (ojos y nariz); también pueden ser suaves y vulnerables.

DESORGANIZADO. Omisión de elementos esperados ó inclusión de elementos inesperados; demasiado agradables con elementos irreales y/o irracionales; ominosos e irracionales; objetos inacabados.

ANEXO 2

Formato de calificación de los dibujos. Elaborado por Asunción Lara y Marisa Fernández.

Edad del niño _____ Sexo _____

-Tamaño: medida _____

-Colocación:

- 1) centro _____ 2) cent. arriba _____ 3) cent. abajo _____ 4) cent. izquierda _____
5) cent. derecha _____
cuadrante superior: 6) izquierdo _____ 7) derecho _____
cuadrante inferior: 8) izquierdo _____ 9) derecho _____
esquina superior: 10) izquierda _____ 11) derecha _____
esquina inferior: 12) izquierda _____ 13) derecha _____
orillas: 14) sup. izq. _____ 15) sup. der. _____
16) inf. izq. _____ 17) inf. der. _____
18) der. arriba _____ 19) der. abajo _____
20) izq. arriba _____ 21) izq. abajo _____

-Inclinación: grados izq. _____ grados der. _____ apreciación _____

-Línea: 1) normal _____ 2) débil _____ 3) muy débil _____ 4) fuerte _____
5) muy fuerte _____

-Trazo: tamaño 1) normal _____ 2) largo _____ 3) corto _____
calidad 1) continuo _____ 2) discontinuo _____ 3) boceto _____ 4) cont. por reforz. _____

-Otros: 1) borrado excesivo _____ 2) sombreado excesivo _____
3) repaso excesivo _____ 4) segunda tentativa _____

-Simetría: 1) simetría excesiva _____ 2) asimetría excesiva _____

-Integración: 1) integrado _____ 2) pobre _____ 3) no integrado _____

-Desproporción en: 1) cabeza ___(+)_(-) 2) tronco ___(+)_(-)
3) brazos ___(+)_(-) 4) piernas ___(+)_(-) 5) pies ___(+)_(-)
6) dedos ___(+)_(-) 7) ojos ___(+)_(-) 8) boca ___(+)_(-) 9) nariz ___(+)_(-)
10) orejas ___(+)_(-) 11) pelo ___(+)_(-)

Nivel de desarrollo: 1) superior _____ 2) adecuado _____ 3) levemente inferior _____
4) muy inferior _____
1. Seg _____ 2. Inse. Evit. _____ Inse. Amb. _____ Des. _____

-Ítems que indican daño orgánico: 1) figura desintegrada _____
2) desproporción gruesa _____ 3) línea muy fuerte _____ 4) dedos como palos _____
5) Fig. inclinada _____ 6) omisión de brazo _____ 7) omisión de ítems esperados _____
8) grosera asimetría _____ 9) trazos muy largos _____ 10) trazos muy cortos _____
11) dientes _____ 12) Fig. grotesca _____ 13) transparencias _____ 14) segunda tentativa _____

- 15) cabeza desproporcionadamente grande ó pequeña___
- 16) calidad de línea que indica problema de coordinación___
- 17) Fig. muy pequeña ó muy grande___
- 18) líneas fuera de control (falla de control en el rayado)___

-Presencia de daño: 1) No___ 2) Leve___ 3) Severo___
 impresión clínica_____

-

INDICADORES EMOCIONALES

Palomear los casos en los que es muy intenso el indicador.

- Inseguridad: 1) Fig. pequeña___ 2) trazo discontinuo___ 3) línea débil___
 4) ausencia de apoyo (Fig. flotando)___ 5) demasiado apoyo___ 6) piernas frágiles___
 7) brazos frágiles___ 8) inclinación___ 9) colocación en las esquinas ó en orillas___
 10) Fig. sin rasgos faciales___ 11) borrados ó sombreados___
 12) omisión de ítems esperados___ 13) ojos y oídos remarcados___
 14) mirada de reojo___ 15) cabeza pequeña (1/10 del cuerpo)___ 16) omisión de boca___

-Agresividad

- Manifiesta: 1) sombreado de la cara___ 2) dientes___
 3) manos grandes (igual a mayor a la cara)___
 4) dedos remarcados en forma de garra___
 5) boca remarcada___ 6) tamaño muy grande___
 7) partes remarcadas con líneas fuertes___ 8) brazos largos (a la rodilla)___
 9) omisión de nariz___

- Encubierta: 1) Fig. pequeña___ 2) línea débil___ 3) rigidez (brazos en T)___
 4) tensión___ 5) ojos bizcos ó desviados___ 6) mirada de pánico con sonrisa forzada___
 7) mezcla incongruente de rasgos de inseguridad, agresión y ansiedad___
 8) brazos pegados al cuerpo (no hay espacio entre los brazos y en cuerpo)___

- Ansiedad: 1) sombreados de la cara 2) borrados___ 3) omisiones___
 4) repasos___ 5) línea débil___ 6) línea continua por reforzamiento (boceto)___
 7) Fig. pequeña___ 8) Fig. al borde de la hoja___ 9) Fig. abajo-izq. ___
 10) transparencias___ 11) falta de articulación distintas partes del cuerpo___
 12) nubes, lluvias ó pájaros volando___ 13) ausencia de rasgos faciales___
 14) omisión de nariz___ 15) omisión de piernas___ 16) omisión de boca___

