

01965

1202



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

Facultad de Psicología

"ESTUDIO DE LAS RELACIONES MADRE-HIJO EN NIÑOS CON
ECZEMA INFANTIL MEDIANTE EL USO DEL PERFIL MATERNO DE
N. BAYLEY".

TESIS DE POST - GRADO

Que para obtener el título de
MAESTRA EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a

NORMA RIVERA CARREÑO

Director de Tesis: Dra. Raquel Radesh

Asesores: Dr. Jaime Winkler

Mtra. Ma. Elena Medina



México, D. F.

Febrero de 1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

RESUMEN.....	I
CAPITULO I. INTRODUCCION.....	1
Hipótesis.....	4
Objetivo.....	5
Definición de términos.....	9
CAPITULO II. ANTECEDENTES.....	13
CAPITULO III. METODO.....	24
Sujetos.....	24
Escenario.....	26
Materiales.....	27
Procedimiento.....	29
Diseño experimental.....	32
CAPITULO IV. PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	37
Resultados:	
Homogeneidad de las muestras.....	38
Cuestionario de identificación.....	43
Perfil materno.....	44
Desarrollo evolutivo.....	48
Discusión:	
Homogeneidad de las muestras.....	50
Cuestionario de identificación.....	52
Perfil materno.....	54
Desarrollo evolutivo.....	59
CAPITULO V. SUMARIO Y CONCLUSIONES.....	69
Alcances y limitaciones.....	73
BIBLIOGRAFIA.....	78
APENDICES.....	83

RESUMEN.

Con el fin de poder determinar si existe o no un patrón de conducta característico en el modo de relación de las madres cuyos hijos padecen de neurodermatitis atópica constituimos tres grupos de comparación integrados por madres de hijos menores de 3 años de edad que padecen neurodermatitis atópica, madres de hijos que presentan prurigo por insectos y madres de hijos que no evidencian alteraciones dermatológicas. A todas las madres se les evaluó con el perfil materno de N. Bayley durante un examen de desarrollo de su hijo mediante la escala evolutiva de A. Gesell. Entre el grupo de neurodermatitis y el de prurigo se encontraron diferencias significativas en la respuesta de la madre a las necesidades del niño y en el tipo de contacto físico que establece con él. Entre el grupo de neurodermatitis y el grupo sano se encontraron diferencias en: funcionamiento de la madre dentro de la prueba, reacción de la madre cuando el niño realiza muy bien lo que se le pide, control del niño durante el examen y tipo de contacto físico que establece con el niño. Los niños pertenecientes a los grupos dermatológicos mostraron niveles de maduración psicobiológica menores en comparación a los niños sanos.

CAPITULO I.- INTRODUCCION.

La piel es el primer órgano con que entramos, al nacer, en contacto con el medio externo. Aún durante la vida intrauterina, la piel actúa como un mediador entre el feto y el líquido amniótico. Su gran extensión le permite al recién nacido percibir una amplia gama de sensaciones en cualquier momento sin que sea necesario, prácticamente, ejercer alguna acción voluntaria para estimular este órgano.

La piel tiene que someterse a diversas adaptaciones como -- respuesta a cambios endógenos y exógenos que la afectan; en el -- momento en que se pierde esta capacidad adaptativa se produce la aparición de padecimientos dermatológicos.

Desde el punto de vista psicológico, la piel, debido a su -- rica dotación de receptores sensibles al dolor, al tacto y a las sensaciones de temperatura, se convierte en la matriz del ego -- corporal (Edgell y Wittkower, 1967) y debido a su accesibilidad de inspección sirve como un espejo de los estados emocionales.

La influencia de los factores emocionales en muchos de los desórdenes dermatológicos ya ha sido ampliamente reconocida aún cuando las relaciones específicas y sus mecanismos no se han -- clarificado (Engels, 1982) y a pesar de que autores como Whit-- lock (1976) dudan de la metodología psicológica empleada en algunas de las investigaciones no niega la influencia de estos -- factores. La neurodermatitis atópica es probablemente uno de -- los cuadros dermatológicos más ampliamente estudiado. Con respecto a su patogenia, se han considerado factores de tipo alérgico, genético, inmunológico, emocional, psicosocial y medio am

biental, sin que ninguno pueda explicar la causa totalmente. Según Rajka, parece ser un estado multideterminado con un importante factor alérgico y una marcada susceptibilidad a las reacciones emocionales (Whitlock, 1976; Engels, 1982). Clínicamente, esta condición se encuentra en formas infantiles y adultas, ambas aparecen con frecuencia en el mismo individuo con intervalos de varios años.

En relación a la influencia de factores emociones parece existir acuerdo en que las personalidades de los individuos con neurodermatitis muestran una fuerte necesidad a la cercanía física. Es común que sucesos perturbadores de naturaleza emocional precedan el inicio de la neurodermatitis o la agraven, generalmente estas situaciones emocionales tienen que ver con pérdidas afectivas. En observaciones con niños es frecuente hacer referencia a la falta de contacto físico materno y a actitudes de rechazo en la madre (Wittkower; Hunt, 1958).

El niño, desde el momento en que nace, está sujeto a influencias formativas del medio ambiente que son proporcionadas principalmente por la madre. La existencia de la madre, su sola presencia, actúa como un estímulo para las respuestas del infante, la acción más pequeña aún cuando no esté dirigida a él, actúa como un estímulo. La madre es de este modo su primer objeto de relación (Klein, 1967). Así mismo, la existencia del bebé sugiere respuestas en la madre, la cual se encuentra sujeta a la influencia de fuerzas internas y externas que la convierten en una fuente de gratificación cambiante que no responde siempre, o del mismo modo, a las necesidades del pequeño.

La madre, además de ser satisfactora de necesidades vitales, debe ser orientadora, estimuladora y controladora para que el niño pueda desarrollar y establecer sus propios controles y satisfactores, esenciales para el buen ajuste emocional. La proporción en que se apliquen todos ellos depende tanto de la personalidad innata del infante como de la disponibilidad de la madre. Sin embargo, existen madres cuya personalidad les impide establecer una relación de empatía con su hijo que le permita detectar, y mucho menos anticipar, las señales que el niño envía de displacer y búsqueda de gratificación; si ese comportamiento por parte de la madre es constante, ejercerá una influencia dañina en el desarrollo del niño.

En investigaciones realizadas sobre el eczema infantil (o neurodermatitis atópica) en niños institucionalizados, - Spitz (1965) observó con mucha frecuencia en la génesis del eczema cuando no existían factores somáticos causales que justificaran su presencia que: a) los infantes presentaban una -- predisposición congénita a respuestas cutáneas crecientes. Este aumento de excitabilidad de la piel crea una mayor necesidad por parte del pequeño a ser tocado; b) las madres de estos niños no satisfacían sistemáticamente la necesidad de contacto del pequeño por ser madres de personalidad infantil, con - hostilidad reprimida manifestada en forma de angustia. Si esto último es cierto, podríamos presumir que si una madre es lo suficientemente gratificadora de la necesidad de contacto de su hijo, aún cuando éste posea un factor congénito predisponente de excitabilidad cutánea, el eczema infantil se reduce en sus posibilidades de aparición.

La neurodermatitis atópica es uno de los padecimientos cutáneos más frecuentes en la consulta dermatológica pediátrica. Su frecuencia es tal que algunos autores mencionan que el 3% de todos los niños llegan a padecerla en alguna etapa de la vida. En los hospitales pediátricos de México constituye el 13% de las dermatosis infantiles, ocupando el segundo lugar entre las enfermedades de la piel. La mayor parte de los casos (64%) se presenta entre los 2 o 12 años de vida (Tamayo, 1980).

Nosotros pensamos que a las madres a las que se les ha detectado una personalidad infantil, poseen, como es de suponer, patrones de conducta comunes cuando se enfrentan al manejo de su niño (modo de satisfacer necesidades, comunicación, expresión de afecto, contacto físico, etc.), si esto es así, mediante la observación de sus acciones podríamos disponer de una serie de actitudes representativas que las identifique. Y es de aquí, de esta suposición, de donde se desprende la hipótesis de estudio.

HIPOTESIS: Si las madres de niños con neurodermatitis poseen un modo particular de relación con su hijo, entonces - existirán diferencias significativas en comparación a la relación de una madre con un hijo sano.

Una perspectiva pediátrica y psicológica del desarrollo, sin descuidar el contexto sociocultural y económico en que viven los individuos, proporciona una base más sólida para su estudio. Poser un perfil materno de esas madres "repelentes" nos permitiría, además del conocimiento del tipo de relación maternal, realizar una labor preventiva y de intervención ya -

que en la medida en que se modifiquen estas cuotas de relación patognomónicas el efecto del tratamiento médico tendrá mejores y más rápidos resultados.

El objetivo del estudio es entonces,

OBJETIVO: Poder determinar si existe o no un tipo de patrón de conducta característico en las madres cuyos -- hijos presentan neurodermatitis atópica.

Para el logro de este objetivo pensamos hacer uso del perfil materno de N. Payley (1962) aplicándolo a las madres de los niños que constituirán nuestros grupos de estudio: 20 niños con diagnóstico dermatológico de neurodermatitis atópica, 15 con el de prurigo por insectos y 20 niños sanos, todos ellos menores de 3 años de edad.

Este instrumento de evaluación de la conducta materna es poco conocido en México. Nosotros tuvimos la oportunidad de entrar en contacto con él por medio del Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología de la Salud del Niño, D.I.F., el documento fue puesto a disposición de investigadores del Instituto por cortesía de la autora. Este instrumento se ha empleado en México en estudios acerca de la fertilidad para detectar - la influencia de la conducta materna hacia un hijo menor como característica psicológica (Delicardie, 1973). Aspectos tales como el interés manifestado por la madre en el nivel de ejecución de su hijo, grado de control del niño durante el examen, tolerancia hacia conductas negativas, no estuvieron asociados de manera significativa con la fertilidad. El perfil materno también se utilizó en estudios acerca del lenguaje (López, - 1969) encontrando que existen aspectos de la conducta materna que se correlacionan significativa y positivamente con el in-

crecimiento del lenguaje. Por otra parte, al estudiar la relación madre-hijo como determinante en el desarrollo del niño con desnutrición severa (Cravioto, 1974) se encontró que 12 de los 19 aspectos analizados por el perfil alcanzaron un valor de significancia estadística menor al 0.05 y 3 de ellos un valor de significancia al 0.001 (reacción de la madre ante ejecuciones fáciles del niño, respuesta a la entrevista, sensibilidad al niño) al comparar las respuestas de las madres con las del grupo control, resultando ser un instrumento sensible para predecir la aparición de la desnutrición junto con otros factores.

Nosotros consideramos que el instrumento puede ser de gran utilidad en el estudio de las relaciones materno infantiles debido a que contempla aspectos relevantes de esta interacción. Ya Bowlby (1969) ha mencionado la importancia que tiene para el establecimiento del apego la frecuencia y duración del contacto físico entre la madre y el niño, la habilidad para tranquilizar al bebé al cargarlo, la sensibilidad de la madre a las señales del niño y su habilidad de intervenir de acuerdo al ritmo de éste además del placer que ambos experimenten al estar juntos. No basta con satisfacer las necesidades físicas, es necesario que la madre también detecte las señales y de respuesta a los estados de tensión y placer (Kahler, 1968). Por otra parte, Spitz (1965), a su vez ha enfatizado el papel del afecto de la madre y la creación de un clima emocional de aceptación como factores decisivos para la relación madre-hijo y el desarrollo del niño.

El propósito del perfil materno es el de apartarse de una apreciación subjetiva de la conducta materna, por medio de la

observación de las expresiones objetivas del comportamiento - exhibido por la madre en presencia de situaciones diversas que el examinador presenta al niño durante un examen. El perfil - contempla aspectos importantes como los ya mencionados y distingue objetivamente diferentes tipos o grados de interacción que van desde actitudes hasta afectividad pasando por cantidad y calidad del contacto físico.

Consideramos así mismo, que sería útil poder disponer de un instrumento que evaluara la interacción en sí misma de una madre con un hijo en particular que padece neurodermatitis y no solo el aspecto de la personalidad individual de la madre. Si el instrumento permite determinar un patrón de conducta ca racterístico en estas madres en las que ya se han detectado alteraciones emocionales que influyen en la aparición y mantenimiento del padecimiento de sus hijos tal vez el perfil pudiese emplearse para discriminar las alteraciones materno-infantiles en otro tipo de padecimientos por ejemplo niños aspáticos o niños con retraso en el desarrollo que no avancen al ritmo esperado mediante la estimulación prescrita, etc. En este sentido, la investigación con este instrumento la convierte en un estudio piloto que pretendería ampliar nuestro conjunto de herramientas diagnósticas y evaluatorias de intervencción terapéutica.

El rango de edad que elegimos para la selección de las muestras se basó en que los 3 primeros años de vida del niño, la relación afectiva es principalmente con la madre dada su dependencia. Hasta aproximadamente esta edad el niño que ha estado al cuidado de su madre puede separarse de ella por

periodos relativamente largos de tiempo y aceptar sustitutos maternos sin angustia, empezando a funcionar como un ser independiente, individualizado (Mahler, 1968) y la influencia familiar y social aun no modifica sustancialmente esta relación. Al elegir este criterio queda comprendido el periodo en que Spitz observó que aparecía el eczema (alrededor de los 8 meses) y desaparecía (1 6/12 aprox) y la edad de inicio registrada por los dermatólogos como de mayor incidencia (2 años).

Como ya hemos mencionado anteriormente, la madre y el niño son mutuamente influyentes en su comportamiento. El tener un niño enfermo demanda cuidados adicionales y despierta actitudes especiales (Freud, A.; 1952). Por esto, si bien la madre posee ciertas características de personalidad nos parece conveniente tratar de detectar de qué manera la presencia de un padecimiento cutáneo en el hijo puede afectar el comportamiento de la madre en la atención de éste. Por tal motivo decidimos hacer un grupo de comparación con madres cuyos hijos presentaran un padecimiento dermatológico que incluyera algunos aspectos comunes de los pertenecientes a la neurodermatitis pero cuya etiopatogenia desde el punto de vista médico estuviera claramente determinada. El padecimiento que mejor cumplía estos requerimientos fue el prurigo por insectos; Ambas entidades se presentan en la niñez dentro de nuestro rango de edad elegido para el estudio; se observan con gran frecuencia en la consulta dermatológica pediátrica; se presentan por brotes que en gran medida están determinados por la regularidad con que la madre cumpla con las prescripciones médicas; son intensamente pruriginosas por lo que los

niños se tornan sumamente irritables; el rascado crónico ocasiona la presencia de costras hemáticas y de liquenificación la cual se traduce en una piel gruesa y seca, con su cuadrícu lado muy marcado y en ocasiones con ligera hiperpigmentación; aun cuando tienen localizaciones osceíficas eventualmente -- puede afectarse cualquier segmento corporal. Los dos grupos -- se compararan con un tercero constituido por las madres de -- niños sanos.

Definición de Términos:

Madre. -- Se refiere a la madre biológica o su sustituta y será aquella persona responsable del cuidado del niño por lo menos durante 14 horas diarias en 5 días de la semana a quien se le aplique el perfil materno.

Perfil Materno. -- Modo de comportamiento manifestado por la -- madre ante situaciones que demanden satisfacción, con trol, orientación y/o estimulación del hijo que se -- considera representativo de su conducta en la relación con aquél y que será evaluado por medio del perfil ma terno de N. Bayley durante una situación de examen de desarrollo evolutivo.

Neurodermatitis atópica (N.D.A.). -- También conocida como dermatitis atópica, neurodermatitis diseminada, eczema -- atópico (eczema infantil por Spitz) o prúrigo de Beig ner. El diagnóstico será establecido por el servicio de dermatología del Instituto Nacional de Pediatría.

La N.D.A. consiste en las respuestas cutáneas dependientes del sistema nervioso autónomo, de aquí el término de neuroder matitis (como son vasoconstricción sostenida, blanqueamiento

de la piel como respuesta a la inyección intradérmica de -- acetilcolina, reacción disminuida a la aplicación de histamina, respuesta capilar lenta al calor o al frío, baja temperatura digital y dermatografismo blanco). La denominación -- atópica describe un estado constitucional de hipersensibilidad que determina que los individuos que la padecen y sus familiares sean propensos a padecer un grupo de padecimientos -- llamados atópicos, que comprenden la urticaria, la conjuntivitis, el asma y la neurodermatitis; los que pueden presentarse en un mismo paciente en forma sucesiva, alterna o simultánea. Son pacientes con piel seca, con acentuación de los -- pliegues de los párpados, con respuesta vascular especial y con bajo umbral al prurito (comezón). El prurito es motivo de múltiples complicaciones cutáneas y sistémicas que en ocasiones comprometen el estado general del niño. Es un padecimiento generalmente benigno, de curso crónico y evolución impredecible, tiende a remitir espontáneamente en la adolescencia persistiendo en algunos casos hasta la adultez (Tamayo, 1980).

Prurigo por insectos.-- También conocido como prurigo strophulus, urticaria papulosa, prurigo por ecto parásitos, prurigo simple de Brocq., liquen urticatus. El diagnóstico será establecido por el servicio de dermatología del I.N.P.

Es una dermatosis polimorfa producto de la picadura de -- insectos, caracterizada por ronchas pequeñas con un punto diminuto, en ocasiones hemorrágico en su porción central, pápulas duras enclavadas en la piel, algunas con una pequeña colección serosa pero generalmente se encuentran excoriadas y además manchas hipercrómicas, residuos de lesiones anteriores.

La localización más frecuente es en el abdomen y el torax pero puede afectar cualquier segmento corporal. Las pápulas duran varias semanas en resolverse debido a que forman una reacción granulomatosa en la dermis. Las lesiones aparecen por brotes a intervalos muy variable, cada semana, dos veces al mes, cada 3 meses. Algunas veces la respuesta inmunológica al picante da lugar a lesiones a distancia o "ides" observándose entonces decenas de lesiones. Es intensamente pruriginoso, el niño se torna irritable, duerme mal, come mal, y es una constante preocupación de los padres (Ruiz-Maldonado, 1980).

Es el padecimiento cutáneo por el que mayor frecuencia consultan los lactantes y preescolares de la Cd. de México, representando el 28% de todas las consultas en este grupo de edades. Es rara su presentación antes del año de edad y después de los 7 años. Antes del año el lactante tiene poca oportunidad de entrar en contacto con la fauna de insectos y después de los 6 años en la mayor parte de los niños ha tenido lugar una desensibilización espontánea a las picaduras de insectos.

Eczema.— Sinónimo de dermatitis aguda, está constituido éste síndrome por eritema, vesiculación y como resultado de la ruptura de las vesículas costras melicéricas y erosiones. Al aspecto de la piel eczematosa es exudativo: "lloroso". En México, la palabra eczema no tiene connotación nosológica, es sólo un aspecto, un síndrome cutáneo, un adjetivo más que un sustantivo cuando se dice que la piel está eczematosa (Saúl, — 1980).

Sano.- Considérese sano a todo niño que en el momento en que se realice la valoración de desarrollo no presente ningún padecimiento físico que altere su estado general y además no se determinen antecedentes patológicos de importancia, entendiéndose por importantes aquellos padecimientos que no se resuelven ante de 15 días o ponen en peligro la vida del niño y/o dejen secuelas físicas o mentales. El diagnóstico de sano se dará en base a un interrogatorio a la madre.

Puesto que el perfil materno de Bayley fue diseñado para ser utilizado durante una situación de prueba, se sometió a - cada niño a una valoración de desarrollo utilizando la escala evolutiva de A. Gesell (1966). Esta prueba se eligió debido a la generalización de su empleo en el medio en que trabajamos para el diagnóstico del desarrollo. Es aplicable de los 0 a los 42 meses de edad, rango que comprende nuestra muestra. Además de proporcionarnos un coeficiente de desarrollo global nos permite obtener rendimientos parciales de los diferentes aspectos del crecimiento: conducta motriz, adaptativa, de lenguaje y - social.

Otro de los hallazgos de Spitz con respecto a los niños con eczema, o neurodermatitis, concierne al nivel de desarrollo psicobiológico encontrando que estos niños mostraban un retraso característico en el sector de adquirir conocimientos y en el de las relaciones sociales. Aún cuando no sea el objetivo de esta investigación podremos observar si existe o no esta relación.

CAPITULO II.- ANTECEDENTES.

El enfoque psicosomático en la investigación médica y la terapia consiste en la aplicación coordinada de métodos y conceptos somáticos por una parte y métodos y conceptos psicológicos, por otra. La coordinación de estos 2 tipos de enfoques se enfrenta a dificultades intrínsecas que se van superando paulatinamente.

Cuando la medicina empezó a estudiar la innegable vinculación entre lo corporal y lo anímico la abordó sin dejar de representar lo anímico como algo determinado por lo somático y dependiente de éste. La relación entre lo somático y lo anímico es, en el animal como en el hombre, una interacción recíproca, pero su otra faz —la acción de lo anímico sobre el cuerpo— resultó en los primeros tiempos poco grata a los médicos. Parecían resistirse a conceder cierta autonomía a la vida anímica, como si con ello se vieran expuestos a abandonar el firme terreno de lo científico (Freud, 1905).

Una de las acepciones del término psicosomática es el concepto tradicional psicofisiológico de que la enfermedad actual está mediada por una tensión emocional. Ejemplos de esta comprensión son las 7 enfermedades de P. Alexander: la hipertensión arterial, úlcera péptica, artritis reumatoide, hipertiroidismo, asma bronquial, colitis y neurodermatitis. Estas condiciones frecuentemente se clasifican bajo la frase descriptiva de "los factores psicológicos afectan la condición física", la cual corresponde con el término psicosomática dada por el D-S-M-III (Henker, 1982).

El concepto de que factores psicológicos y emocionales ejercen una fuerza poderosa en el estado de la piel del hombre es desde hace mucho tiempo ampliamente reconocida. La condición de la piel como recubrimiento del organismo en contacto con el medio ambiente, permiten considerarla como un importante eco de las emociones. Expresiones tales como "rojo de ira" y "blanco de miedo", antecedieron cualquier exposición formal de conceptos psicosomáticos. El interés por los aspectos psicológicos de los desórdenes de la piel se remonta a 1891, cuando Brocq y Jacquet acuñaron el término neurodermatitis y reconocieron la influencia de la ansiedad, depresión y excitación. En los inicios de este siglo, una serie de contribuciones encabezadas por el trabajo de Dowald y -- Kreibich introdujeron una aproximación experimental, empezando con la inducción bajo hipnosis de ampollas. Tales demostraciones concretas de la susceptibilidad a la manifestación de procesos psicológicos clamó por un marco de referencia que pudiera dar claridad psicológica y lo encontró en el movimiento psicoanalítico contemporáneo (Engels, 1980).

Aún cuando la influencia de los factores emocionales sobre las enfermedades de la piel se conoce, los datos precisos relativos a las interrelaciones psicofisiológicas de este sistema de órganos son aún relativamente insuficientes. Basándose en observaciones psicoanalíticas sobre pacientes con neurodermatitis, Miller destaca la importancia de las tendencias sadomasoquistas y exhibicionistas. El rascarse, que tiene suma importancia en la mayoría de los trastornos de la piel cuando estos se han desarrollado, (y hasta puede tener cierta importancia etiológica en la N.D.A.) expresa a menudo conflictos

psicológicos específicos; el papel de los impulsos tanto hostiles como eróticos (masturbación) en esta actividad está bien establecido (P. Alexander; T. Szasz, 1979).

La función sexual de la piel y su significado en el desarrollo de las zonas libidinales ya había sido postulado por Freud en su artículo "Tres ensayos para una teoría sexual" (1905). Al referirse a la relación entre prurito y fin sexual señaló "...el fin sexual está constituido por el acto de sustituir el estímulo proyectado en la zona erógena por aquella otra excitación exterior que hace cesar la sensación de prurito, haciendo surgir la de satisfacción. Esta excitación exterior consistirá, en la mayoría de los casos, en una manipulación análoga a la de succión".

Todas las membranas mucosas, así como la superficie de la piel, tienen una función de zona erógena. Si el impulso de utilizarla como tal es reprimido, las tendencias recurrentes en pro y en contra de la estimulación cutánea encuentran expresión somática en alteraciones cutáneas. La erogeneidad de la piel no se limita a los estímulos del tacto. Las sensaciones de temperatura constituyen la fuente de un placer erógeno que representa un componente importante de la sexualidad infantil. El erotismo oral y el erotismo de la temperatura regularmente hacen su aparición juntos. También el dolor, además de los estímulos del tacto y la temperatura, pueden ser fuente de placer erógeno cutáneo (Fenichel, 1976).

La investigación en busca del establecimiento de un perfil de personalidad en pacientes con N.D.A. parece haber sido iniciada con los estudios de Wittkower y Edgell en 1951. Los resultados que obtuvieron les hicieron pensar que tales pacientes --

habían carecido del afecto de niños que les correspondía y tenían a mantener en la vida adulta una exagerada dependencia infantil con sus familiares, en la mayoría de los casos con la madre. En 1953, Wittkower y Russell obtienen mayor evidencia que apoya la hipótesis de un perfil de personalidad encontrando a estos sujetos con rasgos de personalidad infantiles, inmaduros, resentidos y el 55% de ellos con mal ajuste sexual (Engels 1980).

Obermayer y col. en 1955 informan de sus hallazgos al aplicar una serie de pruebas proyectivas a 21 pacientes con N.D.A. crónica comparados con un grupo control de pacientes psiconeuróticos. Ellos encontraron que los pacientes dermatológicos tenían muchos rasgos en común con los pacientes neuróticos siendo más homogéneos como grupo, mostrando elementos de conflicto infantil en los niveles anal y fálico del desarrollo de la personalidad los cuales incluían rasgos sádicos, destructivos, paranoídes y agresivos junto con elementos de masoquismo, inseguridad, sensibilidad, dependencia y marcados conflictos sexuales (Whitlock, 1976).

Al incrementarse los estudios sobre las relaciones interpersonales en el hogar se fue demostrando que la conducta de la madre hacia el niño con manifestaciones clínicas de atopía podía ser de significancia etiológica considerable. La importancia que se da a la actitud rechazadora de la madre, a la evitación de todo contacto físico con su hijo fue destacada por D. H. Williams (1951) y M. J. Rosenthal (1952).

Williams estudió 53 niños (entre los 13 meses y los 12 años de edad) con dermatitis atópica sobre la base de la hipótesis del rechazo materno, encontrando que este rechazo -

provoca en el niño ansiedad y hostilidad, la cual tiene 2 -- componentes de expresión: uno, el componente somático que se manifiesta como el característico prurito de la dermatitis atópica, y el otro, el componente psíquico que se manifiesta como conducta agresiva.

Rosenthal basándose en la hipótesis de que el eczema se desarrolla en ciertos lactantes predispuestos porque sus madres no les prodigan en forma adecuada el contacto físico -- agradable o apacible (caricias, arrullo, abrazos, etc.) hizo una investigación en un grupo de 25 madres de niños eczematosos menores de 2 años encontrando que el 60% no levantaban o no cargaban a sus hijos cuando estos lloraban a menos que hubiera alguna molestia física evidente.

Los resultados de la investigación de Rosenthal están de acuerdo con los hallados por Spitz al estudiar a niños eczematosos y observar que sus madres les brindaban muy poco contacto físico. R. Spitz ha insistido sobre la importancia que debe darse, durante el desarrollo del niño, a la superficie de la piel como órgano perceptivo y comparte la opinión de H. F. Kontagu (citado por Ajuriaguerra) sobre la función de la piel en el comportamiento de adaptación de los animales. Así mismo, Marmor y col. (1956) plantean que la neurodermatitis es un desorden de adaptación --una reacción al estrés -- en la cual operan tanto los factores hereditarios como los psicológicos y fisiológicos. Estos autores examinaron a las madres de 22 niños con neurodermatitis y todas -- ellas mostraron descuido al separarse, brusquedad o manejo insuficiente del niño. En los estudios proyectivos que se les realizaron a 10 de las madres se revelaron emocionalmen--

te inmaduras, consciente o inconscientemente hostiles hacia - sus maridos y frustradas en la expresión de sus necesidades.

Al realizar un escrutinio de las relaciones familiares - del niño con N.D.A., Wittkower y Hunt (1958) observaron un énfasis en el factor de rechazo de la madre, un rechazo que podía ser abierto o encubierto detrás de una formación reactiva de intensa sobreprotección.

Dentro de los estudios más recientes acerca de la influencia de factores psicológicos en la N.D.A. tenemos la revisión de Brown (1972) de 11 estudios de pacientes con N.D.A. en los que encontró como único hallazgo constante en las pruebas la -- inhibición o represión de impulsos agresivos, particularmente en relación a la frustración de necesidades de dependencia. En un estudio posterior (1976) encontró que pacientes eczematosos en contraste con un grupo control habían experimentado mayores separaciones, impresiones severas, aflicciones y trastornos emo cionales. Habían sufrido de mayores separaciones parentales antes de los 15 años, mayores problemas psiquiátricos y más desór denes de la piel pero no una mayor incidencia de otras enfermedades psicósomáticas.

Rechard en 1970, encontró en sus pacientes estudiados una alta incidencia de hogares rotos antes de los 16 años y si bien no se puede concluir que esto sea la causa de la dermatosis, si parece ser que los disturbios emocionales asociados con el even to agravan la condición de la piel de los pacientes (Whitlock, 1976).

Jordan y Whitlock (1972) realizaron un estudio de condi-- cionamiento en dos grupos de 18 personas de 13 a 41 años sobre la base de que los pacientes con neurodermatitis tendrían una más

rápida respuesta de condicionamiento, esta hipótesis no fue comprobada ya que ambos grupos mostraron tiempos semejantes de respuesta. Dentro de este mismo estudio utilizaron una escala para medir hostilidad y observaron que los pacientes con N.D.A. eran más irritables, resentidos, culbígenos y hostiles que los controles; sin embargo, cuando el factor de ansiedad fue controlado (1974) estas diferencias desaparecieron por lo que se preguntan si la ansiedad y hostilidad observadas son una causa o una consecuencia.

En México, se ha podido integrar una terapéutica psicológica al tratamiento de la neurodermatitis. Podowska (1973) aplicó el análisis conductual como método de tratamiento. Este autor considera que el niño al inquietarse por las molestias que le ocasionan las lesiones de la piel, hace que la madre realice diversas maniobras con el afán de calmarlo por lo que refuerza el acto de rascarse y de esta manera el niño logra más atención, de tal manera que obtiene ganancias secundarias de su síntoma. Podowska ha obtenido buenos resultados al proporcionar a los padres instrucciones sobre el manejo conductual de los signos y los síntomas. La muestra con la que trabajó fueron pacientes de 1 a 16 años, encontrando que los niños menores de 3 años remitían más fácilmente por estar poco condicionados. Beltrán (1976), considera a la piel como "un órgano de choque" genéticamente cimentado que recibe las descargas tensionales del individuo cuando se encuentra en situación de estrés y dirige su terapia hacia el factor que desencadena y perpetúa las manifestaciones cutáneas considerando la enfermedad como una reacción psicofisiológica de la piel. Su muestra fue de 15 ni-

Nos de 2 a 15 años de edad con evolución variable del padecimiento (desde el nacimiento hasta 12 meses) y reporta buenos resultados.

Con respecto a la teoría del rechazo materno, Whitlock (1976) se muestra un tanto escéptico y plantea los siguientes argumentos: ¿Cómo es posible que el tipo de relación madre-hijo sea la "causa" de un desorden que a menudo aparece en épocas posteriores y en el cual existe un fuerte determinante genético? Además, la mayoría de los estudios realizados son de naturaleza retrospectiva y en consecuencia influida por actitudes presentes hacia la niñez la cual ahora puede ser percibida de modo diferente desde la realidad como fue experimentada. Finalmente, si el rechazo materno es un factor importante uno debería esperar encontrar evidencia en su ocurrencia en un porcentaje medible en un grupo azaroso de pacientes con neurodermatitis atópica.

Nosotros consideramos que estas cuestiones, y algunas -- otras que plantea con respecto al empleo de perfiles de personalidad, han de responderse desde la perspectiva de un marco teórico y metodológico psicológico y no médico.

La mayoría de los especialistas en psicoanálisis describen situaciones particulares y modos particulares de relación madre-hijo. M. Sperling muestra que algunos rasgos son característicos de estas madres: conflictos emocionales no resueltos de su propia infancia que son proyectados en el niño ya -- que éste puede representar un familiar odiado; ser la proyección de una parte de la personalidad de la madre; existir una

necesidad de dominarlo, etc. Según P. Pinkerton, las relaciones padres-hijo no dependen unicamente de un determinado tipo de personalidad estática de los padres, sino también de un fondo de "situación vital" de estos: largo período de esterilidad en el matrimonio, insatisfacción conyugal, hijo no deseado, complicaciones en embarazo y parto, etc., estas circunstancias aumentan posiblemente el valor afectivo del niño hacia sus padres y modifican sus relaciones afectivas (Ajuraguerra, 1979). Acorde con estas consideraciones se encuentran también las observaciones de G. Appell y M. David quienes señalan la complejidad y variabilidad de la relación de una pareja a otra. Ellos demuestran que existe un estilo relacional estructurado desde la primera edad que está determinado en gran parte por los fantasmas de la madre, sus deseos, temores, conflictos, actitudes en la pareja, elementos todos que contribuyen a estructurar de una cierta manera las relaciones ulteriores que la madre será capaz de establecer con su bebé (Lézine, 1979).

M. Soulé (1977) admite que una de las causas de los trastornos psicósomáticos en el niño es la inconsistencia de los signos maternos o su incoherencia; los signos contradictorios tienen un valor gravemente desorganizador pero los intercambios no se hacen sólo en el sentido madre-hijo y de una forma lineal. En cada momento existe una transacción, es decir un estado de equilibrio en las relaciones recíprocas, resultante del intercambio y de las interacciones anteriores. Cada trastorno funcional del lactante significa un síntoma que pone de manifiesto una enfermedad o un síndrome debido a una disfunción incluida en una entidad más compleja: la diada estructurada progresivamente por la relación madre-hijo.

Se han descrito algunos niños eczematosos como sujetos sensibles, ansiosos, agresivos, egocéntricos y con falta de seguridad y a sus madres como personalidades ansiosas, sobre protectoras o rechazantes o ambas cosas a la vez (G. Stone). Estos sujetos muestran un estado de dependencia y de inseguridad con respecto a su madre (Ajuriaguerra, 1979).

Estos planteamientos nos llevan a considerar, como Winnicott (1981) lo ha señalado, que las madres que por naturaleza son capaces de prestar un cuidado satisfactorio, son -- susceptibles de ejercer aún mejor su cometido si ellas mismas son objeto de unos cuidados que tengan presente la naturaleza esencial de la misión a ellas encomendadas.

De acuerdo a este marco teórico uno puede hipotetizar -- que una madre "ideal" es aquella que está alerta de las necesidades de su niño y sus deseos --hambre, fatiga, excitación, deseos de contacto físico o social-- y que además responde a las expresiones conductuales de estas necesidades inmediata y contingentemente de acuerdo al estado del niño, sus capacidades y nivel de desarrollo.

Varias son las investigaciones que se han realizado para mostrar la importancia que tienen los modos de la relación -- madre-hijo en el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, por mencionar algunos autores: Cravioto y De Licardie, 1974; Green y col., 1980; Ruddy y Bornstein, 1982; Ainsworth, 1983; Main, 1983; Nover y cols. 1984.

Al estudiar la hipótesis del rechazo materno como un -- factor básico en la etiología de la dermatitis atópica nos

encontramos con dificultades en relación a cómo medir el rechazo materno, cuáles son sus características y si éste existe cómo saber si es en respuesta a la piel dañada del niño - más que su causa.

En consideración a estos cuestionamientos y al planteamiento teórico que hemos esbozado se diseñó la presente investigación.

CAPITULO III.- METODO.

OBJETIVO: Poder determinar si existe o no un tipo de patrón de conducta característico en las madres cuyos hijos presentan neurodermatitis atópica.

III.1. Sujetos.

Se trabajó con 3 grupos de comparación: Neurodermatitis, Sanos y Prurigo, los dos primeros constituidos por 20 parejas de madre-niño y el tercero con 15 parejas. El grupo neurodermatitis lo consideramos como grupo de trabajo y los otros dos como grupo testigo.

El grupo designado Neurodermatitis (N) se integró por madres cuyos hijos presentaban el diagnóstico de neurodermatitis atópica y tenían menos de 3 años de edad, no importando el tiempo de evolución del padecimiento. El niño no debería de presentar ningún otro antecedente patológico de importancia (Ver definición de término, pag.12). La muestra se captó cuando el menor acudía a su consulta dermatológica ya fuera de primera vez o subsecuente, estando el psicólogo presente durante su revisión médica; al finalizar ésta, a la madre se le informaba que era necesario realizarle al niño una valoración de desarrollo como una medida preventiva y que esta valoración formaba parte de su tratamiento en el instituto. La persona que acompañara al niño tenía que ser la responsable de su cuidado desde su nacimiento en base a nuestro criterio ya definido (madre, pag. 9). En la muestra se incluyeron a todas las parejas que cumplían estos requisitos hasta completar el número de 20 y fueron las únicas variables controladas. La razón de no registrar

otras variables fue que deseábamos ver que características adicionales se presentaban.

El grupo Sano fue constituido en base a ciertas características que presentó la muestra de neurodermatíticos. Se completó el número de 20 parejas. Esas características fueron:

a) La edad del niño. En base a la frecuencia por rangos de edad que presentaron los niños del grupo Neurodermatitis, se captó la muestra Sano.

b) Sexo del niño. La proporción de sexo masculino y femenino se mantuvo semejante.

c) No madres solteras. En el grupo Neurodermatitis solo un caso de madre soltera se presentó, el cual por sus particularidades fue eliminado. El resto, aun cuando se manifestaron 2 separaciones conyugales, no divorcios, eran de familias integradas. En el grupo Sano también se registraron 2 separaciones.

d) No guardería. Se observó que aún cuando había madres que trabajaban en el grupo Neurodermatitis, los niños eran cuidados por otras personas pero no acudían a guardería.

e) Clasificación económica. En base a la distribución por frecuencia que mostró el grupo Neurodermatitis se igualó el nivel económico del grupo Sano, utilizando los mismos criterios empleados por el servicio de trabajo social de la institución en que se realizó la investigación: ingreso familiar (considerando las aportaciones de todos los que cooperan económicamente en casa), la eventualidad o no de este ingreso y el número de miembros que integran la familia. Se obtienen de este modo 5 niveles: A, G, H, P y P₁, nosotros solo captamos los cuatro primeros (apéndice 2). Con el fin de tener una aproximación del aspecto social de nuestras muestras, averiguamos también la ocupación y/o escolaridad paternas, observando que estas se relacionan de manera directa,-

en la mayoría de los casos, con la clasificación económica otorgada.

Además se controló el que no presentaran antecedentes patológicos de importancia y que fueran acompañados de su madre. Las parejas de esta muestra se obtuvieron principalmente de la asistencia al servicio de epidemiología a donde acudían para serle administrado al niño su programa básico de vacunación. A las madres se les informaba que el psicólogo se encontraba realizando una campaña de prevención de las desviaciones del desarrollo evolutivo. Algunas otras madres acudieron por cooperación voluntaria. Este grupo se subdividió en 2: los que asistían a vacuna y los que asistían voluntariamente ya que esta característica podría constituirlos en grupos diferentes. De no hallarse diferencias significativas intragrupo se integrarán los sujetos en uno solo.

El segundo grupo testigo fue integrado por madres cuyos hijos fueron diagnosticados con prurigo por insectos en la consulta dermatológica. En este grupo se controlaron las mismas variables que en el grupo de trabajo: edad del niño, diagnóstico, antecedentes patológicos y presencia de la madre. Sólo se formaron 15 parejas por escasear los casos.

En la tabla 1 (final del capítulo) se resumen las características generales de las muestras en cuanto a sexo, edad, clasificación económica, ocupación paterna, tiempo de cuidado por la madre, edad de aparición del padecimiento, tiempo de evolución y antecedentes dermatológicos familiares.

III.2. Escenario.

Se trabajó en un consultorio médico de aproximadamente 3m.

por 3m., provisto de un escritorio con 3 sillas, una mesa de exploración y lavabo. La silla donde se ubicó a la madre estaba próxima al escritorio frente al psicólogo entrevistador. Este consultorio se encontraba contiguo al consultorio donde se realizaba la consulta externa de Dermatología.