-Expresión de afectos

- Expresión de afectividad: 1) expresión facial tranquila y amistosa___
 2) brazos flexibles y proporcionados___ 3) figura integrada y proporcionada___
 inhibición de expresión del afecto: 1) indicadores de trastornos psicósomáticos (brazos y piernas cortas, omisión de nariz y boca, nubes)___
 2) indicadores de tensión y rigidez___ 3) miradas vacías___
 4) brazos cortos (hasta la cintura)___ 5) brazos pegados al cuerpo___

6) piernas juntas (no hay espacio entre una y otra y en dibujos de perfil solo una pierna)___ 7) omisión de ojos___ 8) omisión de boca___
Demanda de afecto: 1) brazos largos y flacos___ 2) boca abierta___ 3) ombligos___
4) dibujo de una persona de menor edad que la suya___ 5) inclusión de figuras___

-Expresión emocional

Inseguridad: 1) ausente___ 2) moderada___ 3) excesiva___
¿Con cuantos índices lo evaluaste? ___pequeños ___intensos
Seg. ___ Ins. Ev. ___ Ins. Amb. ___ Desor. ___

Agresión abierta: 1) ausente___ 2) moderada___ 3) excesiva___
¿Con cuantos índices lo evaluaste? ___pequeños ___intensos
Seg. ___ Ins. Ev. ___ Ins. Amb. ___ Desor. ___

Agresión encubierta: 1) ausente___ 2) moderada___ 3) excesiva___
¿Con cuantos índices lo evaluaste? ___pequeños ___intensos
Seg. ___ Ins. Ev. ___ Ins. Amb. ___ Desor. ___

Ansiedad manifiesta: 1) ausente___ 2) moderada___ 3) excesiva___
¿Con cuantos índices lo evaluaste? ___pequeños ___intensos
Seg. ___ Ins. Ev. ___ Ins. Amb. ___ Desor. ___

Expresión de afectividad: 1) ausente___ 2) moderada___ 3) excesiva___
¿Con cuantos índices lo evaluaste? ___pequeños ___intensos
Seg. ___ Ins. Ev. ___ Ins. Amb. ___ Desor. ___

Inhibición de la expresión: 1) ausente___ 2) moderada___ 3) excesiva___
¿Con cuantos índices lo evaluaste? ___pequeños ___intensos
Seg. ___ Ins. Ev. ___ Ins. Amb. ___ Desor. ___

Demanda de afecto: 1) ausente___ 2) moderada___ 3) excesiva___
¿Con cuantos índices lo evaluaste? ___pequeños ___intensos
Seg. ___ Ins. Ev. ___ Ins. Amb. ___ Desor. ___

Autoconcepto: Figura grotesca (monstruo)___ Sombreado cara ___
1) adecuado___ 2) sobrevalorado___ 3) infravalorado___
Seg. ___ Ins. Ev. ___ Ins. Amb. ___ Desor. ___

-Miscelánea:

- 1) Genitales presentes _____
- 2) Inclusión de personas _____
- 3) Inclusión de objetos _____
- 4) Sombreado espeso _____
- 5) Omisión de cuerpo _____
- 6) Objetos inacabados _____
- 7) Otros _____

Seg. ___ Ins. Ev. ___ Ins. Amb. ___ Desor. ___

-Integración:

Seg. _____ Ins. Ev. _____ Ins. Amb. _____ Desor. _____

DIBUJO DE LA FAMILIA

-Tamaño de todo el dibujo: 1) 75% ó más _____ 2) entre 50% y 74% _____
3) entre 25% y 49% _____ 4) menos de 24% _____
Seg. _____ Ins. Ev. _____ Ins. Amb. _____ Desor. _____

-Colocación de todo el grupo: 1) centro _____ 2) cent. arriba _____ 3) cent. abajo _____
4) cent. izq. _____ 5) cent. Der. _____
cuadrante superior: 6) izquierdo _____ 7) derecho _____
cuadrante inferior: 8) izquierdo _____ 9) derecho _____
esquina superior: 10) izquierda _____ 11) derecha _____
esquina inferior: 12) izquierda _____ 13) derecha _____
orillas: 14) sup. der. _____ 15) sup. izq. _____
16) inf. der. _____ 17) inf. izq. _____
18) der. arriba _____ 19) der. abajo _____
20) izq. arriba _____ 21) izq. abajo _____ 22) toda la hoja _____

Seg. _____ Ins. Ev. _____ Ins. Amb. _____ Desor. _____

-Orden del dibujo: 1) caótico _____ 2) ordenado _____ 3) rígido _____
Seg. _____ Ins. Ev. _____ Ins. Amb. _____ Desor. _____

-Distancia: 1) cercanos ó se tocan _____ 2) aglutinados _____ 3) distantes _____
Seg. _____ Ins. Ev. _____ Ins. Amb. _____ Desor. _____

-Subgrupos:

Si hay, cuantos y quién los integra _____

Seg. _____ Ins. Ev. _____ Ins. Amb. _____ Desor. _____

¿El niño se dibujó entre? 1) _____ y 2) _____

¿De quién más cerca? _____

¿De quién más lejos? _____

-Omisión de algún miembro de la familia 1) Si _____ 2) No _____ ¿quién? _____

-Impresión general del dibujo:

Seguro _____ Inseguro evitativo _____ Inseguro ambivalente _____ Desorganizado _____

-Arraigo y ubicación:

Seguro _____ Inseguro evitativo _____ Inseguro ambivalente _____ Desorganizado _____

-Proximidad:

Seguro___ Inseguro evitativo___ Inseguro ambivalente___ Desorganizado___

-Calidad de la sonrisa:

Seguro___ Inseguro evitativo___ Inseguro ambivalente___ Desorganizado___

-Individuación:

Seguro___ Inseguro evitativo___ Inseguro ambivalente___ Desorganizado___

-Movimiento:

Seguro___ Inseguro evitativo___ Inseguro ambivalente___ Desorganizado___

-Compleitud:

Seguro___ Inseguro evitativo___ Inseguro ambivalente___ Desorganizado___

ANEXO 3

Cuestionario para las madres. Elaborado por Asunción Lara y Marisa Fernández.

-Nombre de la entrevistada _____

-Nombre del niño _____

1. Datos Generales:

- 1) ¿Me podría decir cuántos años cumplidos tiene usted? _____
- 2) ¿Cuál es su estado civil? 1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre
- 3) ¿Ha tenido parejas anteriores, ya sea casada ó en unión libre? 1. Si _____ 2. No _____
- 4) ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con su pareja actual? _____ años
- 5) ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndola a usted? _____ personas
- 6) ¿ qué son de usted las personas que viven en ésta casa? (anote el número de parientes)
1 _____ esposo/compañero 6 _____ hijos
2 _____ padre 7 _____ hermanos, hermanas, cuñados, concuños
3 _____ madre 8 _____ sobrinos
4 _____ suegro/suegra 9 _____ abuela y/o abuelo
5 _____ hijas 10 _____ otro _____

-¿Cuántas de las personas que viven en su hogar, aportan dinero para el mantenimiento ó sostén de la casa? _____

-¿Quién aporta mayor cantidad de dinero para el sostén del hogar? (marque solo uno, sólo en el caso de que dos personas aporten igual, marque dos opciones)

- 1 _____ yo 5 _____ hermano
- 2 _____ esposo ó compañero 6 _____ hermana
- 3 _____ padre ó suegro 7 _____ hijo ó hija
- 4 _____ madre ó suegra 8 _____ otro (especifique) _____

-Sumando todos los ingresos de las personas que viven en su hogar, la cantidad mensual es \$ _____

-Sin contar la cocina y el baño, ¿Cuántos cuartos tiene su casa? _____

Escolaridad y Ocupación:

-¿Cuál fue el último nivel escolar que aprobó su pareja en la escuela, aunque no lo haya completado?

1. Primaria _____
2. Secundaria ó prevocacional _____
3. Preparatoria, vocacional, normal, carrera técnica _____
ó nivel técnico de enfermería _____
4. Profesional ó normal superior _____
5. Posgrado, maestría ó doctorado _____
6. Carrera técnica después de la primaria _____
7. No sabe / no contestó _____

-¿Cuál fué el último nivel escolar que aprobó usted en la escuela, aunque no lo haya completado?

1. Primaria _____
2. Secundaria ó prevocacional _____
3. Preparatoria, vocacional, normal, carrera técnica
ó nivel técnico de enfermería _____
4. Profesional ó normal superior _____
5. Posgrado, maestría ó doctorado _____
6. Carrera técnica después de la primaria _____
7. No sabe / no contestó _____

-¿En la actualidad está usted estudiando? 1. Si___ 2. No___
¿Qué? _____

-¿Cuál es la principal ocupación de su pareja, que hace ó que actividades principales realiza?

Ocupación: _____
Actividades que realiza: _____

-¿Ha trabajado usted alguna vez por algún pago ó salario? 1. Si___ 2. No___
(Si la respuesta a la pregunta anterior fué si), ¿Cuál era su ocupación, que hacia ó qué actividades principales realizaba?

Ocupación: _____
Actividades que realizaba _____

-¿Hace cuántos años dejó usted de trabajar? _____ años

-¿Cuál fué la razón principal por la que dejó de trabajar ó por la que nunca ha trabajado?

-Quiero que me diga si hay otras razones que también sean importantes por las que usted no está trabajando ó no ha trabajado. _____

-Si tuviera que trabajar, ¿Con quién ó donde preferiría dejar a sus hijos?