III.3. Materiales.

En base a la revisión teórica realizada, diseñamos un cuestionario de identificación (apéndice 3) que nos proporcionara información con respecto a la probable influencia de diversos factores en el padecimiento dermatológico que nos ocupa. El cuestionario ofrece información con respecto a 3 áreas: médica, psicológica y social.

Dentro del área médica encontramos los siguientes puntos a explorar:

Historia del padecimiento dermatológico.
 Antecedentes hereditarios dermatológicos.
 Problemas durante el embarazo y/o parto.
 Amamantamiento y destete.

En el área psicológica:

Persona responsable del tratamiento.
 Tiempo que el niño es atendido por la madre.
 Lugar que ocupa el paciente dentro de los hermanos.
 Embarazo planeado y/o deseado.
 Sexo esperado.
 Amamantamiento y destete.
 Edad de la madre.

Area social:**Escolaridad de la madre.****Ocupación de la madre.****Tiempo de integrada la familia.****Estructura familiar.****Ocupación e ingreso del padre.**

Algunos de los puntos no son exclusivos en cuanto a su interpretación o importancia a una sola área.

Para la valoración de desarrollo evolutivo requerimos del equipo de prueba integrado por el material propuesto por A. Gesell (1966) que incluye sonajas, aro, taza, cubos de madera, espejo, pelota, bolita, botella, campana, papel, crayolas, libro, caja prueba y tablero escavado como material básico.

Además de las razones ya expuestas en el capítulo I del -- por qué del empleo de esta prueba añadiremos que fue elegida -- porque el material resulta atractivo para el niño, es de fácil adquisición y de alguna manera la madre puede asociarlo con objetos que tiene en casa. El tiempo requerido para su aplicación y las actividades a desarrollar favorecen la aparición de una -- amplia variedad de respuestas en el niño y posibilitan la participación de la madre. Los resultados de las valoraciones de desarrollo se consignaron en protocolos de registro para la calificación del Esquema Evolutivo según A. Gesell.

Para la orientación y calificación de nuestras observaciones de la conducta materna nos basamos en los criterios del manual que elaboramos del perfil materno de N. Bayley (apéndice 1).

Además, se hizo uso de un cuadernillo (apéndice 4) para anotar la calificación dada a cada una de las 20 situaciones que explora el perfil materno. La calificación se acompaña de la nota aclaratoria que justifica la elección hecha. De esta forma se obtiene, en caso de requerirlo, un resumen organizado con información básica extraída del total de las conductas maternas registradas.

III.4. Procedimiento.

Una vez explicada la necesidad de la evaluación de desarrollo, la madre y el niño eran conducidos al consultorio de trabajo. En ocasiones el paciente iba acompañado además de por la madre por algún otro familiar o amigo, a juicio de la examinadora se permitía o no que alguien más estuviera presente durante la evaluación dependiendo de la interferencia que pudieran producir y se tomaba en cuenta la presencia de esta variable.

Durante toda la sesión se encontraron presentes dos psicólogas: A y B. Las funciones de la psicóloga A consistían en la explicación del propósito de la valoración, aplicación del cuestionario de identificación, ofrecer la introducción del examen, registro de la conducta materna durante el período de evaluación, proporcionar los resultados del examen de la valoración de desarrollo y brindar la orientación pertinente en base a los resultados. Las funciones de la psicóloga B fueron: registro de la conducta materna antes y después del examen de desarrollo, evaluación y calificación de la conducta evolutiva del niño.

La psicóloga A invitaba a la madre a tomar asiento y se procedía con la aplicación oral del cuestionario de identificación. Este período se aprovechaba para establecer un mejor "raport" con la madre. Una vez llenado el cuestionario se daba una breve introducción en la que se le explicaba a la madre en que consistía

la valoración del desarrollo del niño y se le invitaba a que participara en el examen. La introducción se dió en lenguaje sencillo y uniforme para todas las madres. Introducción:

"Vamos a realizar una valoración de desarrollo a su niño. Esto quiere decir, que de acuerdo a su edad y en comparación con otros niños veremos qué es lo que puede hacer su hijo. Para esto vamos a darle juguetes y a jugar con él. Le pondremos a hacer cosas sencillas y otras más difíciles, no es necesario que las haga todas. En el momento en que Ud. guste puede preguntar, hacer comentarios o intervenir de la manera en que desee. ¿Tiene alguna duda? ... Yo voy a estar anotando aquí todo lo que su niño haga". Y se procedía al examen.

A la madre no se le informaba que era a ella a quien se observaba y registraba ya que su comportamiento se vería alterado por esta variable, ya sea inhibiendo o forzando su comportamiento. La colocación del registrador permitía que el registro se hiciera discretamente por lo que la madre podía incluso "olvidarse" de la presencia del psicólogo una vez iniciado el examen. Esta variable estuvo presente en todos los sujetos del estudio.

Cuando la madre se hubo retirado, con las notas tomadas de las observaciones realizadas, el psicólogo puntuaba el perfil materno correspondiente en las hojas de registro.

Dado que la presencia o no de alteraciones dermatológicas en la gran mayoría de nuestros niños era apreciable a simple vista y no se disponía de otro colaborador para seleccionar la muestra no fue posible realizar un estudio ciego. Creemos que la confiabilidad del psicólogo se podía ver afectada por algunas de las causas identificadas por Caetano (1978) en su ar--

título sobre la baja confiabilidad del diagnóstico en psiquiatría en el que menciona a) características del diagnosticador (concepción teórica, experiencia profesional, influencia interpersonal, clase social); b) elementos del proceso diagnóstico (técnicas de entrevista, percepción de patología, importancia atribuida a los síntomas y las diversas áreas de información que contribuyen al diagnóstico, la clasificación usada).

Con la finalidad de reducir la influencia de estos factores de baja confiabilidad en nuestro estudio, el psicólogo A fue sometido, como paso previo a esta investigación, a un entrenamiento acerca de la calificación del perfil materno con el propósito de normatizar su criterio con el de un calificador estandarizado y obtener un índice de confiabilidad. Este entrenamiento consistió en la calificación independiente de 2 observadores (standarizado y en entrenamiento) de aproximadamente 40 perfiles maternos aplicados a madres de hijos menores de 36 meses que no presentaban patología específica. El índice de confiabilidad se obtenía mediante la fórmula: número de acuerdos dividido entre la suma de los acuerdos más desacuerdos cuyo resultado tenía que ser igual o mayor de .9 para ser aceptado.

Debemos subrayar que el perfil materno empleado se utilizó principalmente con el objeto de poseer parámetros de observación que nos permitieran integrar en forma más o menos completa y sistemática las conductas de la interacción madre-hijo en una situación de prueba y no como un instrumento de medición de normalidad o patología.

III.5. Diseño experimental.

No hubo un diseño experimental propiamente dicho pues no se manipuló directamente ninguna variable independiente. El -- análisis empleado fue del tipo ex post facto ya que se realizó un proceso de equiparación de atributos de las variables (Campbell; Stanley, 1973). A fin de evaluar la hipótesis se tomaron grupos con diferentes características en la variable (neurodermatitis, prurigo y sanos). La relación madre-hijo puede también estar afectada por otras variables como el sexo del niño, edad, lugar entre los hermanos, escolaridad de la madre, clasificación socioeconómica, etc. El modo de comportamiento de la madre puede considerarse tanto variable independiente como dependiente ya que entre el padecimiento que el niño presenta y el modo de comportamiento de la madre parece existir un fenómeno circular en donde las influencias son mutuas dependiendo del momento y las circunstancias.

Se trabajó en base a un análisis estadístico de comparación de muestras, utilizando estadística no paramétrica, la cual puede aplicarse en aquellos casos en que la distribución muestral es desconocida y es la más apropiada para el análisis de muestras pequeñas. Para seleccionar la prueba estadística -- adecuada a cada caso se consideró el tamaño de las muestras, -- el tipo de medición y las frecuencias esperadas.

Previo a la prueba de hipótesis de este estudio se realizaron una serie de pruebas a fin de asegurar la homogeneidad de los 3 grupos en relación a variables que pudieran estar interviniendo y en los casos en que los grupos fueran heterogéneos evaluar su asociación con las variables de estudio.

Las pruebas estadísticas elegidas con el fin de poder determinar la homogeneidad de los grupos y por lo tanto averiguar si existe una diferencia entre ser neurodermatítico, sano o prúrigo para que se manifieste un valor determinado de la variable fueron las siguientes:

- a) Prueba de Fisher para el análisis de la categoría "el niño al cuidado de..."
- b) Prueba de χ^2 en el análisis de la clasificación económica.
- c) Análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis en edad del niño.
- d) Prueba de Kolmogorof-Smirnov para "tiempo de cuidado".
- e) Prueba de U. Mann-Whitney para el análisis de edad y escolaridad de la madre.

Las pruebas empleadas en el análisis de la información obtenida en el cuestionario de información con el fin de detectar si existía alguna relación entre las categorías y la variable en estudio fueron:

- a) Prueba de Fisher en el análisis de lugar entre hermanos.
- b) Prueba de χ^2 en embarazo planeado y deseado, expectativas por el sexo y cumplimiento de la expectativa.
- c) Prueba de U. Mann-Whitney en tiempo de amamantamiento.

La prueba empleada para probar nuestras hipótesis y poder determinar si existe una diferencia significativa entre ser neurodermatítico, prúrigo y sano en relación al tipo de conducta materna que la madre presentó en cada uno de los 20 puntos que explora el perfil materno fue la prueba de probabilidad exacta de Fisher. La prueba de U. Mann-Whitney se utilizó para probar la hipótesis de si existe una diferencia significativa entre los

resultados del desarrollo evolutivo y el padecer neurodermatitis, prúriga o ser sano.

Las hipótesis nulas (H_0) que se trabajaron fueron determinadas bajo el principio de independencia de variable; el nivel de significancia establecido para rechazarlas fue el de 0.05 y valores de .10 se consideraron como tendencias a diferir significativamente.

Tabla 1. Características generales de las muestras en valores porcentuales.

		NDA	S	P	Total
Sexo	Masc.	45	50	53	49
	Fem.	55	50	47	51
Edad del menor en meses	0 - 6	20	20	0	15
	6 - 12	30	25	20	25
	12- 18	15	15	27	18
	18- 24	20	20	20	20
	24- 30	0	5	13	5
	30- 36	15	15	20	16
Tiempo de cuida- do por la madre en horas	20- 24	75	90	80	82
	16- 19	10	5	7	7
	14- 15	15	5	13	11
Edad de aparición del padecimiento en meses	0- 12	85	-	53	69
	12- 24	15	-	33	24
	24- 36	0	-	13	7
	\bar{X}	5	-	15	10
Tiempo de evolu- ción del padeci- miento en meses	0- 12	80	-	73	77
	12- 24	15	-	27	21
	24- 36	5	-	0	2
	\bar{X}	9	-	6	8
Ant. dermatológi- cos familiares	Sí	20	35	33	29
	No	80	65	67	71
Clasificación económica	A	5	5	13	7
	G	40	40	73	49
	H	40	40	13	33
	P	15	15	0	11

Tabla 1. Cont.

		NDA	S	P	total
Ocupación	Empleado oficina	25	10	20	18
paterna	Profesionista	20	25	0	16
	Obrero	20	10	7	13
	Comercio pequeño	5	20	7	11
	Albañil	0	5	20	7
	Comercio mayoreo	0	15	0	5
	Chofer	5	0	13	5
	Carpintero	5	0	13	5
	Velador	0	5	13	5
	Hojalatero	0	10	0	4
	Agricultor	5	0	0	2
	Impresor	5	0	0	2
	Radio-técnico	0	0	7	2
	Estilista	5	0	0	2
	Futbolista	5	0	0	2
N		20	20	15	55

CAPITULO IV. PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS.

Procederemos ahora a la presentación de los resultados exponiendo en primer lugar los correspondientes a los análisis efectuados de las variables sexo, edad del niño, persona responsable del tratamiento del niño en casa, el niño al cuidado de..., tiempo que la madre cuida del niño, edad de la madre, escolaridad materna, acompañamiento y clasificación socioeconómica que efectuamos con el fin de averiguar la homogeneidad de las muestras.

Posteriormente presentaremos los resultados, en términos de porcentajes y valores promedio, de la información obtenida por medio del cuestionario de identificación de algunos factores que consideramos podrían estar relacionados con la presencia o no de la neurodermatitis atópica. Creemos que estos datos pueden orientar futuros trabajos y ofrecemos algunas referencias que apoyen la interpretación de nuestros resultados.

En seguida, presentaremos los resultados del tratamiento estadístico aplicado a cada uno de los 20 puntos del perfil materno ante los cuales determinamos bajo el principio de independencia de variables sus respectivas hipótesis. Se compararon los 3 grupos por separado con el objeto de averiguar el grupo o grupos que marcaban la diferencia.

Por último, se incluyen también las comparaciones de los resultados del desarrollo evolutivo de los 3 grupos.

Resultados del análisis de homogeneidad de las muestras.

SEXO.- La variable sexo se mantuvo en proporción semejante en los 3 grupos con una probabilidad aleatoria próxima al 50%, tal como lo mostró inicialmente el grupo de neurodermatitis. No se realiza análisis estadístico pues es obvio que no existe diferencia significativa. Las muestras de sujetos con neurodermatitis, prúrigo y sanos son homogéneas en esta variable.

	NDA	S	P	Total
Masc	45%	50%	53%	49%
Fem	55%	50%	47%	51%

EDAD.- Tanto la neurodermatitis como el prúrigo se presentan a edades tempranas, sin embargo, el promedio de edad fue mayor en los niños con prúrigo por insectos. La media del grupo sano difirió menos con respecto al grupo de neurodermatitis debido a que se eligió la muestra de acuerdo a la frecuencia por rangos de edad que mostró el grupo de trabajo. Pretendemos averiguar si estas diferencias son significativas.

	NDA	S	P
\bar{x} en días	439	455	631
\bar{x} años/meses	$1^2/12$	$1^3/12$	$1^8/12$
N	20	20	15

$I^2 = 5.99$ No significativa al 0.05. Por tanto las muestras son homogéneas en esta variable.

PERSONA RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DEL NIÑO EN CASA.- En un tratamiento dermatológico de la naturaleza del que nos ocupa se requiere de cuidados especiales continuos de diversa índole realizados en casa para el control del padecimiento (apéndice 5). Cuando se trata de un infante, es obvio que depende de una tercera persona para la aplicación de su tratamiento. Los cuidados que se le suministran a la piel del niño pueden ser tan útiles como la mejor terapia medicamentosa y sus efectos se manifestarán en el orden físico y psicológico.

Por esta razón a la persona que se le realizara el perfil materno tenía que ser la misma persona responsable del tratamiento del niño en casa para tener un mayor control de los efectos de esta variable. En el 100% de los 55 casos la madre era la persona responsable del tratamiento del niño en casa y fue a ella a quien se le aplicó el perfil materno.

EL NIÑO AL CUIDADO DE....- Al captar nuestra muestra de neurodermatitis observamos que los niños además de ser atendidos por las madres eran cuidados por alguna otra persona más cuando la madre trabajaba fuera de casa, por esta razón necesitábamos averiguar si existía alguna diferencia significativa en esta variable en los 3 grupos de estudio.

	NDA	S	P
Sólo madre	75%	90%	73%
Madre + otro	25%	10%	27%

$P = 0.199866$. No significativa al 0.05. Los grupos son homogéneos en esta variable.

TIEMPO DE CUIDADO.- Si bien se observó que no había una diferencia significativa entre los 3 grupos en que el niño fuera cuidado por otra persona si consideramos conveniente averiguar si existía alguna diferencia en el tiempo de cuidado diario por parte de la madre. Ya en nuestra definición de madre (pag. 9) habíamos determinado que el tiempo mínimo de cuidado por parte de ésta debía ser de 14 hrs. diarias mínimo en 5 días de la semana. Por lo tanto procedimos a indagar si existía alguna diferencia entre padecer neurodermatitis, prúriga o ser sano y el tiempo que el niño es cuidado por la madre.

	NDA	S	P
20 a 24 hrs.	75%	90%	80%
16 a 19 hrs.	10%	5%	7%
14 a 15 hrs	15%	5%	13%

$K_D = 5$ No significativo al 0.05. Las muestras son homogéneas en esta variable.

EDAD DE LA MADRE.- La edad de la madre al nacer el niño fue una variable no controlada pero que puede influir en el manejo que tenga con su niño, deseamos averiguar si existe una diferencia significativa entre la edad de la madre y la variable en estudio y ver si en ese aspecto nuestros grupos son homogéneas.

	NDA	S	P
≤ a 20 años	30%	10%	20%
21 a 30 años	55%	80%	67%
31 a ∞ años	15%	10%	13%
\bar{X} en años	24	25	23

U = 162. No significativo al 0.05. Las muestras son homogéneas en esta variable.

ESCOLARIDAD DE LA MADRE.- La educación formal que una persona recibe propicia cambios en sus actitudes y prácticas; hemos de esperar, entonces, que el grado de escolaridad materna influya en el comportamiento general hacia su hijo de la misma manera en que se relaciona, en lo particular, con el estado de salud del niño (Cravioto, 1972).

En tanto que la escolaridad materna en el grupo de neurodermatitis y sano se mantuvo en el mismo nivel, el promedio de escolaridad materna en el grupo prúrigo fue menor en comparación. Con el fin de determinar si nuestros grupos son homogéneos con respecto a esta variable, procedimos a su análisis.

	NDA	S	P
≤ a 5 años	20%	20%	60%
7 a 12 años	60%	60%	27%
13 a ∞ años	20%	20%	13%
\bar{X} años	10	10	8

U = 111. No significativa al 0.05. Las muestras son homogéneas en esta variable.

ACOMPANAMIENTO.- El hecho de que la madre estuviera acompañada o no por otra persona podría afectar su comportamiento en la sesión de valoración ya que su capacidad para centrar la atención podría verse disminuida, o bien, proporcionarle una sensación de tensión o apoyo emocional en el momento de su participación por tal motivo se analizó si existía alguna diferen-

cia significativa de la presencia de esta variable en los 3 grupos.

	NDA	S	P
Acompañada	55%	45%	80%
No acompañada	45%	55%	20%

$\chi^2 = 4.48$ No significativa al 0.05. Los grupos son homogéneos en esta variable.

CLASIFICACION ECONOMICA.- Determinar el nivel socioeconómico de una familia requiere de la consideración de por lo menos 3 aspectos: escolaridad y ocupación paternas e ingreso económico familiar. Generalmente estos aspectos se encuentran en relación recíproca proporcional directa, esto es, a mayor escolaridad, ocupación mejor remunerada y por tanto un nivel social más alto. Naturalmente esto no se cumple rigurosamente en todos los casos. Sin embargo, creemos que el poder disponer de alguno de estos parámetros nos puede servir de aproximación con respecto al nivel socioeconómico al que pertenece una familia. Puesto que nosotros no contábamos con una clasificación socioeconómica confiable que integrara todos los aspectos, adoptamos los mismos criterios económicos empleados por el servicio de trabajo social del Instituto en que se realizó el estudio para el otorgamiento de una clasificación económica (pag. 25 y apéndice 2).

La clasificación económica de los grupos neurodermatitis y sanos se mantuvo equilibrada, no así en el de prurigo, en donde se observaron niveles menores. Analizamos con respecto a esta variable si la diferencia entre los 3 grupos era significativa. Reunimos los datos en 2 categorías: A y G; H y P.

	NDA	S	P
A + G	45%	45%	87%
H + P	55%	55%	13%

$\chi^2 = 6.4$ Valor significativo al 0.005. Con respecto a esta variable los grupos no son homogéneos.

Resultados del cuestionario de identificación.

A continuación presentaremos los resultados de la información obtenida por medio del cuestionario de identificación aplicado a cada una de las madres de nuestros sujetos. Estos datos también fueron sometidos a análisis estadístico pero en ningún caso se obtuvo diferencia significativa. Los datos se ofrecen en números enteros y se obtuvieron de las N's respectivas de cada grupo.

		NDA	S	P	total
Lugar entre los hermanos	Primero	55%	35%	53%	48%
	Otro	45%	65%	47%	52%
Embarazo planeado	Sí	55%	40%	47%	47%
	No	45%	60%	53%	53%
Embarazo deseado	Sí	85%	65%	67%	72%
	No	15%	35%	33%	28%
Problemas en el embarazo o parto	Sí	15%	35%	40%	30%
	No	85%	65%	60%	70%
Expectativas por el sexo	Sí	80%	55%	60%	65%
	S/P'	20%	45%	40%	35%
Cumplimiento de la expectativa	Sí	80%	55%	60%	65%
	No	20%	45%	40%	35%

		NDA	S	P	total
Tiempo de amantamiento en días	≤ 60	40%	40%	27%	35%
	> 60	60%	60%	73%	65%
	\bar{x}	119	147	163	143
Tiempo transcurrido en solicitar atención médica en días	≤ 15	70%	-	87%	79%
	> 15	30%	-	13%	21%
	\bar{x}	16	-	14	15
Ocupación de la madre	El hogar	75%	90%	73%	79%
	Fuera hogar	25%	10%	27%	21%
Tiempo integrada la familia en años	≤ 5	45%	65%	53%	54%
	> 5	55%	35%	47%	46%
	\bar{x}	6	5	5	5
Familia funcional	Sí	75%	75%	80%	77%
	No	25%	25%	20%	33%
	N	20	20	15	55

' = Sin preferencia.

Resultados del perfil materno.

Antes de realizar la comparación de las calificaciones del perfil materno entre los 3 grupos de estudio procedimos a comparar los resultados obtenidos por las madres del grupo sano que acudieron voluntariamente a la realización del examen de desarrollo y las que se captaron al acudir a vacunación con el fin de averiguar si existía una diferencia significativa en el modo de comportamiento de las madres por la presencia de esta variable ya que las voluntarias podrían estar más motivadas a interactuar. Encontramos que el 70% de los sujetos se captó cuando acudió a vacunación y el 30% fue de cooperación voluntaria no evidenciándose probabilidades significativas menores de .05 en

ninguno de los puntos del perfil materno por lo que los sujetos se compararon como un solo grupo con respecto a esta variable. Los resultados de esta comparación se presentan a continuación:

Punto	Probabilidad	Punto	Probabilidad
1	.77	9	.66
2	.78	10	.92
3	.92	11	.70
4A	.42	12	.79
4B	.66	13	.86
4C	.86	14	.68
5	.38	15	.78
6	.38	16	.12
7	.77	17	1
8	.20	18	.54

La probabilidad de que las madres del grupo sano respondan de diferente manera en cualquiera de los 20 puntos del perfil materno por el hecho de captarse en vacuna o ser de cooperación voluntaria es muy pequeña, menor de .05. Esto podría explicarse porque las madres de vacuna tenían la alternativa de negarse a cooperar.

Realizamos además una comparación intragrupal de la variable acompañamiento en los 3 grupos de estudio con el fin de indagar si existe una diferencia significativa entre los perfiles maternos dada por la presencia o no de un acompañante de la madre en el momento del examen. Presentamos a continuación los resultados del análisis intragrupal de cada uno de los 20 puntos del perfil materno con respecto a la variable acompañamiento en los grupo neurodermatitis ($N = 20$), sanos ($N=20$) y prurigo ($N = 15$).

Punto	NDA	Sanos	Prúrigo
1	.76	.50	.34
2	.36	.50	.37
3	.54	.72	.15
4A	.63	.50	.24
4B	.76	.50	.65
4C	.54	.50	.34
5	.63	.27	.84
6	.23	.12	.84
7	.45	.50	.34
8	.12	.19	.55
9	.36	.27	.65
10	.23	.72	.44
11	.75	.50	.80
12	.76	.50	1
13	.12	.77	.48
14	.87	.50	.80
15	.45	.50	.80
16	.76	.27	.20
17	.25	.71	.20
18	.76	.12	.44

En ningún punto del perfil materno de ninguno de los 3 grupos se encontró una probabilidad menor de .05 por lo que no hubo necesidad de realizar subgrupos con respecto a esta variable. Parece ser que las madres responden de manera semejante estén o no acompañadas por otra persona.

Al realizar el análisis de homogeneidad de las muestras observamos que existía una diferencia significativa en la clasificación económica marcada por el grupo de prúrigo; por tal moti

vo, realizamos 2 análisis estadísticos con las muestras al probar nuestras hipótesis. En el primero, comparamos los 20 sujetos del grupo de neurodermatitis contra los 20 sujetos del grupo de sanos ya que estas dos muestras sí eran homogéneas con respecto a las variables analizadas. En el segundo análisis estadístico se eliminaron las clasificaciones económicas altas de los grupos de neurodermatitis y sanos con el fin de homogeneizarlas con el grupo de prúrigos quedando constituidos los grupos por 12, 12 y 15 sujetos respectivamente.

En los cuadros 1 a 7 se presentan, en términos de porcentajes los datos originales del perfil materno con los cuales se realizó la primera comparación. (Ver final del capítulo). Los resultados del primer análisis, neurodermatitis contra sanos con $N = 40$, en términos de probabilidad se presentan en la Tabla 2. En ella se observa que en ningún punto del perfil materno se obtuvo una probabilidad significativa $\leq .05$ pero existen 3 puntos en los que sí se observa una tendencia a haberla ($\alpha = .10$) como son en el punto 2 (Impresión del examinador sobre como ve la madre su funcionamiento dentro del examen), en el 6 (control del niño durante el examen) y en el 15 (tipo de contacto físico con el niño).

La gráfica 1 muestra los totales de la suma acumulativa de las calificaciones obtenidas en cada uno de los 20 puntos del perfil materno del grupo neurodermatitis ($N = 20$) y del grupo sano ($N = 20$).

En los cuadros 8 a 17 (final del capítulo) se presentan en términos de porcentajes los datos originales del perfil materno de cada uno de los grupos con los cuales se realizó la segunda

comparación de las muestras. Los resultados del segundo análisis, al comparar a los 3 grupos entre sí con $\pm N = 39$ se presentan en la tabla 3. En esta tabla podemos observar que existe una diferencia significativa entre el grupo de neurodermatitis y sanos en el modo de comportamiento de la madre en el punto 4A del perfil materno y que se refiere a la reacción de la madre hacia niveles distintos de ejecución del niño, en particular cuando el niño obviamente hace muy bien lo que se le pide. Nuevamente, al igual que en el primer análisis, en el punto 15 del perfil, tipo de contacto físico con el niño, aparece una tendencia a diferir significativamente el modo de relación del grupo NDA en relación al de sanos. Con respecto al grupo de prúrico, el grupo de neurodermatitis difiere significativamente en el punto 9 del perfil (respuestas a las necesidades del niño) y en el punto 15 (tipo de contacto físico con el niño).

En este segundo análisis encontramos que existen diferencias significativas entre los 2 grupos testigo (prúrico por insectos y sanos) en lo que respecta al modo de comportamiento de la madre evaluado por los puntos 6 (control del niño durante el examen), 12 (interrelación emocional con el niño) y 16 (conciencia de status) del perfil materno.

Las gráficas 2 y 3 muestran los totales de la suma acumulativa de las calificaciones obtenidas en cada uno de los 20 puntos del perfil de los 3 grupos de trabajo tomando en consideración las Ns que los constituyeron en los análisis estadísticos.

Resultados del desarrollo evolutivo.

El nivel de desarrollo evolutivo se determinó mediante la -

fórmula: edad de desarrollo en días (determinado por su desempeño en el examen) entre la edad cronológica en días, multiplicando el resultado por 100, lo que nos da un coeficiente de desarrollo. Este nivel de desarrollo puede ser específico (por - area) o global (promediando el desempeño de todas las areas).

Puesto que en el análisis de homogeneidad de las muestras el grupo prúrigo resultó diferir significativamente en la variable de clasificación económica y esto puede influir en el tipo de estimulación que un niño recibe, los grupos se igualaron en este aspecto por lo que el análisis se efectuó con $\leq N = 39$.

La hipótesis a comprobar en este caso es: No existe diferencia significativa en el nivel de desarrollo evolutivo manifestado por los niños que padecen neurodermatitis o prúrigo en comparación al manifestado por los otros ni en los coeficientes de desarrollo específico ni global.

Area	Coef. Des.	NDA	S	P
Motriz	$\leq 100\%$	67%	33%	60%
	$> 100\%$	33%	67%	40%
	\bar{x}	93%	103%	97%
Adaptativa	$\leq 100\%$	75%	50%	73%
	$> 100\%$	25%	50%	27%
	\bar{x}	87%	100%	95%
Lenguaje	$\leq 100\%$	83%	75%	87%
	$> 100\%$	17%	25%	13%
	\bar{x}	90%	94%	79%
P. Social	$\leq 100\%$	67%	58%	87%
	$> 100\%$	33%	42%	13%
	\bar{x}	93%	100%	90%

Area	Coef. Des.	NDA	S	P
Global	$\leq 100\%$	92%	75%	80%
	$> 100\%$	8%	25%	20%
	\bar{X}	90%	100%	90%
		N=12	N=12	N=15

* = Diferencia significativa.

Se obtiene tendencia a diferir significativamente en el nivel de desarrollo correspondiente al area adaptativa entre los grupos neurodermatitis y sano, $U = 40.5$, ($\alpha < .10$) y diferencia significativa en el area de lenguaje entre el grupo de prurigo y sano, $U = 48.5$, ($\alpha < .05$). Por tanto se rechaza la hipótesis planteada en estos 2 casos: Existe una diferencia significativa entre el nivel de desarrollo específico del area adaptativa manifestado por el grupo de neurodermatitis en comparación al grupo de sanos y existe diferencia significativa entre el nivel de desarrollo específico del area de lenguaje manifestado por el grupo de prurigo en comparación al grupo de sanos.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Homogeneidad de las muestras.

Al realizar el análisis de homogeneidad de las muestras pudimos detectar que los grupos de neurodermatitis y sanos son muy semejantes entre sí, en ninguna de las variables analizadas hubo diferencias significativas y fue el grupo de prurigo el que más difirió en relación a los otros 2 grupos; sin embargo solo en la variable clasificación económica la diferen-

cia fue significativa. Los grupos sano y neurodermatitis son semejantes ya que se encuentran constituidos tanto por clasificaciones económicas bajas como altas, mientras que el grupo prúriga está principalmente integrado por clasificaciones bajas. En tanto que el padecer neurodermatitis o ser sano parece no estar relacionado con el nivel de ingresos familiares, el padecer prúriga es mucho más frecuente en familias con escasos recursos ya que probablemente se encuentran más expuestos al agente causador de la afección por las condiciones higiénicas personales y ambientales en las que viven. La influencia de esta variable - consideramos que puede ser determinante en la obtención de resultados válidos, por tanto, nos vimos en la necesidad de equilibrar las clasificaciones económicas de los grupos para controlar su influencia.

Aun cuando en otras variables no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, nos llaman la atención - los porcentajes que se presentaron en 3 de las categorías. Así tenemos que mientras los niños sanos son cuidados por su madre el 90% de las veces de 20 a 24 hrs diarias por lo menos 5 días de la semana en el 90% de la totalidad, los niños con neurodermatitis son cuidados en un 75% por sus madres y en un 75% de la totalidad de 20 a 24 hrs durante 5 días a la semana. Los niños con prúriga son cuidados en un 73% por sus madres únicamente y el 80% de la totalidad son atendidos por ellas durante más de 20 horas diarias. Por tanto, los niños sanos transcurren más tiempo con sus madres.

En la variable escolaridad, las madres de los grupos sano y neurodermatitis son semejantes, la mayoría de estas madres por lo menos han estudiado la escolaridad secundaria. La mayoría de las madres del grupo de prúriga solo estudió los niveles

primarios. Las madres de los grupos de neurodermatitis y sanos además de un mayor nivel económico parecen ser más escolarizadas que las de prúrigo.

Cuestionario de identificación.

Con los datos obtenidos del cuestionario de identificación no se hayaron diferencias significativas entre los grupos pero llaman la atención algunos porcentajes.

Los grupos de neurodermatitis y prúrigo presentan un mayor porcentaje de hijos primogénitos (55% y 53%) en comparación al del grupo de sanos (35%). Parece ser que los primogénitos son más propensos a padecer infecciones de la piel. Esto podría deberse a que en ellos recae la inexperiencia de atención y manejo por parte de la madre y sean más susceptibles de padecer este tipo de alteraciones de la piel.

En el grupo de neurodermatitis, los embarazos fueron planeados y deseados en una mayor proporción que en los grupos de sanos y prúrigo y presentaron un menor porcentaje de problemas durante el embarazo y parto, esto parecería indicar que los factores de riesgo emocional para el desempeño del maternaje fueran menores en este grupo; sin embargo, este grupo mostró también un más alto porcentaje en relación a las expectativas que tenían en cuanto al sexo deseado del hijo por nacer y mayor fue el porcentaje de estas madres a las que no se les cumplió su expectativa en comparación a las de los otros dos grupos; esta situación puede generar una mayor frustración en las madres y plantear una relación de rechazo al niño que dificulte el maternaje. Este aspecto puede vincularse y agravarse con el hecho de ser primogénito y constituirse en factores de alto riesgo en la crianza del hijo.

En relación al tiempo de amamantamiento del niño, los porcentajes de los grupos sanos y neurodermatitis son iguales. El 60% de estas madres amamantó por más de 2 meses a sus hijos, en tanto que el 73% de las madres de prúriga los amamantó por ese tiempo. Esta circunstancia puede deberse a condiciones ideosincráticas y económicas propias del grupo de prúriga que hacen que estas madres amamanten más tiempo a sus hijos. Según los estudios de Searinen y col. (1979) era de esperar que los niños con neurodermatitis atópica hubieran sido menos amamantados por sus madres que los del grupo sano pero esto no ocurrió.

Curiosamente, no obstante la menor instrucción escolar y posibilidad económica de las madres del grupo de prúriga, estas acuden a la consulta médica para la atención del padecimiento de su hijo en un tiempo menor que lo que lo hacen las madres del grupo de neurodermatitis, esto nos podría hacer pensar que aquellas madres se encuentran más solícitas a las necesidades de su hijo; sin embargo, la diferencia es tan pequeña que puede estar dada por el hecho de que hay más madres que trabajan fuera del hogar en el grupo de neurodermatitis y esto condicione la postergación de la atención médica y marque esa diferencia.

Un mayor número de madres de niños sanos se dedica al hogar (90%) en comparación a las madres de los otros 2 grupos. Este punto se relaciona de manera directa con el tiempo de cuidado que la madre dedica al niño y que ya mencionamos anteriormente.

Recordamos que estas diferencias no son significativas pero pueden orientar futuras investigaciones en cuanto al control de variables.

Perfil materno.

La hipótesis de trabajo planteada por nosotros fue: "Si -- las madres de niños con neurodermatitis poseen un modo particular de relación con su hijo, entonces existirán diferencias significativas en comparación a la relación de una madre con un hijo sano". De acuerdo a esta hipótesis habíamos de esperar para corroborarla que por lo menos en uno de los 20 puntos que explora el perfil materno encontraríamos diferencia significativa en el grupo de neurodermatitis con respecto al grupo de sanos. De la misma manera, si las madres de niños con neurodermatitis poseen un perfil materno característico en la relación con su hijo que no depende únicamente de la presencia de un padecimiento dermatológico entonces existirán diferencias significativas en algún punto del perfil materno al compararlas con las madres de hijos que padecen prurigo por insectos.

En relación al grupo de sanos, las madres de niños con neurodermatitis difieren en los puntos 4A ($\alpha < .05$), 2, 6 y 15 -- ($\alpha < .10$). Esto quiere decir, que en los aspectos que exploran estos puntos, los modos de relación de las madres son diferentes. Como podemos observar en la gráfica 1-2 mientras que las madres del grupo sano obtienen calificaciones próximas de 3, 4, 3 y 4-5 en los puntos 4A, 2, 6 y 15 respectivamente; las madres del grupo de neurodermatitis obtienen calificaciones de 4, 2-3, 4 y 3-4 en esos mismos puntos. Lo anterior significa: en relación al grupo sano, las madres del grupo neurodermatitis difieren en 4 puntos: impresión del examinador sobre como ve la madre su papel dentro dentro de la prueba, reacción de la madre cuando el niño realiza muy bien lo que se le pide, control del niño durante el examen y tipo de contacto físico que establece.

Las madres del grupo de neurodermatitis ayudan de manera adecuada en el examen solo cuando es necesario o de beneficio para el niño, observan pero no son expresivas cuando el niño ejecuta muy bien lo que se le pide, controlan al niño orientando su atención para asegurar su máxima eficiencia en el examen y son consideradas en el manejo físico del niño pero muestran dificultad; en tanto, las madres del grupo sano solo guían al niño cuando la situación se vuelve extrema, sonrían con moderada expresión de agrado cuando el niño ejecuta muy bien lo que se le pide, en pocas ocasiones controlan al niño y solo lo hacen cuando lo creen necesario, son consideradas en el manejo físico del niño el cual realizan sin dificultad.

En relación al grupo de prurigo se observaron diferencias significativas en los puntos 9 y 15 ($\alpha < .05$) del perfil. Las madres del grupo de neurodermatitis difieren en su comportamiento en lo que se refiere a la manera de responder a las necesidades del niño y al tipo de contacto físico que establecen. En tanto que las madres de neurodermatitis obtuvieron calificaciones próximas a 4 en el punto 9 y 15, las madres del grupo control obtuvieron 3 y 5 respectivamente (gráficas 2 y 3). Las madres del grupo de neurodermatitis responden rápidamente a las necesidades del niño y son más consideradas en el manejo físico que realizan con el niño pero tienen dificultades en realizarlo, mientras que las madres del grupo prurigo responden más lentamente a las necesidades del niño y son menos consideradas en el manejo físico del pequeño pero no tienen dificultad para realizarlo.

En el siguiente cuadro aparecen las proposiciones a las que se refiere cada uno de los puntos que resultaron diferir signifi

cativamente en relación al grupo de neurodermatitis y que resume lo anteriormente dicho:

Punto Grupo Calif. Proposición

2			Impresión del examinador sobre como ve la madre su papel dentro de la prueba.
	NDA	4	La madre ayuda de manera adecuada solo - cuando es necesario o benéfico para N.
	Sano	3	La madre cree que su papel es guiar al niño si la situación se vuelve extrema.
4A			Reacción de la madre hacia niveles distintos de ejecución. Cuando el niño obviamente lo hace muy bien.
	NDA	2	Observa pero no es expresiva.
		3	Sonríe con moderada expresión de agrado.
	Sano	4	Sonríe con aprecio y a veces verbaliza su agrado.
6			Control del niño durante el examen.
	NDA	4	Controla al niño orientando su atención y posición para asegurar su máxima eficiencia.
	Sano	3	En pocas ocasiones controla al niño y sólo lo hace cuando cree que es necesario.
9			Respuesta a las necesidades del niño.
	NDA	4	Responde rápidamente a las necesidades.
	Pgo	3	Responde apropiadamente pero en forma retardada.
15			Tipo de contacto físico con el niño.
	NDA	3	Considerada pero con dificultades en el manejo.
		4	Manejo considerado y sin dificultad.
	Sano	4	Manejo considerado y sin dificultad.
		5	Despreocupada y sin dificultad en el manejo.
	Pgo	5	Despreocupada y sin dificultad en el manejo.

Creemos que en este tipo de estudio también es conveniente hacer notar los puntos del perfil materno en que las probabilidades de que la información que obtuvimos proceda de una misma población es alta ($\alpha > .60$).

En la tabla 2 podemos observar que existe una probabilidad de .64 de que las madres del grupo de neurodermatitis y sanos respondan de la misma manera ante la situación que evalúa el punto 13 del perfil materno (cantidad de comunicación verbal). En la tabla 2 se obtienen probabilidades altas en los puntos 8 (sensibilidad hacia al niño), 10 (expresiones de afecto), 11 - (expresiones de hostilidad) y 16 (conciencia de status) con probabilidades de .67, .66, .76 y .66 respectivamente. Las madres de ambos grupos manifiestan un contacto excelente con el niño, se muestran calmadas a tono con las necesidades del niño y del examen, responden con afecto pero no abiertamente, no evidencian agresión al niño, verbalizan lo suficiente para cubrir las necesidades que ellas consideran y se muestran interesadas y atentas estableciendo su jerarquía como madres solo parcialmente.