Con _____ que es:

1. Un familiar que vive en la casa
2. Un familiar que no vive en la casa
3. Un no familiar que vive en la casa
4. Un no familiar que no vive en la casa
5. En la guardería
6. Se quedarían solos
7. Se los llevaría con usted
8. Se los llevaría su pareja
9. otro _____

-Actualmente, ¿Desea usted trabajar para recibir un pago ó salario? 1. Si___ 2. No___

-¿Ha buscado trabajo recientemente? 1. Si___ 2. No___

Conflicto de roles

Muchas mujeres que no están empleadas se sienten a gusto, mientras que otras sienten conflicto porque les gustaría hacerlo:

¿En los últimos seis meses...

	nunca	a veces	muy seguido	siempre
	0	1	2	3
1. ha sentido que le gustaría trabajar, pero siente que su responsabilidad es cuidar a sus hijos?	_____	_____	_____	_____
2. se ha preocupado porque siente que al no trabajar no se está desarrollando en otros aspectos?	_____	_____	_____	_____
3. ha pensado que si sus hijos estuvieran bien cuidados, saldría a trabajar?	_____	_____	_____	_____
4. ha pensado que si su esposo (ó pareja) la dejara trabajar, lo haría?	_____	_____	_____	_____
5. ha sentido que le gustaría trabajar porque se siente aburrida ó fastidiada de sólo dedicarse a su casa?	_____	_____	_____	_____

Rol de madre

Le voy a preguntar ahora sobre cómo se ha sentido como mamá:

¿En los últimos seis meses...

	nunca	a veces	muy seguido	siempre
	0	1	2	3
1. ha sentido que sus hijos son su mayor alegría?	_____	_____	_____	_____
2. ha sentido que ser madre es una tarea gratificante?	_____	_____	_____	_____
3. ha pensado que ser madre es la mejor manera en que una mujer puede realizarse?	_____	_____	_____	_____
4. ha sentido que sus hijos traen más problemas que alegrías?	_____	_____	_____	_____
5. ha pensado que una casa sin hijos es una casa vacía?	_____	_____	_____	_____
6. ha pensado que los hijos esclavizan, quitan libertad y absorben todo el tiempo de la madre?	_____	_____	_____	_____

Tensión materna

Ahora en relación a las tensiones que usted siente en cuanto a sus hijos, (si la respuesta es "7" pase a la siguiente pregunta, de lo contrario continúe con esa).

Que tanto le ha tensionado, disgustado, preocupado ó enojado ésto:

¿En los últimos seis meses...	No	Si	nada 0	muy poco 1	medianamen 2	mucho 3
1. se ha sentido llena de responsabilidades?	7	—	—	—	—	—
2. ha sentido que la tarea de educar a los hijos es muy difícil y problemática?	7	—	—	—	—	—
3. ha sentido que sus hijos hacen demandas que usted no puede posponer?	7	—	—	—	—	—
4. se le han complicado mucho las cosas y se ha preocupado porque se haya enfermado alguno de sus hijos	7	—	—	—	—	—
5. se le ha hecho difícil sacar el tiempo para llevarlos a sus vacunas ó revisiones médicas?	7	—	—	—	—	—
6. se le ha hecho difícil sacar el tiempo para asistir a la guardería ó escuela para enterarse de avisos, problemas ó inscribirlos?	7	—	—	—	—	—
7. se ha sentido harta y poco paciente con los niños porque pasa demasiado tiempo con ellos?	7	—	—	—	—	—
8. ha sentido que está aislada y necesita mayor contacto con otras mujeres (de su familia ó amigas) para que pueda platicar?	7	—	—	—	—	—

Tensiones con la pareja

Las siguientes preguntas están encaminadas a saber cómo se siente con su pareja, quisiera que me dijera que tanto le ha tensionado, disgustado, preocupado ó enojado ésto:

¿En los últimos seis meses...	No	Si	nada 0	muy poco 1	medianamen 2	mucho 3
1. ha sentido que no puede comportarse tal y como es, cuando está con su esposo/pareja por temor a que la critique ó moleste?	7	—	—	—	—	—
2. se ha sentido apreciada por su esposo ó pareja?	7	—	—	—	—	—
3. ha sentido que usted cumple más sus deseos que él los suyos?	7	—	—	—	—	—
4. ha sentido que él siempre se sale con la						

suya?	7	___	___	___	___	___
5. ha cumplido su esposo/pareja con "pasar el gasto"?	___	7	___	___	___	___
6. ha gastado su esposo/pareja su dinero en cosas necesarias?	___	7	___	___	___	___
7. ha sido un buen compañero sexual?	___	7	___	___	___	___
8. ha sentido que él la apoya en las tareas de la casa tanto como usted quisiera?	___	7	___	___	___	___
9. ha sentido que él la comprende?	___	7	___	___	___	___
10. ha bebido él en exceso?	7	___	___	___	___	___
11. se ha comportado de manera violenta?	7	___	___	___	___	___
12. ha sentido que por sus responsabilidades de ama de casa y madre, tiene poco tiempo para comunicarse con su pareja?	7	___	___	___	___	___
13. ha sentido que su pareja entiende sus responsabilidades como madre y ama de casa y la apoya de alguna manera?	___	7	___	___	___	___

Satisfacción con el apoyo

1. ¿Quién la ayuda más en las tareas de la casa? _____ que es:

1. Nadie
2. Un familiar que vive en la casa
3. Un familiar que no vive en la casa
4. Un no familiar que vive en la casa
5. Un no familiar que no vive en la casa
6. La guardería
7. Otro _____

2. ¿Quién la ayuda más en el cuidado de los niños? _____ que es:

1. Nadie
2. Un familiar que vive en la casa
3. Un familiar que no vive en la casa
4. Un no familiar que vive en la casa
5. Un no familiar que no vive en la casa
6. La guardería
7. Otro _____

Ahora quisiera preguntarle:

Cuando considera toda la ayuda que recibe en el cuidado de los niños y en el quehacer de las casa, ya sea por parte de un familiar, una sirvienta, la guardería, vecinas, amigas, etc., se siente usted...