En la comparación NDA y prúrigo (tabla 3) se obtienen probabilidades altas en los puntos 11 (expresiones de hostilidad), 13 (comunicación verbal) y 17 (evaluación global que la madre hace del niño) con probabilidades de .81, .78 y .81. Las madres de estos grupos no evidencian agresión hacia el niño, verbalizan lo suficiente como para cubrir las necesidades que ellas consideran y aceptan en general el rendimiento del niño durante el examen aun cuando sus respuestas no son óptimas.

En la comparación sanos-prúrigo (tabla 3) se encontraron probabilidades altas en los puntos 3 (interés en el nivel de

ejecución), en el 4B (reacción ante una tarea de dificultad - mediana), 7 (tolerancia de la conducta), 8 (sensibilidad hacia el niño), 11 (expresiones de hostilidad), 13 (cantidad de comunicación verbal), 14 (cantidad de contacto físico) y 15 (tipo de contacto físico), con probabilidades de .78, .68, .68, .71, .81, .61, .81 y .81 respectivamente. Las madres de ambos grupos observan con interés el examen, aceptan la ejecución como normal cuando el niño tiene dificultades, muestran preocupación ante el comportamiento negativo del niño pero reaccionan con calma, no evidencian agresividad al niño, verbalizan lo suficiente como - para cubrir las necesidades que ellas consideran, aceptan el contacto físico y son despreocupadas en el manejo físico el cual realizan sin dificultad.

Estos resultados sugieren que los modos de comportamiento de las madres del grupo de prurigo tienden a semejarse más al modo de comportamiento de las madres del grupo sano que el de las madres de neurodermatitis aunque éstas tienen más puntos de coincidencia con las madres sanas que con las de prurigo. Los tres grupos mostraron respuestas semejantes en la cantidad de comunicación verbal y en la expresión de hostilidad.

Al incluir el grupo de prurigo como control, nuestra intención fue el pretender dar respuesta a la interrogante que Whitlock plantea con respecto a si la relación madre-hijo afecta el padecimiento dermatológico o es el padecimiento el que determina el modo de relación materno-infantil. Si como este autor sugiere el modo de comportamiento se ve influido por el padecimiento el tipo de relación de las madres del grupo de neurodermatitis y de las de prurigo deberían ser semejantes y no existir diferencias

significativas. Como ya vimos, el grupo prúrigo es más semejante al de sanos y menos parecido al de neurodermatitis obteniéndose se incluso algunas diferencias significativas.

De acuerdo a nuestro marco teórico, el grupo de prúrigo no debería de diferir significativamente con respecto al grupo de sanos en lo que respecta al modo de relación madre-hijo ya que se supondría que pertenecen a la misma población y su relación materno infantil no influye en la aparición y evolución del padecimiento hasta donde se sabe, y sin embargo encontramos diferencias entre estos grupos en 3 puntos: control del niño durante el examen, interrelación emocional con el niño y conciencia de status. Mientras que las madres del grupo sano en pocas ocasiones controlan al niño y solo lo hacen cuando lo creen necesario, evidencian muy estrecha relación emocional conservando — cierta objetividad y se muestran interesadas y atentas estableciendo su jerarquía como madres solo parcialmente; las madres del grupo de prúrigo controlan al niño orientandolo para asegurar su máxima eficiencia, manifiestan ligas emocionales muy poderosas mostrando cierta objetividad y participan en la evaluación haciendo uso de su jerarquía como madre. Si bien encontramos puntos en los que difieren significativamente, son mayores los puntos de semejanza que presentan ambos grupos. Creemos que las diferencias entre estos dos grupos pueden deberse a la influencia de otras variables desconocidas por nosotros y no controladas.

Desarrollo evolutivo.

De acuerdo a los hallazgos de Spitz habríamos de esperar un retraso en el desarrollo psicobiológico de los niños con neu-

rodermatitis en el sector de adquirir conocimientos (area adaptativa) y en el de relaciones sociales (lenguaje y personal-social). Vemos que en nuestro estudio los niños con neurodermatitis presentan niveles evolutivos menores en todas las areas en comparación a los sanos aun cuando solo en el area adaptativa se encuentra una tendencia a diferir significativamente.

Estos resultados parecen coincidir con los de Spitz y con los reportados en una tesis reciente (Heredia, Y. ; Ramirez, A. 1982). Mientras que los niños sanos obtienen coeficientes de desarrollo de acuerdo a su edad (100%) los niños con neurodermatitis parecen madurar más lentamente (90%).

El grupo de prúriga también presentó niveles de desarrollo menores a los del grupo sano con una diferencia significativa en el area de lenguaje. En general, los porcentajes del grupo de prúriga están más próximos a los de neurodermatitis que a los de sanos.

El hecho de que los 2 grupos con afecciones de la piel presenten niveles de desarrollo evolutivo inferiores a lo esperado plantea dos interrogantes: ¿ Son menos estimulados por sus madres estos niños? o ¿ El estado de malestar físico frecuente en el que se encuentran (comezón, irritabilidad, somnolencia, etc.) produce que estén menos dispuestos al aprendizaje? Nosotros -- creemos que ambas situaciones influyen con diferente peso en el retraso del desarrollo que los niños manifiestan pero suponemos que es principalmente la actitud que las madres adoptan hacia estos niños lo que bloquea la motivación y disposición para el aprendizaje. Durante el desempeño de este trabajo tuvimos oportunidad de observar que algunas madres de niños con neurodermatitis enguantan o vendan las manitas de sus hijos, u otras partes

del cuerpo, para evitar el rascado, otras prefieren que el niño se encuentre somnoliento y quietecito por temor a irritarlo si tratan de alertarlo.

Por medio del perfil materno detectamos lo siguiente: las madres de niños con neurodermatitis y prurigo en comparación al grupo de sanos presentan un interés ligeramente menor en el nivel de ejecución manifestado por el niño durante el examen, sus reacciones son menores hacia los logros del niño en los diferentes niveles de dificultad de tareas y son más conformistas en cuanto a la evaluación global que hacen de sus niños no obstante que su desempeño no sea del todo satisfactorio. Todas estas situaciones son desfavorables en la creación del medio idóneo para la estimulación del niño y por tanto pueden afectar su maduración psicobiológica.

Tabla 2. Resultados del primer análisis efectuado en los 20 puntos del perfil materno de los grupos neurodermatitis (N=20) y normales (N=20) en términos de probabilidad.

Punto del perfil	$\alpha > .10$	$\alpha \leq .10$	$\alpha \leq .05$
1. Respuesta a entrevista	.37		
2. Impresión examinador		.08	
3. Interés ejecución	.50		
4A. Reacción al éxito	.16		
4B. Reacción a dificultad	.37		
4C. Reacción a fracaso	.50		
5. Cooperación	.25		
6. Control		.10	
7. Tolerancia	.22		
8. Sensibilidad	.35		
9. Respuesta a necesidades	.50		
10. Expresiones afecto	.50		
11. Expresiones hostilidad	.50		
12. Interrelación emocional	.22		
13. Comunicación verbal	.64		
14. Contacto físico	.30		
15. Tipo de contacto físico		.08	
16. Conciencia status	.36		
17. Evaluación global	.50		
18. Respuestas afectivas	.50		

Gráfica 1. Totales de la suma acumulativa de las calificaciones obtenidas en cada uno de los 20 puntos del perfil materno de los grupos neurodermatitis, N=20 y Sano N=20.

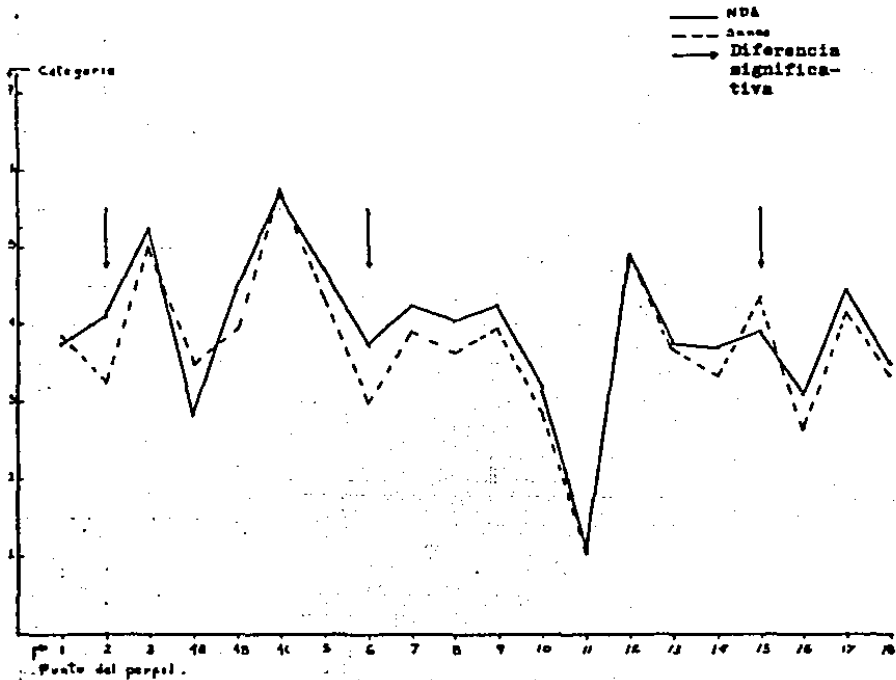


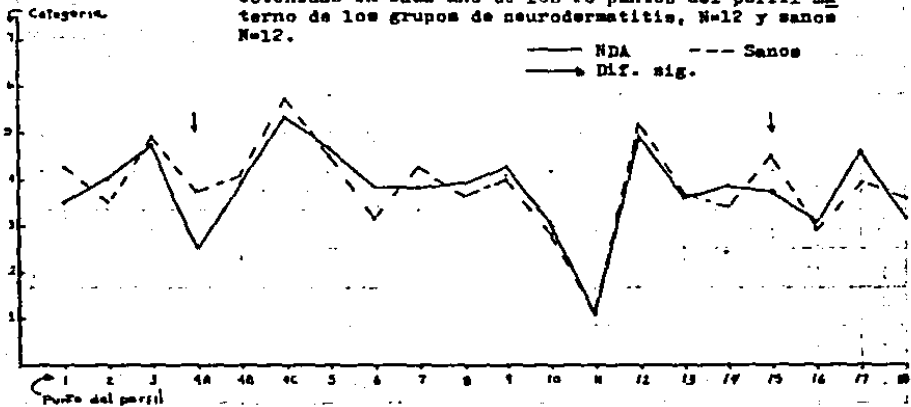
Tabla 3. Resultados del segundo análisis efectuado en los 20 puntos del perfil materno de los grupos neurodermatitis (N=17), saramon (N=12) y prurigo (N=15) en términos de probabilidad.

Punto del perfil	NDA-S	NDA-P	S-P
1. Respuesta entrevista	.70	.51	.28
2. Impresión examinador	.33	.41	.13
3. Interés ejecución	.32	.44	.78
4A. Reacción éxito	.01*	.13	.18
4B. Reacción dificultad	.50	.51	.68
4C. Reacción fracaso	.50	.78	.53
5. Cooperación	.50	.41	.25
6. Control	.32	.25	.05*
7. Tolerancia	.18	.18	.68
8. Sensibilidad	.67	.35	.71
9. Respuesta necesidades	.50	.04*	.10*
10. Expresión afecto	.66	.38	.36
11. Expresión hostilidad	.76	.81	.81
12. Interrelación emocional	.50	.13	.03*
13. Comunicación verbal	.50	.78	.61
14. Contacto físico	.29	.21	.81
15. Tipo contacto	.09*	.0047*	.81
16. Conciencia status	.66	.13	.05*
17. Evaluación global	.50	.81	.55
18. Respuesta afectiva	.50	.38	.55

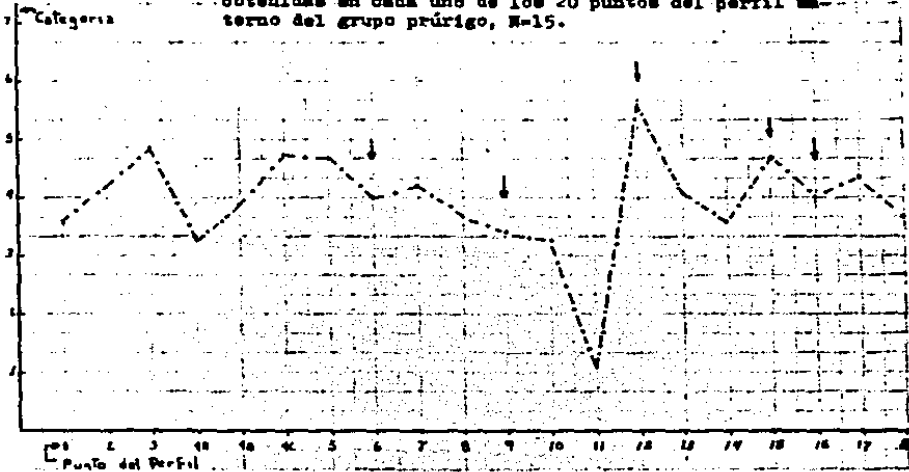
* = valor significativo $\leq .10$

+ = valor significativo $\leq .05$

Gráfica 2. Totales de la suma acumulativa de las calificaciones obtenidas en cada uno de los 20 puntos del perfil materno de los grupos de neurodermatitis, N=12 y sanos N=12.



Gráfica 3. Totales de la suma acumulativa de las calificaciones obtenidas en cada uno de los 20 puntos del perfil materno del grupo prúrigo, N=15.



Cuadros 1 a 7. Porcentajes obtenidos en las 7 categorías con que fueron calificados cada uno de los 20 puntos del perfil materno por las madres del grupo de neurodermatitis (N=20) y del grupo sanos (N=20). Se marca con un asterisco los puntos en los que se encontró diferencia significativa.

Cuadro 1.

	1. Respuesta entrevista		2. Impresión examinador*		3. Interés	
	NDA	S	NDA	S	NDA	S
1	-	5	5	-	-	-
2	15	15	5	45	5	-
3	40	25	15	10	5	10
4	20	25	30	25	10	20
5	10	10	40	15	50	35
6	10	15	5	5	25	30
7	5	5	-	-	5	5

Cuadro 2.

	4A. Reacción al éxito		4B. Reacción dificultad		4C. R. fracaso	
	NDA	S	NDA	S	NDA	S
1	-	-	-	-	-	-
2	40	5	20	30	-	5
3	35	50	10	10	5	-
4	20	40	25	25	20	10
5	5	0	20	10	5	10
6	-	5	25	20	40	50
7	-	-	-	5	30	25

Cuadro 3.

	5. Cooperación		6. Control*		7. Tolerancia		8. Sensibilidad	
	NDA	S	NDA	S	NDA	S	NDA	S
1	-	-	5	5	-	5	-	-
2	-	-	10	40	-	-	-	10
3	10	15	30	25	30	40	30	35
4	45	55	30	20	55	25	40	35
5	15	15	15	5	10	15	25	20
6	25	10	5	-	5	15	15	-
7	5	5	5	5	-	-	-	-

Cuadro 4.

	9.Resp. necesidades		10.Expr. afecto		11. Expr. hostilidad	
	NDA	S	NDA	S	NDA	S
1	-	5	5	5	90	95
2	10	10	20	40	10	5
3	20	20	35	20	-	-
4	30	30	30	35	-	-
5	20	20	10	-	-	-
6	15	15	-	-	-	-
7	5	-	-	-	-	-

Cuadro 5.

	12.Inter. emocional		13.Com. verbal		14.Cont. físico	
	NDA	S	NDA	S	NDA	S
1	-	-	5	-	-	-
2	-	-	15	20	10	20
3	10	10	10	20	25	30
4	20	15	45	35	50	45
5	40	60	20	20	15	5
6	30	10	5	5	-	-
7	-	5	-	-	-	-

Cuadro 6.

	15.Tipo contacto físico*		16.Conciencia status	
	NDA	S	NDA	S
1	-	-	20	35
2	-	-	5	10
3	35	20	40	30
4	45	35	20	15
5	15	35	10	-
6	5	10	5	10
7	-	-	-	-

Cuadro 7.

	17.Evaluación global		18.Resp. afectivas	
	NDA	S	NDA	S
1	-	-	-	5
2	-	-	20	20
3	15	35	35	35
4	30	15	20	20
5	50	50	25	15
6	5	-	-	5
7	-	-	-	-

Cuadros 8 a 17. Porcentajes obtenidos en las 7 categorías con que se calificaron cada uno de los 20 puntos del perfil materno por las madres del grupo de neurodermatitis (N=12), grupo sano (N=12) y del grupo pródigo (N=15). Se marca con un asterisco los puntos en los cuales se encontraron diferencias significativas.

Cuadro 8.

	1. Respuesta a entrevista			2. Impresión examinador		
	NDA	S	P	NDA	S	P
1	-	-	-	8	-	-
2	25	8	6	8	33	20
3	42	33	53	8	17	6
4	8	17	27	33	25	20
5	17	17	6	33	17	40
6	-	17	-	8	8	13
7	8	8	6	-	-	-

Cuadro 9.

	3. Interés en ejecución			4A. Reacción éxito		
	NDA	S	P	NDA	S	P
1	-	-	-	-	-	-
2	8	-	-	58	-	27
3	8	8	13	33	42	40
4	8	25	20	8	50	20
5	58	33	40	-	-	7
6	8	33	20	-	8	7
7	8	-	7	-	-	-

Cuadro 10.

	4B. Reacción dificultad			4C. Reacción fracaso		
	NDA	S	P	NDA	S	P
1	-	-	-	-	-	-
2	25	33	27	-	8	7
3	17	8	20	8	-	33
4	25	17	13	25	-	7
5	8	8	20	8	17	13
6	25	25	20	42	50	13
7	-	8	-	17	25	27

Cuadro 11.

5. Cooperación			
	NDA	S	P
1	-	-	-
2	-	-	-
3	17	8	20
4	42	58	27
5	8	17	27
6	25	8	20
7	8	8	7

6. Control *

	NDA	S	P
	8	8	7
	17	42	20
	17	8	20
	25	25	20
	17	8	27
	8	-	20
	8	8	-

Cuadro 12.

7. Tolerancia			
	NDA	S	P
1	-	-	-
2	-	-	-
3	42	42	33
4	42	17	27
5	8	17	27
6	8	25	13
7	-	-	-

8. Sensibilidad

	NDA	S	P
	-	-	-
	-	8	-
	42	42	53
	33	25	33
	17	25	7
	8	-	7
	-	-	-

Cuadro 13.

9. Respuesta necesidades *

	NDA	S	P
1	-	-	-
2	17	17	7
3	17	17	53
4	25	33	33
5	17	17	7
6	17	17	-
7	8	-	-

10. Expresiones afecto

	NDA	S	P
	8	8	-
	17	33	33
	42	25	20
	33	33	33
	-	-	13
	-	-	-
	-	-	-

Cuadro 14.

11. Expresiones hostilidad

	NDA	S	P
1	92	92	93
2	8	8	7
3	-	-	-
4	-	-	-
5	-	-	-
6	-	-	-
7	-	-	-

12. Inter. emocional *

	NDA	S	P
	-	-	-
	-	-	-
	17	-	7
	8	17	-
	42	58	27
	33	17	67
	-	8	-

Cuadro 15.

13. Comunicación verbal			
	NDA	S	P
1	8	-	-
2	25	8	7
3	-	33	-
4	42	42	73
5	17	17	20
6	8	-	-
7	-	-	-

14. Contacto físico

	NDA	S	P
-	-	-	-
17	17	7	
8	33	33	
50	42	53	
25	8	7	
-	-	-	
-	-	-	

Cuadro 16.

15. Tipo cont. físico*			
	NDA	S	P
1	-	-	-
2	-	-	-
3	42	8	13
4	42	42	13
5	17	42	67
6	-	8	7
7	-	-	-

16. Conciencia status*

	NDA	S	P
25	33	7	
8	8	13	
33	25	13	
8	17	13	
17	-	47	
8	17	7	
-	-	-	

Cuadro 17.

17. Evaluación global			
	NDA	S	P
1	-	-	-
2	-	-	-
3	17	50	33
4	17	8	7
5	58	42	53
6	8	-	7
7	-	-	-

18. Resp. afectivas

	NDA	S	P
-	-	-	-
33	17	13	
33	42	40	
17	17	13	
17	17	33	
-	8	-	
-	-	-	

CAPITULO V. SUMARIO Y CONCLUSIONES.

La finalidad de este estudio fue el poder determinar si existe o no un patrón de conducta característico en el modo de relación de las madres cuyos hijos padecen de neurodermatitis atópica o eczema infantil como lo llamaba Spitz. Creemos que de existir este patrón de conducta en las madres podría estar condicionando, desde el punto de vista psicológico la aparición y mantenimiento de la patogenia del padecimiento en sus hijos.

Consideramos que cuando un niño pequeño es sometido a un examen, como en el caso de una valoración de desarrollo, se activan en la diada madre-hijo una serie de reacciones que pueden ser representativas del interactuar cotidiano si tomamos en cuenta que sobre todo en los primeros años de vida, el niño se encuentra en una actividad continua e intensa de aprendizaje, de prueba, y que la madre es la principal mediadora de este proceso.

Por ello, para el logro de nuestro objetivo y basándonos en consideraciones teóricas, en que la madre es el primer objeto de relación (M. Klein) y se establece una fuerte relación - emocional madre-hijo (M. Mahler), en estudios previos en que las madres de hijos con neurodermatitis presentan una personalidad infantil (R. Spitz) y en las interrogantes que plantea P. Whitlock con respecto a la influencia del padecimiento dermatológico en la conducta de las madres, constituimos 3 grupos de estudio integrados por madres de hijos menores de 3 años de edad que padecen de neurodermatitis, madres de hijos que presentan prurigo por insectos y madres de hijos que no evidenciaban altera-

ciones dermatológicas. A todas ellas se les aplicó el perfil materno de N. Bayley, instrumento que permite categorizar por medio de proposiciones o enunciados las diferentes reacciones de la madre durante una valoración del desarrollo de su hijo para lo cual utilizamos la escala evolutiva de A. Gesell.

Comparando los resultados obtenidos de cada grupo en cada una de las 20 variables o actitudes que explora el perfil materno por medio de la prueba de probabilidad exacta de Fisher encontramos que el grupo de neurodermatitis difiere significativamente del grupo de prúrigo en 2 puntos: en su respuesta a las necesidades del niño y en el tipo de contacto físico que establece con él. Las madres del grupo de neurodermatitis responden rápidamente a las necesidades del niño y son más consideradas en el manejo físico que realizan con el niño pero tienen ciertas dificultades en realizarlo, mientras que las madres del grupo prúrigo responden más lentamente a las necesidades del niño y son menos consideradas en el manejo físico del pequeño pero no tienen dificultad para realizarlo.

En relación al grupo sano, las madres del grupo neurodermatitis difieren significativamente en 4 puntos: Impresión del examinador sobre como ve la madre su papel dentro de la prueba, reacción de la madre cuando el niño realiza muy bien lo que se le pide, control del niño durante el examen y tipo de contacto físico que establece con el niño. Las madres del grupo de neurodermatitis ayudan de manera adecuada en el examen solo cuando es necesario o de beneficio para el niño, observan pero no son expresivas cuando el niño ejecuta muy bien lo que se le pide, controlan al niño orientando su atención y posición para asegurar su máxima eficiencia en el examen y son consideradas en el

manejo físico del niño pero tienen cierta dificultad al efectuarlo; en tanto, las madres del grupo sano solo guían al niño en el momento del examen cuando la situación se vuelve extrema, sonrían con moderada expresión de agrado cuando el niño ejecuta muy bien lo que se le pide, en pocas ocasiones controlan al niño y sólo lo hacen cuando ellas lo creen necesario y son consideradas en el manejo físico del niño el cual realizan sin dificultad.

El grupo de neurodermatitis presenta semejanzas con el grupo de prurigo en el modo de reaccionar en 3 puntos: expresiones de hostilidad, comunicación verbal y evaluación global del niño. Las madres de ambos grupos no evidencian agresión hacia el niño, verbalizan lo suficiente como para cubrir las necesidades que ellas consideran y aceptan en general el rendimiento del niño durante el examen aún cuando sus respuestas no son óptimas.

El grupo de neurodermatitis presenta semejanzas con el grupo de sanos en 5 puntos: sensibilidad hacia el niño, expresiones de afecto, expresiones de hostilidad, cantidad de comunicación verbal y conciencia de status. Las madres de ambos grupos manifiestan un contacto excelente con el niño, se muestran calmadas a tono con las necesidades del niño y del examen, responden con afecto pero no abiertamente, no evidencian agresión al niño, verbalizan lo suficiente para cubrir las necesidades que ellas consideran y se muestran interesadas y atentas estableciendo su jerarquía como madres solo parcialmente.

Entre los 2 grupos testigo se manifiestan diferencias en 3 puntos: control del niño durante el examen, interrelación emocional con el niño y conciencia de status. Mientras que las

Madres del grupo sano en pocas ocasiones controlan al niño y sólo lo hacen cuando lo creen necesario, evidencian muy estrecha relación emocional conservando cierta objetividad y se muestran interesadas y atentas estableciendo su jerarquía como madres solo parcialmente; las madres del grupo prúrigo controlan al niño orientando su atención y posición para asegurar su máxima eficiencia, manifiestan ligas emocionales muy poderosas pero ocasionalmente muestran cierta objetividad y participan en la - evaluación haciendo uso de su jerarquía como madre.

Las madres del grupo prúrigo y las madres del grupo sano presentan respuestas semejantes en 8 puntos: interés en el nivel de ejecución manifestado por el niño, reacción de la madre cuando el niño tiene alguna dificultad en lo que tiene que hacer, tolerancia de la conducta del niño, expresiones de hostilidad, cantidad de comunicación verbal, cantidad de contacto físico y tipo de contacto físico. Las madres de ambos grupos observan con interés y de manera continua el examen, aceptan la ejecución como normal cuando el niño tiene dificultades, muestran preocupación ante el comportamiento negativo del niño pero reaccionan con calma y de modo apropiado, no evidencian agresividad al niño, verbalizan lo suficiente como para cubrir las necesidades que ellas consideran, aceptan el contacto físico y son despreocupadas en el manejo el cual realizan sin dificultad.

Resumiendo: Las madres del grupo de neurodermatitis parecen estar más pendiente de las necesidades del niño e intervienen más durante la evaluación en la orientación de la atención y control del niño para mejorar su actuación pero tienen dificul-

tades para cubrir estas necesidades. Dan la impresión de que el niño no puede valerse por sí mismo y requieren de más intervención por su parte; los bajos niveles de maduración psicobiológica que obtienen sus niños indican que se encuentran menos estimulados que sus iguales del grupo sano, ya que si bien, las madres están al pendiente de sus necesidades, la actitud sobreprotectora que adoptan hacia los niños genera una sobreestimulación angustiante que más que alentar el desarrollo psicobiológico produce un efecto contradictorio en el niño y bloquea la adquisición de conductas encaminadas a la autosuficiencia e independencia materna.

El hecho de que las madres del grupo pródigo presenten respuestas más semejantes al grupo de sanos que al de neurodermatitis apoya la idea de que son las características inherentes de la madre, además de las propias del niño, las que determinan en gran medida la relación materno-infantil más que la presencia de un padecimiento dermatológico.

ALCANCES Y LIMITACIONES.

Creemos que la importancia de este trabajo radica en la focalización del estudio de la relación madre-hijo cuando un niño es afectado por un particular padecimiento dermatológico, considerando a ambos como elementos interactuantes en una situación dada más que el análisis aislado de las características de la madre que pueden estar condicionando la conducta hacia su hijo.

El conocimiento de las pautas de relación de la madre de un hijo con neurodermatitis nos permite realizar una labor preventiva cuando el dermatólogo diagnóstica la presencia del padecimiento enfocada hacia la eliminación de algunas actitudes que

consideramos desfavorables para el desarrollo psicobiológico y emocional del niño y el reforzamiento de las actitudes positivas. Pensamos que una forma de poder lograr esto es diseñando programas de estimulación temprana que no solo tengan como objetivo el propiciar el desarrollo de las conductas evolutivas sino que también fortalezcan la relación materno infantil.

Cuando el control médico del padecimiento dermatológico se torna difícil conviene realizar un estudio psicológico del caso que puede incluir una valoración de desarrollo, la evaluación del modo de relación de la diada involucrada, estudio proyectivo de la madre, historia psicosocial de la familia, etc., con el fin de planear la estrategia terapéutica pertinente cuyas opciones, a nuestro juicio, pueden ser: a) estimulación temprana para el niño, con el objeto de favorecer los procesos de maduración y de aprendizaje en los aspectos cognitivo, motriz y afectivo; b) psicoterapia madre-hijo, en la que se pretendería analizar - las pautas patognomónicas de relación detectadas en la diada, - como pueden ser los modos de comunicación, la demanda y satisfacción de necesidades, el tipo de contacto físico que establecen, el control de la conducta, el reconocimiento de logros por parte de la madre, etc.; c) psicoterapia individual para la madre, que le ayude a resolver su conflictiva personal basada en necesidades de apoyo, de aceptación, presencia de rasgos narcisistas e hipocondríacos que le dificultan establecer una adecuada relación interpersonal; d) psicoterapia individual para el niño en edad de habla, que le permita adquirir otros niveles de expresión a sus ansiedades y se aminoren sus necesidades excesivas de afecto y dependencia; e) psicoterapia de pareja, es frecuente que la relación conyugal se encuentre alterada y el hijo

sea el objeto de los deseos frustrados en los cónyuges, en la terapia se pretendería hacer tomar conciencia a los padres de las dificultades de orden conyugal que son modelo del mismo - malestar frente al cual reacciona el niño; f) terapia familiar, el niño con neurodermatitis puede ser el reflejo de perturbaciones latentes de la vida familiar por lo que puede ser necesario incluir a todos los miembros de la familia en el proceso de curación del niño.

Dentro de las limitaciones de este estudio encontramos el reducido número de sujetos con los cuales fueron constituidas las muestras, esto se debió a que muchos casos tuvieron que -- ser rechazados por no reunir alguno de los requisitos de selección, además de dificultades técnicas para captarlos. Consideramos que una variable importante de controlar y que nosotros controlamos estadísticamente es la clasificación socioeconómica, pensamos que sería conveniente realizar una investigación en la que los sujetos en estudio pertenecieran a un solo nivel socioeconómico. Otras variables que convendría controlar serían el tiempo de evolución del padecimiento, el que la madre fuera la única persona responsable de los cuidados del niño - desde el nacimiento y reducir el rango de edad de los niños - de estudio a 6 meses o un año.

Existen algunas limitaciones más de orden metodológico - que originan que los resultados obtenidos sean considerados como tentativos y susceptibles de confirmación. Una de estas limitantes radica en el hecho de que el registro y la evaluación de la conducta materna se realizó teniendo el experimentador conocimiento del grupo de estudio al que pertenecía ca

da sujeto ya que el estudio no pudo realizarse en forma ciega y esta circunstancia pudo influir en sus apreciaciones. No se consideró la posibilidad de verificación de la confiabilidad del evaluador por medio de la asistencia eventual de otro calificador estandarizado. Otra de las limitantes radica en el instrumento mismo que fue elegido para la evaluación de la -- conducta materna, el perfil materno de N. Bayley, instrumento que no ha proseguido por el camino de la experimentación de su aplicabilidad y que por lo tanto aún no reúne los criterios de validez, confiabilidad y estandarización requeridos para ser utilizado como una herramienta diagnóstica en la evaluación de la conducta materna.

Creemos que el poder disponer de un instrumento de esta naturaleza sería de utilidad en la práctica clínica cuando se sospechen alteraciones en la diada madre-hijo, así como en la psicología experimental al evaluar los efectos de la conducta materna en el desarrollo del niño. Por ello consideramos que sería conveniente analizar la perspectiva de esta posibilidad desarrollando y perfeccionando este perfil materno o mejor -- aún diseñando uno que se adecúe a las características de las madres de nuestro medio. Si se optara por continuar con el empleo del perfil materno de N. Bayley sugerimos continuar con la reelaboración de algunas aseveraciones que incluye, ofrc--cer criterios descriptivos que permitan diferenciar patrones de conducta que orienten la identificación de la variable de que son manifestación y considerar que cada proposición eva--lúe una sola conducta materna, cerrando la posibilidad de juicio o elección a una sola opción.

Para obtener mayor claridad en lo que respecta a que son las características inherentes de la madre, además de las propias del niño, lo que determina en gran medida la relación materno infantil más que la presencia de un padecimiento dermatológico podría planearse una investigación de tipo longitudinal en la que se realizara una valoración de la relación materno infantil a toda una serie de parejas madre-hijo cuando no hubiese ningún indicio de neurodermatitis y realizar valoraciones subsecuentes a intervalos regulares, si la neurodermatitis aparece se podrían comparar los perfiles de unas madres con otras, o bien, comparar los perfiles de las madres antes y después de la presencia del padecimiento. También podría diseñarse una investigación en la que se evaluara la relación materno infantil a un grupo de madres con sus diferentes hijos y si en alguno de ellos aparece la neurodermatitis comparar los perfiles de la misma madre.

Si como hemos mencionado las características propias del niño también determinan la relación con su madre quizá valdría la pena realizar un estudio semejante al presente pero donde se focalizaran el tipo de actitudes que adopta el niño en respuesta al comportamiento de la madre.

BIBLIOGRAFIA.

- Ainsworth, M.D.S. "Object relation, dependency and Attachment".
Child Development: 40: 969 a 1025. 1969.
- Ainsworth, M.S. "L'attachement mère-enfant". *Enfance*: 1-2: 7-18.
1983.
- Ajuriaguerra, J. de. Manual de psiquiatría infantil. Cap. XXI,-
Toray-Masson, Madrid, 1979.
- Alexander, F. Psiquiatría dinámica. Cap. XI, Paidós, Buenos Aires,
1979.
- Bayley, N. An unpublished instrument to evaluate the maternal
profile. U.S.P.R. National Institute for Mental Health.
Bethesda, Md. U.S.A., 1962.
- Beltrán, G. "Nuevo enfoque terapéutico del eccema en pediatría".
Bol. Med. Hosp. Inf.: 33: 1. 1976.
- Boulanger, G. La investigación en ciencias humanas. Varova, Madrid,
1971.
- Bowlby, J. Attachment. Basic Books Inc., New York, 1969.
- Brown, D. G. "Emotional Disturbance in eczema: a study of symptom
reporting behavior". *J. Psychosomatic Research*: 11:27.
1967.
- Brown, D.G. "Stress as a precipitant of eczema". *J. Psychosoma--
tic Research*: 16: 34. 1972.
- Castano, R. "Causas de baja confiabilidad del diagnóstico en psi-
quiatria. Una revisión crítica". *Acta psiquiát. psicol.*
Amer. Lat.: 24: 115-131. 1978.
- Cravioto, J.; De Licardis, E.R.; Zaldívar, S. "Cambio educativo inter-
generacional en la madre y crecimiento físico del niño
rural en el primer año de la vida". *Bol. Med. Hosp. Inf.*:
29: 5. 1972.
- Campbell, D. T; Stanley, J. C. Diseños experimentales y cuasi experi-
mentales. Amorrortu, Buenos Aires, 1973.

ESTA TERCERA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- De Licardie, E.R.; Cravioto, J.; Carro, V.C. "Fertilidad y características biosocioculturales de las madres de una comunidad preindustrial". Bol. Méd. Hosp. Inf.: 30: 6: 911-930. 1973.
- Engels, W.D.; Wittkower, E.D. Skin disorders en Kaplan, H.I.; Freedman, A.M.; Sadock, B.J. (eda): Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed. 3. Baltimore, 1980.
- Engels, W.D. "Dermatologic disorders". Psychosomatics: 23: 12: -- 1209-1219. 1982.
- Fenichel, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Cap. XIII. Paidós, Buenos Aires. 1976.
- Freud, A. "The role of bodily illness in the mental life of children". The Psychoanalytic study of child: 7: 69-81. 1952.
- Freud, S. Psicoterapia en Obras completas. Tomo I. Tercera Ed. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
- Freud, S. Ensayos para una teoría sexual. Obras completas. Tomo II. Tercera ed. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
- Gesell, A.; Amatruda, C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Paidós, Buenos Aires, 1979.
- Green, J.A.; Gustafson, G.E.; West, M.J. "Effects of infant development on mother-infant interactions". Child. Develop.: 51: 1: 199-207. 1980.
- Henker, P.O. "Conflicting definitions of the term "psychosomatic"". Psychosomatics: 23: 1: 10-11. 1982.
- Heredia, Y.; Ramírez, A. Observaciones sobre la relación madre-hijo en niños con N.D.A. Tesis, Universidad Iberoamericana. 1982.

- Jordan, J.M.; Whitlock, P.A. "Emotions and the Skin: The conditioning of scratch responses in cases of atopic dermatitis". *British J. Derm.*: 86: 6: 574. 1972.
- Jordan, J.M.; Whitlock, P.A. "Atopic dermatitis, anxiety and conditioned scratch responses". *J. Psychosomatic Research*: 18: 297. 1974.
- Klein, M.; Heimann, P.; Issacs, S.; Rivière, J. Desarrollos en psicoanálisis. Ed. Horme, 2a. Ed., Buenos Aires, 1967.
- Lézine, I. La primera infancia. Cap. IV. Gedisa, Barcelona, 1979.
- López, D. Relación entre perfil materno e incremento del lenguaje. Tesis, U.N.A.M., 1969.
- Mahler, M.S. Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. Ed. Joaquín Mortiz, México. 1972.
- Main, M. "Exploration, play and cognitive functioning related to infant-mother attachment". *Infant Behavior & Develop.*: 62: 167-174. 1983.
- Marmor, J.; Ashley, H.; Tabachnick, N.; Storkan, M.; Mc.Donald, F. "The mother-child relationship in the genesis of neurodermatitis". *Arch. of Derm. and Syphilology*: 74: 599-605. 1956.
- Mazet, Ph. "Symtoms, diseases and psychosomatic patients in childhood". *Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiene Mentale de l'Enfance*: 25: 3-4: 195-201. 1977.
- Nover, A.; Shore, M.F.; Timberlake, E.M.; Greenspan, S.I. "The relationship of maternal perception and maternal behavior: A study of normal mothers and their infants". -- *Amer. J. Orthopsychiatry*: 54: 2: 210-223. 1984.
- Osofsky, J.D. "Neonatal characteristics and mother-infant interaction in two observational situations". *Child Development*: 47: 1138-1147. 1976.

- Podowska-Mtz, G. "El eczema en pediatría". Bol. Méd. Hosp. Inf.: 30: 5. 1973.
- Rosenthal, M.J. "Psychosomatic study of infantile eczema. Mother-child relationship". Pediatrics: 10: 581-591. 1952.
- Ruddy, M.G.; Bornstein, M.H. "Cognitive correlates of infant -- attention and maternal stimulation over the first year of life". Child Development: 51: 183-188. 1982.
- Ruiz-Maldonado, R.; Saúl, A.; Ibarra-Durán, G.; Tamayo, L. Temas de dermatología pediátrica. Francisco Méndez Editor, - México, 1980.
- Searinen, U.M. et al. "Prolonged breast-feeding as prophylaxis for atopic disease". Lancet 2: 28: 163-166. 1979.
- Siegel, S. Estadística no paramétrica. Trillas, México, 1978.
- Soulé, M.; Kreisler, L.; Pain, M. El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicoemática de la infancia. Cap. I, Amorrortu, Buenos Aires, 1977.
- Spitz, R. El primer año de vida del niño. Cap. VII a XIII. P.C.B. México, 1977.
- Whitlock, P.A. Psychophysiological aspects of skin disease. Cap. IV, VIII. W.B. Saunders Co., L.T.D. London, 1976.
- Williams, D.H. "Management of atopic dermatitis in children control of the maternal rejection factor". Arch. of -- Derm. and Syphilology: 61: 5: 545-560. 1951.
- Winkler, R.L.; Hays, W.L. Statistics. Probability, inference -- and decision. Second Ed. Holt, Rinehart and Winston, 1975.
- Winnicott, D.W. El proceso de maduración en el niño. Cap. III. 3a. Ed. Ed. Laia, Barcelona, 1981.

Wittkower, B.D.; Hunt, B.R. "Psychological aspects of atopic -
dermatitis in children". Canadian. M.A.J.: 79: 15:
810-817. 1958.

PERFIL DE CONDUCTA MATERNA.

El presente perfil, elaborado por Nancy Bayley del laboratorio de psicología del Instituto Nacional de Salud Mental en Bethesda, Md., fue proporcionado por el Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología de la Salud del Niño (INCYTAS), DIF.