1. Que no está nada satisfecha
2. Que está medianamente satisfecha
3. Que está satisfecha
4. Que está muy satisfecha con la ayuda que recibe

Tensiones personales

Ahora, con respecto a usted misma, quisiera que me dijera qué tanto le ha tensionado, disgustado, preocupado ó enojado ésto:

¿En los últimos seis meses...	No	Si	nada	muy poco	medianamen	mucho
			0	1	2	3
1. ha tenido tiempo para dedicarlo a usted?	___	7	___	___	___	___
2. ha dedicado los domingos ó días festivos a hacer labores de hogar?	7	___	___	___	___	___
3. al sumar las horas y la carga de trabajo de su casa, ¿ha sentido que trabaja demasiado?	7	___	___	___	___	___

Depresión

Las siguientes preguntas se relacionan con sus sentimientos hacia diferentes situaciones. A continuación le voy a leer una lista de descripciones de cómo algunas personas se comportan ó se sienten en algunas ocasiones. Me puede hacer el favor de decirme con qué frecuencia se ha sentido ó comportado de ésta manera, ésta semana que pasó?

	nunca ó casi nunca	ocasional- mente	casi siem- pre o todo el tiempo
1. Le molestaron muchas cosas que generalmente no le molestan	___	___	___
2. no tenía hambre (no tenía mucho apetito)	___	___	___
3. Se sentía tan desanimada que ni su familia ni sus amigas la podían aliviar	___	___	___
4. Se sintió tan buena como los demás	___	___	___
5. Tenía problemas prestando atención a lo que estaba haciendo	___	___	___
6. Se sentía deprimida	___	___	___
7. Sintió que todo lo que hacia le costaba esfuerzo	___	___	___

- | | | | |
|--|-------|-------|-------|
| 8. Se sintió con esperanza acerca del futuro | _____ | _____ | _____ |
| 9. Pensó que su vida había sido un fracaso | _____ | _____ | _____ |
| 10. Sintió miedo | _____ | _____ | _____ |
| 11. Su sueño era inquieto (dormía inquieta) | _____ | _____ | _____ |
| 12. Usted estaba feliz | _____ | _____ | _____ |
| 13. Platicó menos de lo normal | _____ | _____ | _____ |
| 14. Usted se sintió sola | _____ | _____ | _____ |
| 15. La gente no era amistosa con usted | _____ | _____ | _____ |
| 16. Disfrutó de la vida | _____ | _____ | _____ |
| 17. Lloraba a ratos | _____ | _____ | _____ |
| 18. Se sintió triste | _____ | _____ | _____ |
| 19. Sintió que le cala bien a todos | _____ | _____ | _____ |
| 20. No pudo animarse a hacer nada | _____ | _____ | _____ |

Período depresivo

Ahora dígame:

1. Durante su vida ¿Alguna vez ha tenido dos semanas ó más en las que se sintió triste, melancólica, deprimida ó perdió todo el interés y el gusto en cosas que normalmente le interesaban ó agradaban?

1. Sí _____ 2. No _____ (si no, pasar a somatización)

Si la respuesta a la pregunta anterior fué sí:

2. ¿Ha tenido más de una temporada en la que se sentía deprimida y tenía alguno de los siguientes problemas al mismo tiempo como: pérdida de apetito ó pérdida de interés sexual, dificultad para concentrarse ó pensamientos sobre la muerte?

1. Sí _____ 2. No _____

3. Si la respuesta a la pregunta anterior fué sí indique cuántas veces _____

4. Ocurrió esto:

- a. Antes de que naciera _____ (su hijo (a) que ahora estamos evaluando
 b. En el primer año de vida de _____ que se llama: _____)
 c. Del 2o al 5o año de vida de _____

d. En los últimos seis meses _____

Somatización

A continuación le voy a leer una lista de problemas con los que a veces se enfrenta la gente. Por favor ponga atención y dígame si es que ha tenido este problema en ésta semana que pasó (incluyendo el día de hoy) y qué tanto le ha molestado ó angustiado.

	nada ó en absoluto	un poco	moderada-mente	bastante	extrema-mente
1. Dolores de cabeza	_____	_____	_____	_____	_____
2. Debilidad ó mareos	_____	_____	_____	_____	_____
3. Dolores en el corazón ó el pecho	_____	_____	_____	_____	_____
4. Dolores en la parte baja de la espalda	_____	_____	_____	_____	_____
5. Náuseas ó estómago revuelto	_____	_____	_____	_____	_____
6. Dolor muscular	_____	_____	_____	_____	_____
7. Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____	_____
8. Ataque de calor ó frío	_____	_____	_____	_____	_____
9. Estremecimiento u hormigueo en partes del cuerpo	_____	_____	_____	_____	_____
10. Sensación de peso en brazos o piernas	_____	_____	_____	_____	_____

Cuestionario sobre el niño a ser evaluado

(Esta sección del estudio, aunque tiene una parte de preguntas cerradas, incluye también una serie de preguntas abiertas en las que se pretende dar mayor flexibilidad en el procedimiento de aplicación).