Para la realización de este estudio se ha conservado la estructura de este instrumento tal y como nos fue proporcionado; sin embargo, algunas de las aseveraciones que incluye han sido reelaboradas con el fin de dar una mayor claridad descriptiva de la conducta que se pretende categorizar. El documento original proporcionado no contiene los criterios descriptivos que orientan la elección de las proposiciones por lo que procederemos a definir cada uno de los puntos de que consta el perfil y esos serán los criterios por los cuales nos guiaremos para el empleo del instrumento en este estudio en particular.

Este perfil está diseñado para caracterizar a la madre o a la substituta en sus reacciones ante las diferentes situaciones de prueba a que se enfrenta su niño.

Comprende 20 variables y cada una de ellas consta de 7 proposiciones para designar la manifestación de esa variable. Sólo uno de los puntos debe ser categorizado, el que se considere más apropiado, acompañado de la nota descriptiva y aclaratoria correspondiente. Un solo fragmento de la conducta observada de la madre puede utilizarse para categorizar una o más variables. No hay proposiciones buenas o malas por sí mismas, ni necesariamente grados de calidad de respuesta aún cuando en algunas variables la elección de alguno de los 7 puntos tenga que ver con la cantidad con qué se manifieste.

1.- RESPUESTA A LA ENTREVISTA.

De como responde la madre cuando se le solicita información sobre el niño. Deben considerarse actitudes y verbalizaciones; qué tan amplias, claras o confusas son sus respuestas.

1.1. Contesta con monosílabos o con una sola palabra, se muestra reservada.

Se categoriza este punto cuando la madre pareciera ser renuente a dar información. Responde con "sí", "no" o movimiento de cabeza y aun insistiendo en que aclare más no obtenemos una respuesta más amplia. Ej: "Sí (lo hace)"..."Aja"... "Así como Ud. dice". "A veces".

1.2. Contesta sólo cuando se le pregunta, observándose un poco a la defensiva.

La madre duda en responder, piensa en la respuesta como si no hubiera comprendido la pregunta pero puede dar mayor información si se le solicita. Ej: "Pues... no lo he visto", - "Cómo qué Srta".

1.3. Responde con algunos detalles.

No es necesario repetir o insistir mucho sobre la pregunta. Sus respuestas son breves y no está muy segura de lo que afirma. Ej: "Creo que sí, no la he visto pero yo creo que sí lo hace". "Come galletas y pan", "Como que quiere sostener su biberón".

1.4. Responde rápidamente, libremente y con detalles.

Comprende la pregunta en el momento, se le nota relajada al responder, con seguridad en lo que informa. Ej: "Sí ya me conoce, y también a su papá, llora cuando se va".

1.5. Responde interesada, da detalles y ocasionalmente de manera voluntaria suministra información de interés.

Está muy atenta a lo que se le solicita y puede relacionar una pregunta o una acción de su hijo durante la evaluación dando espontáneamente alguna información adicional. Ej: "Cuando yo lo pongo al espejo se ríe y trata de tocarlo (durante la presentación de espejo)".

1.6. Responde con entusiasmo, dando voluntariamente mucha información.

Responde no solo en cuanto al desarrollo del niño sino también puede incluir alguna característica de su comportamiento o carácter. Su información es pertinente. Ej: "Sí le gusta mucho rayar el papel y se entretiene por mucho tiempo".

1.7. Responde de manera espontánea dando mucha información sobre el niño, sus sentimientos y opiniones, muy deseosa de contestar.

Proporciona tanta información que pudiera llegar a ser poco pertinente. El estímulo de una pregunta la lleva a relatar algunas anécdotas del niño. Informa lo que gusta o disgusta del menor con un enfoque emocional. Ej: "Uy Srta, habría de ver, la otra vez lo compré un libro a su hermano y como le gustan tanto no nos fijamos y lo cogió y se lo rompió..."

2.- IMPRESION DEL EXAMINADOR SOBRE COMO VE LA MADRE SU PAPEL O FUNCIONAMIENTO DENTRO DE LA SITUACION DE PRUEBA.

El papel que la madre se asigna durante la prueba; qué tanto participa y se compromete con lo que ahí sucede.

2.1. El examinador considera que la madre cree no tener ningún papel dentro de la situación.

La madre piensa que el asunto es unicamente entre el examinador y el niño. Ej: Entrega al niño y se mantiene alejada o muy distraida.

2.2. Se observa que trata de no participar por considerar que puede alterar el desarrollo de la evaluación.

Aquí a la madre se le nota insegura, no se decide a actuar, duda de si debe intervenir o no sabe si puede ayudar. - Ej: El examinador puede tener dificultades en el manejo del niño, la madre se aproxima pero no detiene porque su hijo voltea a verla.

2.3. La madre cree que su papel es guiar al niño si la situación se vuelve extrema.

La madre participa unicamente cuando se presenta un incidente que amerita su intervención, en cuanto la necesidad termina deja de actuar y permanece atenta. Ej: Niño llora - por estar sucio y la madre lo cambia.

2.4. La madre ayuda de manera adecuada solo cuando es necesario o de beneficio para el niño.

La madre participa más que ocasionalmente pero solo si es necesario, sus intervenciones pretenden mejorar las ejecuciones del niño por lo que aportan un beneficio tanto para aquel como para el examen. Mientras el niño no presenta dificultades la madre no da ninguna guía. Ej: N no toma cubos, M indica haga una torre, N hace, M lo anima solo si deja de hacerla.

2.5. La madre ayuda durante todo el examen. Hace caso a las indicaciones del examinador.

Participación continua, aun cuando no es del todo necesario sus intervenciones son adecuadas. Tiene disposición para ayudar. Ej: N está respondiendo y M "ándale hijo, enséñale a la Srita. como te paras en un pie".

2.6. Situación entre el niño, el examinador y la madre. Interviene constantemente.

Necesita que se le recuerde que no debe interferir. Interviene más de lo necesario, aun cuando el niño está respondiendo ella habla o sugiere acciones que ya no conducen a una mejor respuesta y puede llegar a interferir en el rendimiento del niño. Ej: "Dile que es un pollo (sin dar tiempo a que N responda)".

2.7. Ignora las sugerencias del examinador.

Quiere jugar el papel principal y trata de manejar toda la situación. Frecuentes intervenciones que obstaculizan la realización del examen, da indicaciones del tipo "eso no le gusta... ya no quiere... mejor eso no... otra cosa".

3.- INTERES EN EL NIVEL DE EJECUCION MANIFESTADO POR EL NIÑO.

El grado de atención que muestra la madre ante las distintas ejecuciones del niño y el interés que presenta ante el resultado final de la valoración hecha por el examinador.

3.1. Se observa indiferente, no presta atención preocupada en otras cosas.

Se nota alejada de la situación como si no estuviera presente, puede estar mirando pero su expresión es vaga. Se dis-

trae con otros estímulos presentes del ambiente: carteles, ruidos, la presencia del observador, etc.

3.2. Tiene poco interés.

Ocasionalmente observa lo que está sucediendo, presta atención ante algunas ejecuciones en particular pero se nota - distraída en la mayor parte del examen o pone más atención en la examinadora que en el niño.

3.3. Bastante interesada pero se distrae fácilmente.

Puede estar atenta pero pierde la secuencia del examen - por distraerse con otras personas: la presencia del padre, otro hijo, la examinadora.

3.4. Interesada y conservando la atención durante el examen.

La madre puede presentar periodos de desatención en momentos no relevantes y por lapsos breves de tal manera que no pierde la secuencia del examen.

3.5. Observa con interés y de manera continua el examen, quizá llega a preguntar detalles de éste.

Atenta en todo momento con un buen nivel de seguimiento de las acciones. Puede preguntar detalles con respecto al por qué o para qué de la presentación de un estímulo más que en como lo esta haciendo el niño.

3.6. Observa con intención el examen y se interesa en saber como lo esta haciendo el niño.

Muy comprometida con el examen, se asoma para ver mejor las ejecuciones del niño y está atenta a las notas de calificación del examinador o a sus reacciones .

3.7. Muy interesada, metida dentro de la prueba hasta el grado de preguntar cómo se compara su niño con otros o qué aspectos vendrán en el informe que se haga.

Pregunta al examinador acerca de cómo considera el desempeño del niño o hace una pregunta concreta de cómo ayudarlo. Puede compararlo con otros niños (hijos, parientes, vecinos).

4.- REACCION DE LA MADRE HACIA NIVELES DISTINTOS DE EJECUCION DEL NIÑO.

Respuesta de la madre ante la facilidad o dificultad con que responde el niño a las diferentes situaciones de prueba.

4A. CUANDO EL NIÑO OBVIAMENTE LO HACE MUY BIEN.

El niño responde rápida y acertadamente desde el primer momento en que se le presenta el estímulo y ejecuta lo que se le pide. En niños pequeños estas respuestas exitosas pueden ser sonreír, sentarse, vocalizar o manipular objetos.

4A.1. Madre pasiva e indiferente.

No se observa ninguna reacción en la madre, como si no percibiera el éxito del niño o no le pareciera importante lo que esta realizando. Se nota alejada de la situación.

4A.2. Observa pero no es expresiva.

Está atenta pero no hay cambio gestual en el momento del éxito permaneciendo con la misma expresión que precedió a la ejecución.

4.A.3. Sonriente con moderada expresión de agrado.

Aparece una discreta sonrisa de aceptación por lo que el niño realizó.

4.A.4. Sonríe con agrado y a veces verbaliza su agrado. Sonrisa franca o risa. Tal vez aplauda la ejecución o lo felicite con un "bravo".

4.A.5. Goza y elogia la actuación del niño animándolo frecuentemente de manera positiva.

Entusiasmada con la respuesta lo alienta a seguir respondiendo, sus verbalizaciones de reconocimiento son más que ocasionales.

4.A.6. La madre expresa franca admiración.

Su respuesta denota sorpresa y orgullo por lo que su hijo realizó.

4.A.7. Jubilosa, con expresiones francas de alegría.

Comparte tanto el logro de su hijo que el éxito pareciera ser más de ella que del niño. Las manifestaciones de gozo pueden incluso resultar inapropiadas.

4B. CUANDO EL NIÑO TIENE ALGUNA DIFICULTAD EN LO QUE TIENE QUE HACER.

El niño no puede realizar en el primer intento lo que se le pide por lo que es necesario insistir y finalmente lo logra. Se toman en cuenta en este punto, respuestas acertadas por el niño y que la madre duda o ignora si lo son.

4B.1. Completamente pasiva, se observa aburrida.

La madre no presta atención a las ejecuciones del niño y se fastidia por la lentitud o insistencia de la acción.

4B.2. Exhibe poca reacción.

Se mantiene observante pero su respuesta es mínima o nula por no percatarse del logro.

4B.3. Su expresión es de aceptación mediana.

Se detecta alguna sonrisa o un suspiro de alivio cuando el niño supera la dificultad.

4B.4. Su expresión es la de considerar que el niño está haciendo lo que ella esperaba. Acepta la ejecución como lo - normal.

Observa atenta, expectante, con muestras de aceptación y comprensión de las dificultades que el niño presenta.

4B.5. Parece que valúa positivamente la actuación del niño.

Duda de si la respuesta del niño después de todos sus in tentos es la deseable por lo que no es muy clara su reacción de aceptación.

4B.6. Expresión de aceptación y/o aprecio.

Sonríe gustosa por el éxito del niño. Miradas de complacencia o una palmada de felicitación.

4B.7. Sonríe con mucho agrado y orgullo.

Franca sonrisa o risa. Verbaliza su gusto por la ejecución. Quizá ha estado tensa durante los empeños del niño y - se relaja visiblemente una vez logrado el éxito.

4C. CUANDO EL NIÑO TIENE DIFICULTAD AL HACER LO QUE SE LE PIDE.

El niño presenta dificultades para realizar la tarea y aún después de varios intentos el niño fracasa o su ejecución es poco satisfactoria. Si no se presentan situaciones difíciles se puede considerar para calificar este punto el tipo de control que la madre realice.

4C.1. Se muestra colérica, le habla bruscamente al niño.

Su expresión facial es de enojo por el fracaso y ya sea física o verbalmente manifiesta su inconformidad (le da un empujón o utiliza algún término despectivo).

4C.2. Madre impaciente, no se descuelva libremente.

Se nota molesta, inconforme con la ejecución pero no se atreve a manifestar su desaprobación.

4C.3. Se muestra un poco intranquila e impaciente, pudiendo llegar a ofrecer excusas por la actuación del niño.

No está satisfecha con la ejecución y da argumentos -- que lo justifiquen como: "está cansado", "se asusta con el ruido", "es que no le tiene confianza", etc.

4C.4. Ignora la situación, tratando de mantenerse al margen.

La madre se percata de las dificultades del niño y muestra cierta preocupación pero no sabe qué hacer por lo que sus intervenciones son mínimas.

4C.5. Madre pasiva, no hace nada.

La madre no interviene de ninguna manera porque ni siquiera percibe las dificultades o pareciera que no le afectara de ninguna manera el fracaso.

4C.6. Calmada y tranquila, acepta lo que sucede.

Percibe la dificultad, no se detectan signos de molestia por las fallas pero tampoco interviene y permanece en silencio observando, con mirada de aceptación.

4C.7. Acepta la situación, proporciona aliento verbal sirviendo de apoyo al niño.

La madre está consciente de las dificultades que el niño tiene y lo orienta y anima para que continúe esforzándose o bien para que no decaiga su interés en el examen.

5.- COOPERACION CON EL EXAMINADOR DURANTE LA PRUEBA.

El modo en que la madre ayuda al examinador en la valoración cuando el niño está respondiendo o tiene una poca de dificultad. Las ayudas pueden ser: cambiar de posición al niño, mantener su interés, presentar material, etc.

5.1. Se muestra renuente para seguir las sugerencias del examinador.

La madre trata de hacer el examen o por lo menos dirigir lo haciendo poco caso de las indicaciones del examinador.

5.2. Se muestra pasiva sin percibir la situación, como si no estuviera presente.

Actitud de indiferencia extrema, quizá realice alguna indicación pero solo parcialmente.

5.3. Hace lo que el examinador pide, pero sin entusiasmo.

Acata las indicaciones pero con poca convicción y en cuanto termina la necesidad por la cual se solicitó su ayuda deja de colaborar.

5.4. Muestra deseo de cooperar si se le solicita, ocasionalmente usa su propia iniciativa para orientar adecuadamente al niño.

La madre muestra disposición para acatar las indicaciones del examinador y espontáneamente realiza, nuevamente, ya

sin que se le solicite, alguna acción que ya antes se lo había pedido, por ser otra vez necesaria.

5.5. Ofrece su cooperación durante todo el examen.

Sus intervenciones son más que ocasionales y no es necesario pedirle continuamente su colaboración. Está muy atenta. Sus participaciones pueden ser a veces innecesarias pero no interfieren en la valoración.

5.6. Ayuda siempre que es posible y ofrece sugerencias al examinador.

Se muestra solícita con un gran nivel de participación. Utiliza algún recurso que ella conoce para ayudar al examinador en la valoración. Sus intervenciones son pertinentes.

5.7. Madre intranquila e impaciente interfiere tratando de ayudar a examinar al niño.

Interviene innecesaria y excesivamente por lo que obstaculiza el examen.

6.- CONTROL DEL NIÑO DURANTE EL EXAMEN.

La manera en que la madre orienta al niño cuando este no responde en el examen.

6.1. No hace ningún esfuerzo por controlar al niño, se muestra pasiva.

Pareciera ausente de la situación, no se preocupa por que el niño no responda a los estímulos de la prueba o a las indicaciones del examinador.

6.2. Hace uno o dos intentos por controlar al niño.

Participación mínima, sus orientaciones son insuficientes por lo que no consigue que el niño responda.

6.3. En pocas ocasiones controla al niño y sólo lo hace cuando ella cree que es necesario.

La madre se esfuerza y sus intervenciones son pertinentes pero su acción se limita a unas cuantas ocasiones.

6.4. Controla al niño orientando su atención y posición para asegurar su máxima eficiencia.

Interviene discriminadamente. Varía la forma de la instrucción o lo anima acertada y pertinentemente tratando de conseguir y mejorar la actuación del niño.

6.5. Controla al niño animándolo frecuentemente para -- que responda.

Lo anima a responder o lo tranquiliza si está inquieto para que realice la acción pero no para asegurar su eficiencia.

6.6. Controla repitiendo las instrucciones, urgiendo al niño para que responda.

Insiste aún cuando no es necesario, apremia de manera -- inadecuada. Ofrece algún premio o amenaza con castigo. Aporta poco o ningún beneficio ya que puede inhibir la conducta del niño.

6.7. Trata de controlar totalmente la conducta del niño, diciéndole qué debe hacer y cuando; y a veces, haciendo lo que corresponde al niño.

Interferencia constante en el examen limitando la actuación del niño. La madre pretende minimizar las dificultades del niño so pretexto de ayudarlo.

7.- TOLERANCIA HACIA LA CONDUCTA EXHIBIDA POR EL NIÑO DURANTE LA SESION DE EVALUACION.

Como reacciona la madre ante las diferentes conductas disruptivas del niño durante toda la sesión; llorar, coger cosas, hacer ruido, pegar, no responder al examen, etc. Si no se presentan incidentes por parte del niño la calificación debe basarse en la impresión que tenga el examinador.

7.1. Su actitud está en los límites de la indiferencia. No se observa ningún cambio gestual o posicional ante la conducta disruptiva y obviamente ningún intento de control.

7.2. No le preocupa ni muestra reacción cuando el niño se trastorna.

Se observa un cambio en su expresión percibiendo el malestar del niño o su inadecuación pero no hace ningún intento por tranquilizarlo o controlarlo.

7.3. Permite y acepta el comportamiento negativo del niño.

Detecta la conducta disruptiva y responde ante ella con algún tipo de control pero no es suficiente y en general lo deja hacer por no darle demasiada importancia a la conducta.

7.4. Muestra preocupación ante el comportamiento negativo del niño pero reacciona con calma y de modo apropiado.

Realiza acciones de orientación adecuadas y pertinentes mediante las cuales controla la conducta del niño sin que se muestre molesta o perturbada.

7.5. En presencia de una situación difícil se muestra - preocupada e insegura de cómo debería reaccionar.

La madre se nota perturbada por la actitud del niño y duda acerca de cómo controlarlo o de si debería de hacerlo pero ejecuta alguna acción aunque no sea inmediatamente.

7.6. Madre intranquila, se impacienta ante cualquier dificultad esperando un comportamiento maduro del niño.

Con expresiones faciales manifiesta su disgusto por la - conducta negativa del niño y pretende controlarlo pero sus acciones son ineficaces.

7.7. No acepta el comportamiento negativo del niño, fácilmente se irrita y desorienta.

La madre adopta una actitud de enojo, con expresiones - gestuales o corporales manifiesta su disgusto aun cuando la conducta disruptiva del niño es mínima.

8.- SENSIBILIDAD HACIA EL NIÑO.

De cómo la madre percibe las señales que el niño manifiesta para que se le brinde atención, apoyo o bienestar durante el examen.

8.1. No muestra sensibilidad hacia las emociones o necesidades del niño, lo ignora o le impone por la fuerza sus - ideas.

La madre capta las necesidades del niño pero no responde y se mantiene con la misma actitud. O bien, capta equivocadamente la necesidad por lo que responde inapropiadamente.

8.2. La madre no percibe la necesidad.

La madre ni siquiera capta las necesidades del niño por

estar distraída y preocupada en otras cosas por lo tanto no puede responder a ellas de ninguna manera.

8.3. La madre esta consciente del niño y sus necesidades pero se distrae y por lo tanto no responde.

La madre ha percibido las necesidades del niño y está -- dispuesta a responder a ellas pero se le nota intranquila o indecisa y no realiza ninguna acción o su respuesta es mínima.

8.4. Contacto excelente con el niño, madre calmada a tono con las necesidades del niño y del examen.

Percibe las señales que el niño manifiesta y responde pertinentemente a ellas.

8.5. Madre tan conocedora de las necesidades y sentimientos del niño que parece tener conciencia continua de su presencia.

Responde adecuadamente tanto al niño como al examen previendo incluso las necesidades por lo que no permite que se desorganice el niño.

8.6. La madre vigila tanto las necesidades del niño que a veces interfiere en el examen.

Esta muy atenta a las necesidades del niño pero por satisfacerlas puede interferir en el examen al no actuar del modo o en el momento oportuno.

8.7. Madre intranquila y temerosa de que algo pueda hacerle daño al niño.

Observa estrechamente y responde inmediata y desproporcionadamente a cualquier necesidad interfiriendo en la valoración. Se nota una actitud de sobreprotección.

9.- RESPUESTA A LAS NECESIDADES DEL NIÑO.

La manera en que la madre responde a las necesidades - de atención, apoyo o bienestar durante el examen.

9.1. No responde para nada al niño.

La madre no responde ya sea porque no ha percibido las - necesidades, no tiene interés o esta en una actitud de castigar al niño.

9.2. Responde de manera mínima.

Ha captado las necesidades pero sus acciones no son sufi- cientes como para satisfacerlas o responde inapropiadamente a la necesidad. Responde con demora e inadecuadamente.

9.3. Responde apropiadamente pero en forma retardada.

Percibe la necesidad y responde adecuadamente pero con demora.

9.4. Responde rápidamente a las necesidades.

La madre se interesa en el bienestar del niño por lo - que responde rápida pero inapropiadamente.

9.5. Responde apropiada y rápidamente.

La madre se encuentra deseosa de cubrir cualquier necesidad y responde rápida y adecuadamente en cuanto aquella -- surge.

9.6. Responde inmediata y eficientemente.

Pendiente de la aparición de signos ligeros de necesidad responde antes de que el niño se desorganice y su previsión corresponde realmente a las necesidades del niño.

9.7. Responde desproporcionadamente a las necesidades.

Aprehensiva y sobrevigilante de las necesidades del niño, trata de exprocarlas y satisfacerlas antes a la apari-

ción de signos de incomodidad determinando por consiguiente sus necesidades.

10.- EXPRESIONES DE APECTO HACIA EL NIÑO.

De qué manera la madre expresa el cariño que siente por su niño y cuánto lo demuestra. Tomamos en cuenta miradas, sonrisas, caricias, palmadas, abrazos, besos, verbalizaciones específicas incluyendo empleo de diminutivos, inflexión de voz, etc.

10.1. No se observan expresiones de afecto en la madre. No se detectan ninguna de las manifestaciones consideradas.

10.2. Se muestra poco afectuosa.
Se registran una o dos manifestaciones.

10.3. Responde con afecto pero no abiertamente.
Mira al niño con cariño pero no directamente a él por lo que el niño no las percibe; o bien, sus demostraciones son poco francas por sentirse observada y con poca confianza para hacerlo.

10.4. Madre que expresa su afecto tiernamente.
Es aceptante de las expresiones del niño y responde en consecuencia.

10.5. Grandes manifestaciones de afecto.
La madre se expresa libremente sin interferir en el examen, espontáneamente demuestra su cariño.

10.6. Demasiadas manifestaciones de afecto.
Son tantas sus demostraciones que limitan ligeramente la actividad del niño.

10.7. Exageradas manifestaciones de afecto.

La madre demuestra constantemente su gran afecto por el niño, continuamente le sonríe, lo acaricia, lo besa, hasta el extremo de interferir en el examen.

11. EXPRESIONES DE HOSTILIDAD HACIA EL NIÑO.

De sí la madre muestra agresión, enojo, desaprobación o rechazo hacia el niño. Se toman en cuenta expresiones faciales de disgusto (miradas críticas, gesto severo, muecas), -- verbalizaciones específicas (peyorativos, tono de voz), manejo físico (pellizco, codazo, jalón). La desaprobación es hacia el niño no a la conducta.

11.1 No se aprecia agresión aparente hacia el niño.

No se registran ninguna de las manifestaciones mencionadas.

11.2. La madre tiene uno o dos gestos de desaprobación.

Se detectan uno o dos de los índices correspondientes.

11.3. La madre continuamente observa al niño críticamente.

Con miradas críticas o tono de voz áspero manifiesta desaprobación.

11.4. La madre enfoca los rasgos negativos del niño.

La madre está dispuesta más a criticarlo que a animarlo cuando el niño muestra dificultades en su ejecución.

11.5. Reacciones con manifiesta agresión.

En una o dos ocasiones se observan acciones claras de agresión como una sacudida brusca del brazo, una nalgada o amenaza de manazo.

11.6. Acciones agresivas frecuentes.

La madre esta alerta para señalar las faltas y deficiencias del niño; pretende controlarlo con manejo físico.

11.7. Madre extremadamente agresiva.

La madre aprovecha y crea muchas oportunidades para mostrar su desprobación y disgusto por el niño, utilizando expresiones verbales, faciales o de manejo físico.

12.- INTERRELACION EMOCIONAL CON EL NIÑO.

De como se observa la relación emotiva, positiva o negativa, de la madre con el niño. La impresión que el examinador tiene del sentir de la madre hacia el niño: qué tan importante o querido es para ella; qué tanto comparte sus logros y -- fracasos; qué tanto ha desorganiza o no la conducta del niño y de qué manera reacciona ante sus diferentes manifestaciones (desinterés, llanto, sonrisa, etc.) o como responde ante un comentario acerca del niño.

12.1. Madre distante y sin interacción.

La madre no interactúa con el niño, se mantiene alejada de la situación con poco interés en las manifestaciones del niño.

12.2. Madre impersonal en su relación.

Responde al niño, pero no se involucra afectivamente con la situación de examen. Pareciera que no fuera su niño y no da reconocimiento a las ejecuciones ya sean buenas o malas.

12.3. Poca relación emocional.

Ocasionalmente es afectada, ya sea en sentido positivo o negativo, por algunas acciones del niño. Tal vez sonría ante

un comentario del examinador con respecto al niño y realice algunos controles para orientar su conducta.

12.4. Interesada y objetiva, con muy buena interacción emocional.

La madre está muy atenta a lo que sucede, compartiendo con el niño la experiencia de la evaluación de tal manera que se entusiasma con los éxitos y reacciona ante los fracasos. El afecto que siente por el niño no le impide discriminar -- los unos de los otros.

12.5. Muy estrecha relación emocional, conservando cierta objetividad.

Buen nivel de participación pero puede fallarle algún control por lo que el niño no responde óptimamente o se desorganiza, sin embargo, puede orientarlo nuevamente.

12.6. Ligas emocionales muy poderosas pero ocasionalmente muestra cierta objetividad.

Tan involucrada en el examen y en las reacciones del niño que responde desproporcionadamente a sus aciertos o dificultades y resulta un tanto inadecuada en algunas ocasiones. Puede controlar medianamente la conducta del niño.

12.7. Tan estrechamente relacionada de manera emocional que no puede juzgarlo de manera adecuada.

El efecto que siente por el niño le impide evaluar adecuadamente los éxitos o fracasos del niño y los sobrevalora o minimiza por una actitud prejuiciada. Muestra serias dificultades para controlarlo cuando es necesario.

13.- CANTIDAD DE COMUNICACION VERBAL CON EL NIÑO.

De cuantas veces la madre le habla al niño durante toda la situación de examen. Se consideran también miradas directas a los ojos del niño. No se consignan las verbalizaciones cuando el niño está dormido.

13.1. Nunca le habla al niño.

No se registra ninguna comunicación verbal.

13.2. En una o dos ocasiones le habla al niño.

Se registran una o dos comunicaciones.

13.3. En pocas ocasiones le habla.

Le habla 3 o más ocasiones pero muy brevemente y con poco beneficio para el examen.

13.4. La madre verbaliza lo suficiente como para cubrir las necesidades que ella considera.

Le habla varias veces pero solo cuando es necesario o de beneficio para el niño. Sus intervenciones son indicaciones breves que lo orientan a responder. O bien, le habla antes de iniciar o después de terminar el examen como forma de control.

13.5. Habla bastante.

Muestra disposición para conversar con el niño pero con limitación debido al examen por lo que no interfieren en su realización y se pueden presentar estas verbalizaciones antes, durante o después del mismo.

13.6. No pierde la oportunidad para conversar.

Su práctica no tiene mucho que ver con el examen y no pretende evidenciar lo que hace el niño. Un estímulo cualquiera le provoca hablar con él y puede afectar la fluidez en que transcurre la valoración.

13.7. Verbalizaciones constantes.

Habla tanto que llega al extremo de interferir en el examen.

14.- CANTIDAD DE CONTACTO FISICO CON EL NIÑO.

De cuantas veces la madre maneja físicamente al niño. -
En niños mayores se considera además, el modo en que la madre lo sigue con la mirada.

14.1. La madre deja al niño solo.

Aun estando el niño molesto, la madre lo deja y sólo lo maneja cuando el examinador se lo pide como parte de la prueba. No hay acercamiento espontáneo.

14.2. Lo maneja en presencia de una necesidad física.

La madre responde cuando hay un imperativo físico que la demanda y como parte de las necesidades de la prueba.

14.3. Responde de manera mecánica.

La madre responde mecánica pero eficientemente de acuerdo con las necesidades del examen, con poca sugerencia por parte del examinador, fuera de estas necesidades, solo raramente inicia contacto físico.

14.4. Acepta el contacto físico.

Responde a la demanda de contacto físico y lo goza pero no lo fuerza.

14.5. Busca el contacto físico.

Muestra iniciativa para establecer contacto físico con el niño y lo fomenta.

14.6. Mantiene el contacto físico.

Constantemente lo abraza y lo acaricia, no soporta la separación del niño.

14.7. Contacto físico excesivo.

Madre encimosa que interfiere en el examen.

15.- TIPO DE CONTACTO FISICO CON EL NIÑO.

De cómo es el manejo físico de la madre para con el niño.

15.1. Cautelosa e insegura.

Se muestra en exceso protectora, preocupada por la técnica con que debe manejar al niño y con grandes dificultades en su manejo físico.

15.2. Cuidadosa en el manejo.

Maneja con delicadeza al niño con cierta preocupación -- por saber el manejo apropiado y con dificultades para realizarlo.

15.3. Considerada pero con dificultades en el manejo.

La madre es gentil y cuidadosa pero inconsistente por lo que presenta relativa dificultad en el manejo.

15.4. Manejo considerado y sin dificultad.

La madre lo maneja con firmeza, seguridad y gentileza, - al mismo tiempo que con facilidad, confianza y reconocimiento de estabilidad.

15.5. Despreocupada y sin dificultad en el manejo.

La madre lo maneja con facilidad y seguridad aun cuando es poco sutil, delicada o protectora.

15.6. Un poco brusca en el manejo físico.

Manejo físico negligente o imprudente.

15.7. Brusquedad en el manejo físico.

Madre brusca, no tiene consideración por la seguridad y confort del niño. Probablemente lo trate por la fuerza.

16.- CONCIENCIA DE SU STATUS.

La percepción que la madre tiene de su jerarquía. La madre como orientadora, controladora, estimuladora y conocedora de su hijo, ejerciendo el poder que esto le otorga sobre el niño y la examinadora.

16.1. Sin pretenciones de jerarquía.

La madre se mantiene atenta y vigilante en la situación de examen pero no pretende aparecer como buena madre porque no capta que debe ser orientadora o controladora.

16.2. Pasiva.

Su nivel de atención no es continuo por lo que no se ubica muy bien en su napele y no participa. No le interesa aparecer con una jerarquía determinada.

16.3. Interesada y atenta.

Observa continuamente el examen y colabora para que se realice sin problema pero interviene poco para mejorar la respuesta y solo establece su jerarquía parcialmente, tal vez lo controla pero no lo estimula.

16.4. Participante.

Atenta a lo que hace el niño, interviene interesada para asegurarse que éste hace lo mejor que puede y mejora su ejecución orientando, estimulando y controlando cuando es necesario.

16.5. Aparenta ser buena madre.

En ocasiones da la impresión de querer hacer notar su jerarquía estimulando o controlando más de lo necesario. Puede hacer alguna referencia de como con ella en casa el niño sí realiza actividades que en la sesión no muestra, o menciona el modo en que ella lo estimula.

16.6. Madre presumida.

Para guardar las apariencias presiona al niño para que haga bien el examen y racionaliza cuando el niño no hace todo lo que se le pide.

16.7. Demuestra su jerarquía.

Ella cree que es muy buena madre, aprovecha la oportunidad para mencionar cosas que indiquen su elevada jerarquía y está pronta para dar pretextos o excusas por la actuación - del niño a modo que no haga que se disminuya su imagen.

17.- EVALUACION GLOBAL QUE LA MADRE HACE DEL NIÑO.

Como juzga la madre la ejecución y comportamiento del niño en la sesión de evaluación.

17.1. Lo considera extremadamente deficiente.

Frecuentemente le hace críticas al niño o acerca de él aún injustificadas.

17.2. Considera que tiene muchos errores.

Con expresiones verbales y faciales indica disgusto hacia el niño.

17.3. Enfatiza los errores.

Toma más en cuenta sus errores y por ello tiene una evaluación más negativa que positiva acerca del niño.

17.4. Acepta en general al niño.

Considera que hace lo que todos los niños a su edad y su comportamiento negativo o fracasos piensa que son temporales. La madre es objetiva y valora adecuadamente los logros y las fallas.

17.5. Enfatiza los éxitos.

Hace mayor referencia a los aciertos por lo que tiene una evaluación más positiva que negativa perdiendo un poco de objetividad.

17.6. Reconoce unicamente los éxitos.

Ve unicamente las buenas características, consistentemente lo halaga y racionaliza las malas conductas.

17.7. Lo considera maravilloso.

Tiene expresiones continuas de orgullo y halago. No tiene crítica, no es realista.

18.- RESPUESTAS AFECTIVAS DE LA MADRE HACIA TODO EL EXAMEN.

Como responde emocionalmente la madre a la situación de prueba y a todos los que en ella intervienen.

18.1. Muy seria.

Se encuentra tensa, preocupada o reservada, dándole gran importancia a todo sin espontaneidad para manifestarse.

18.2. Se observa insegura.

Durante la mayor parte del tiempo se muestra a la defensiva y poco espontanea, quizá después de un período inicial se le nota más relajada para involucrarse en la situación de examen.

18.3. Calmada.

Actitud relajada, comprometida en el examen pero con ciertas reservas, sin embargo la mayoría de sus respuestas emotivas son apropiadas a las circunstancias.

18.4. Flexible y calmada.

Responde a cada una de las situaciones de prueba, es adaptable, pudiendo ser seria y firme si la situación lo demanda.

18.5. Desinhibida.

La madre se desenvuelve con naturalidad en el examen y se manifiesta sin reservas, la mayoría de sus reacciones son apropiadas durante el examen.

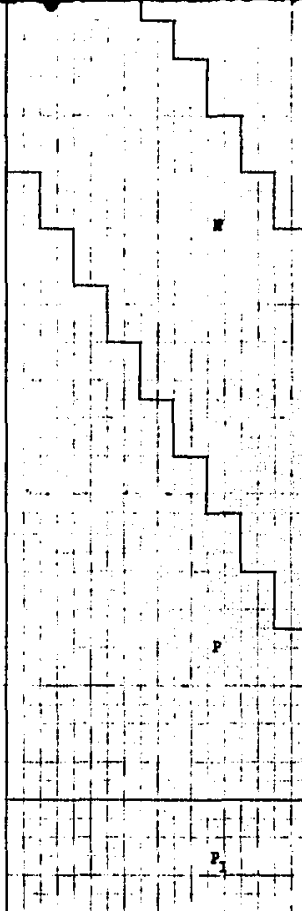
18.6. Emotiva.

Se involucra tanto afectivamente que puede resultar interferidora. Sus reacciones son variables y poco relacionadas con las necesidades del examen.

18.7. Frívola.

No se relaciona con las necesidades del examen, restándole importancia a lo que ahí sucede. Se percibe indiferente, inapropiada e inadaptada.

24000
25000
26000
27000
28000
29000
30000
31000
32000
33000
34000
35000
36000
37000
38000
39000
40000
41000
42000
43000
44000
45000
46000
47000
48000
49000
50000
51000
52000
53000
54000
55000
56000
57000
58000
59000
60000
61000
62000
63000
64000
65000
66000
67000
68000



CUESTIONARIO DE IDENTIFICACION.

- 1.- Nombre: _____ Registro: _____
- 2.- Sexo: _____ 3.- Edad: _____
- Fecha del examen: _____ Fecha nacimiento: _____
- 4.- Diagnóstico: _____
- 5.- Antecedentes del padecimiento (mencionando cuándo se inició, cuándo solicitó la madre intervención médica, tratamiento - recibido y estado actual de evolución): _____

- 6.- Antecedentes dermatológicos hereditarios: _____

- 7.- Persona responsable del tratamiento del niño en casa: _____

- 8.- El niño está al cuidado de: _____
 ¿Por qué razón? (En caso de no ser la madre): _____

- 9.- ¿Durante cuánto tiempo? _____
- 10.- Lugar que ocupa el paciente entre los hermanos: _____
 Mencione el sexo y edad de cada uno de ellos de acuerdo a su orden de nacimiento: _____

- 11.- ¿Fue planeado y deseado el embarazo? _____

- 12.- Problemas durante el embarazo o parto: _____

- 13.- Sexo deseado (por qué): _____

- 14.- Amamantamiento y destete: _____

- 15.- Edad de la madre al nacer el paciente: _____
- 16.- Escolaridad de la madre: _____
- 17.- Ocupación de la madre: _____
- 18.- Tiempo integrada la familia: _____
- 19.- Estructura familiar (describiendo brevemente la situación familiar): _____

- 20.- Clasificación socioeconómica (ocupación del padre e ingresos): _____

- Otras observaciones: _____

Nombre del Niño _____ Clave Abrev. _____
F. Nac. _____ F. Exámen _____
Edad Cronológica _____ Examinador _____
Nombre de la madre _____
o Substituta _____

PERFIL PSICOLOGICO MATERNO

a) Respuesta a la entrevista:

Calificación:

b) Impresión que tiene el Examinador de cómo ve la madre su funcionamiento (papel o role) dentro de la situación de prueba.

Calificación:

2/5

Clave abrev. _____
fecha _____

c) Interés en el nivel de ejecución manifestado por el niño.

Calificación:

d) Reacción de la Madre hacia distintos niveles de ejecución del niño.

d-1) Cuando el niño aparentemente está efectuando la prueba muy bien:

Calificación:

d-2) Cuando el niño tiene una ejecución adecuada y fácil.

Calificación

d-3) Cuando el niño muestra dificultad con algún ítem.

Calificación:

D/S

Clave abrev. _____

Fecha _____

- e) Cooperación con el examinador durante la prueba.

Calificación:

- f) Control del niño durante el examen.

Calificación:

- g) Tolerancia hacia la conducta exhibida por el niño en el examen.

Calificación:

- g) Sensibilidad hacia el niño

Calificación:

4/5 Clave: Abrev. _____
Fecha _____

1) Respuesta a las necesidades del niño.

Calificación:

j) Expresiones de afecto hacia el niño.

Calificación:

k) Expresiones de hostilidad hacia el niño.

Calificación:

l) Interrelación emocional con el niño.

Calificación:

m) Cantidad de comunicación verbal con el niño.

Calificación:

3/5

Clave Abrev. _____

Fecha _____

n) Cantidad de contacto físico con el niño.

Calificación: _____

o) Tipo de contacto con el niño.

Calificación: _____

p) Conciencia de su status.

Calificación: _____

q) Evaluación global que la madre hace del niño.

Calificación: _____

r) Respuesta afectiva de la madre hacia todo el examen.

Calificación: _____



Instituto Nacional de Pediatría

SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y ALERGIA

INSTRUCTIVO PARA NEURODERMATITIS ATOPICA

SEÑORA: La enfermedad que tiene su niño en la piel requiere además de las medicinas que se le recetaron, que -- USTED, le tenga los siguientes cuidados:

- 1.- Lubrique la piel del niño en cuanto la vea seca.
- 2.- No haga caso de los remedios que aparezcan en los anuncios, en el radio en la televisión, o que le recomienden el farmacéutico o sus conocidos, use **SOLAMENTE** los medicamentos que le recetó al médico y sea puntual en sus citas.
- 3.- Bañe al niño diariamente, si es posible en tina. No le ponga jabón en la piel enferma.
- 4.- Use ropa interior de algodón. No ponga sobre la piel del niño ropa de lana, de nylon, ni telas gruesas que puedan irritarlo.
- 5.- Lave la ropa del niño únicamente con jabón y enjuáguela bien. No use detergentes ni blanqueadores.
- 6.- Corte las uñas a su niño dos veces por semana.