En ésta ocasión le voy a preguntar sobre sus hijos:

1. ¿Cuántos hijos tiene? _____
2. ¿Cuántos hijos planeó tener? _____
3. ¿Tuvo a sus hijos cuando quiso? 1. Sí___ 2. No___ 3. A algunos___
4. ¿Se encuentra actualmente embarazada? 1. Si___ 2. No___

Ahora, quiero que de los hijos que viven con usted, me diga del menor al mayor sus nombres, edad y sexo; y su relación con él ó con ella.

Utilice el cuadro de abajo para anotar los siguientes datos:

¿Cómo se llama?, ¿Cuántos años ó meses cumplidos tiene?, ¿Es niño ó niña? ; su relación con él (ella).

Nombre	Edad	Sexo		¿podría describirme cómo es su relación con él ó ella
		mujer (1)	varón (2)	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Entonces, el nombre del niño(a) que vamos a evaluar es _____, que del mayor al menor es el núm. _____ de la familia y tiene _____ años.

Datos generales del niño

1. La pareja con quién vive usted es el papá de _____ 1. Sí ___ 2. No ___

2. ¿Cómo se lleva _____ con su pareja? _____

3. ¿En los últimos seis meses han habido eventos en la familia tales como muerte de un familiar cercano, despido, enfermedad grave ó accidente?

1. Sí ___ 2. No ___ Si contestó sí, especifique _____

Desarrollo

1. En relación a _____ ¿Tuvo usted un embarazo normal?

1. Sí ___ 2. No ___ Si contestó no, especifique _____

2. En relación a _____ ¿Tuvo usted un parto normal?

1. Sí ___ 2. No ___ Si contestó no, especifique _____

3. Siente que _____ se sentó, se paró y caminó a la misma edad que la mayoría de los niños?

1. Sí ___ 2. No ___ Si contestó no, especifique _____

4. Con respecto a las vacunas que ha recibido _____ están han sido

1. Completas___ 2. Incompletas___ 3. Ninguna___ 4. Se desconoce___

5. ¿Ha tenido_____algún accidente que requiera de asistencia médica?

1. Sí___ 2. No___ Si contestó sí, especifique_____

6. ¿Ha sido operado_____alguna vez?

1. Sí___ 2. No___ Si contestó sí, especifique_____

Cuidado del niño

1. Durante los primeros seis meses de vida de_____, ¿Quién lo cuidó la mayor parte del tiempo?

_____ que es... (Especifique quién)

1. Usted
2. Un familiar que vive en la casa
3. Un familiar que no vive en la casa
4. Un no familiar que vive en la casa
5. Un no familiar que no vive en la casa
6. Lo llevó a la guardería
7. Se quedó solo
8. Se lo llevaba con usted
9. Se lo llevaba su pareja
10. Otro_____

2. ¿Quién cuidó la mayor parte del tiempo a_____de los 6 meses al año de edad?
_____ que es...

1. Usted
2. Un familiar que vive en la casa
3. Un familiar que no vive en la casa
4. Un no familiar que vive en la casa
5. Un no familiar que no vive en la casa
6. Lo llevó a la guardería
7. Se quedó solo
8. Se lo llevaba con usted
9. Se lo llevaba su pareja
10. Otro_____

3. ¿Quién cuidó la mayor parte del tiempo a_____del año a los 2 años de edad?
_____ que es...

1. Usted
2. Un familiar que vive en la casa
3. Un familiar que no vive en la casa
4. Un no familiar que vive en la casa
5. Un no familiar que no vive en la casa

6. Lo llevó a la guardería
7. Se quedó solo
8. Se lo llevaba con usted
9. Se lo llevaba su pareja
10. Otro_____

4. ¿Quién cuidó la mayor parte del tiempo a _____ de los 2 a los 3 años de edad?
_____ que es...

1. Usted
2. Un familiar que vive en la casa
3. Un familiar que no vive en la casa
4. Un no familiar que vive en la casa
5. Un no familiar que no vive en la casa
6. Lo llevó a la guardería
7. Se quedó solo
8. Se lo llevaba con usted
9. Se lo llevaba su pareja
10. Otro_____

5. ¿Quién cuidó la mayor parte del tiempo a _____ de los 3 a los 4 años de edad?
_____ que es...

1. Usted
2. Un familiar que vive en la casa
3. Un familiar que no vive en la casa
4. Un no familiar que vive en la casa
5. Un no familiar que no vive en la casa
6. Lo llevó a la guardería
7. Se quedó solo
8. Se lo llevaba con usted
9. Se lo llevaba su pareja
10. Otro_____

6. ¿Quién cuidó la mayor parte del tiempo a _____ de los 4 a los 5 años de edad?
_____ que es...

1. Usted
2. Un familiar que vive en la casa
3. Un familiar que no vive en la casa
4. Un no familiar que vive en la casa
5. Un no familiar que no vive en la casa
6. Lo llevó a la guardería
7. Se quedó solo
8. Se lo llevaba con usted
9. Se lo llevaba su pareja
10. Otro_____

7. ¿Quién cuidó la mayor parte del tiempo a _____ de los 5 a los 6 años de edad?

_____ que es...

1. Usted
2. Un familiar que vive en la casa
3. Un familiar que no vive en la casa
4. Un no familiar que vive en la casa
5. Un no familiar que no vive en la casa
6. Lo llevó a la guardería
7. Se quedó solo
8. Se lo llevaba con usted
9. Se lo llevaba su pareja
10. Otro _____

8. Ha habido separaciones entre usted y _____ que hayan durado más de una semana?

1. Sí _____ 2. No _____ (Si no, pasar a la pregunta 11)

9. ¿Cómo la ha recibido _____ después de esas separaciones? _____

10. Si _____ está cansado ó se siente mal, a quién busca para que lo conforte? _____

11. ¿Con quién de las demás personas que lo cuidan (en su casa ó fuera de ella), está _____ más contento? _____

Le voy a presentar ahora algunos ejemplos de situaciones comunes para las madres en relación a sus hijos de 5 ó 6 años y quiero que me diga, primero, cómo cree que se debería de actuar en cada situación y, segundo, como ya sabemos que es difícil actuar siempre como creemos que se debe, ya sea por cansancio, prisas u otras razones, quiero que me diga qué es lo que hace con mayor frecuencia.

1. Vamos a suponer que se encuentra usted reunida con sus amigas platicando y, después de un rato, su hijo (a) comienza a mostrarse inquieto, se mueve mucho, camina sin parar por la casa, empieza a tocar todas las cosas y comienza a lloriquear.

a) ¿Qué cree que se debería hacer?

b) ¿Qué es lo que usted hace con mayor frecuencia? _____

2. Un día llega al kinder ó a la escuela de su hijo (a) después de haber tenido mucho trabajo todo el día y la maestra le informa que su niño (a) ha estado callado, poco participativo y no ha querido comer nada; le informan que el médico indica que no está enfermo.

a) ¿Qué cree que se debería hacer?

b) ¿Qué es lo que usted hace con mayor frecuencia? _____

3. De un tiempo para acá su hijo (a) está muy "encimoso"; trata de estar todo el tiempo pegado a usted cuando está haciendo su quehacer, cuando camina; si está sentada trata de subirse a sus piernas.

- a) ¿Qué cree que se debería hacer?
b) ¿Qué es lo que usted hace con mayor frecuencia?
4. Después de haberle advertido a su hijo (a) que no juegue con ciertos objetos que son valiosos, un día rompe uno de ellos.
a) ¿Qué cree que se debería hacer?
b) ¿Qué es lo que usted hace con mayor frecuencia?
5. Un día su hijo (a) que hace tiempo que avisa, se orina en los calzones.
a) ¿Qué cree que se debería hacer?
b) ¿Qué es lo que usted hace con mayor frecuencia?
6. Suponga que tuvo un día muy pesado, son las ocho de la noche y su hijo (a) quiere jugar con usted.
a) ¿Qué cree que se debería hacer?
b) ¿Qué es lo que usted hace con mayor frecuencia?
7. Imagínese que el hijo (a) de su vecina se cae y lastima levemente la rodilla, ella se encuentra muy ocupada en la cocina y el niño le pide que lo cure, ella le dice que al rato y al llegar el final del día, cuando el niño (a) ya está dormido (a), se acuerda que no le curó la rodilla.
a) ¿Qué cree que se debería hacer?
b) ¿Qué es lo que usted hace con mayor frecuencia?
8. Si su hijo (a) se queja de dolor de estómago.
a) ¿Qué cree que se debería hacer?
b) ¿Qué es lo que usted hace con mayor frecuencia?
9. Si su hijo (a) regresa de la escuela con una estrella en la frente.
a) ¿Qué cree que se debería hacer?
b) ¿Qué es lo que usted hace con mayor frecuencia?
10. Si usted siempre le ha pedido a su hijo (a) que recoja sus juguetes antes de salir y un día que usted tiene prisa y él (ella) los está recogiendo.
a) ¿Qué cree que se debería hacer?
b) ¿Qué es lo que usted hace con mayor frecuencia?

BIBLIOGRAFIA

Blum-Gordillo, B., Gordillo, G., Eustace, R. y Robles de Fabre, T. (1984) The psychological impact of uremia on socially handicapped children. En: Brohdel, J., Enrich, J. H. H., eds.: Pediatric Nephrology, Berlin Springer Verlag, 192-195.

Blum-Gordillo, B., Gordillo, G., Mora, A. y Genchi, J. (1989) La comunidad asistencial. Una alternativa para el tratamiento y rehabilitación del niño con enfermedad crónica. Revista de análisis grupal. Asociación mexicana de psicoterapia analítica de grupo, 6 (4), 3.

Blum-Gordillo, B. y Gordillo, G. (1989) Problemática psicosocial del niño con enfermedad crónica. Boletín médico, Hospital infantil de México, (46), 352.

Blum-Gordillo, B., Gordillo, G., Robles de Fabre, T. y Huazo, C. (1982) Fantasías de muerte en un grupo de niños urémicos. Boletín médico. Hospital infantil de México, (39), 187.

Blum-Gordillo, B. (1993) Una historia demasiado humana: pobreza, migración, enfermedad terminal. En: Maldonado, I., ed. Familias: una historia siempre nueva. M. A. Porrúa. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades (UNAM), 133-170.

Blum-Gordillo, B., Gordillo, G. y Valderrama, A.: Aspectos psicosociales del trasplante renal en niños. Asociación mexicana de psiquiatría infantil, Monografía, 7__(151-156).

Bolio, E. (1984) Relaciones entre padres e hijos: preferencias y rechazos. México: Trillas.

Bowlby, J. (1972) Cuidado maternal y amor. México: Fondo de cultura económica.

Bowlby, J. (1993) El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1980) La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1976) La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1989) Una base segura, aplicaciones clínicas de la teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1986) Vínculos afectivos. Formación desarrollo y pérdida. España: Morata.

Burlingham, D. y Freud, A. (1976) Niños sin familia. México: Planeta mexicana.

Collin, G. (1974) Compendio de psicología infantil. Buenos Aires: Kapelusk.

Córdoba, A. (1995) Distribución del tipo de apego infantil en un grupo mexicano. Tesis de doctorado, Universidad Iberoamericana.

García, M. T. (1992) Pauta de apego en niños con trastorno de lenguaje. Tesis de maestría, U.N.A.M.

González, L. (1979) Algunos aspectos intelectuales y emocionales del niño con insuficiencia renal crónica. Tesis de licenciatura, U.N.A.M.

Gordillo, G. (1996) Nefrología pediátrica. España: Mosby.

Gordon, T. (1977) PET. Padres eficaz y técnicamente preparados. México: Diana.

Huazo, M. del C. (1983) Imagen corporal en el niño urémico. Tesis de licenciatura, U.N.A.M.

Kaye, K. (1982) La vida mental y social del bebé. España: Paidós.

Kóppitz, E. (1984) El dibujo de la figura humana en los niños. Buenos Aires: Guadalupe.

Korsch, M., Fine, N., Grushkin, M. and Negrete, F. (1971) Experiences with children and their families during extended hemodialysis and kidney transplantation. The Pediatric Clinics of North America, 18, 625-637.

Lara, M. A., Acevedo, M. y López, E. K. (1994) La conducta de apego en niños de cinco y seis años: influencia de la ocupación materna fuera del hogar. Revista Latinoamericana de Psicología, 26 (2), 283-313.

Lara, M. A., García-Hubard, M. T. y Acevedo, M. (1995) Características psicológicas de niños y niñas: percepción de sí mismos y de sus familias. Boletín Médico, Hospital Infantil de México, (52), 11.

Lebovici, S. (1995) La psicopatología del bebé. México: Siglo XXI.

Malher, S., Pine, F. y Bergman, A. (1975) El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación. Buenos Aires: Marymar.

Nágera, H. (1978) Children reactions to hospitalitation and illness. Child Psychiatry and human development, 9 (1), 3-20.

Ortega, S. (1994) Influencia de los estilos de crianza maternos en el autoconcepto del niño. Tesis de maestría, U.N.A.M.

Pastrana, C. (1992) Factores emocionales asociados al proceso de trasplante renal. Tesis de licenciatura, Universidad Iberoamericana.

Petrillo, M. (1975) Cuidado emocional del niño hospitalizado. México: La prensa médica mexicana.

Puente-Silva, F. (1985) Adherencia terapéutica: implicaciones para México. México: Federico G. Puente-Silva.

Rivera, N. (1986) Estudio de las relaciones madre-hijo en niños con eczema infantil mediante el uso del perfil materno de N-Bayley. Tesis de maestría, U.N.A.M.

Ross, P. (1981) El papel del padre. Madrid: Morata.

Rutter, M. (1990) La deprivación materna. Madrid: Morata.

Sánchez, J. C. (1996) El autoconcepto del adolescente con trasplante renal. Tesis de licenciatura, U.N.A.M.

Schaffer, R. (1977) Ser madre. Madrid: Morata.

Spitz, R. (1996) El primer año de vida del niño. México: Fondo de cultura económica.

Stern, D. (1978) La primera relación: madre-hijo. Madrid: Morata.

Tellez, G. (1995) Análisis comparativo de corte descriptivo de las características de la interacción madre-hijo entre madres con historia de abuso físico y madres sin historia de abuso. Tesis de licenciatura, U.N.A.M.