

81
20-j-



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Influencia de los Aspectos Afectivos en el
Trabajo de Rehabilitación en Niños
con Parálisis Cerebral**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
CECILIA CONCEPCION HERNANDEZ NOLASCO

Directora de Tesis; Lic. Araceli Mendoza I.

Director de la Facultad;
Maestro Javier Urbina Soria



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1992



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

p a g i n a

INTRODUCCION

CAPITULO I. MARCO TEORICO.

I.1. LA PARALISIS CEREBRAL INFANTIL.	4
I.1.1. Antecedentes históricos del estudio de la parálisis cerebral.	4
I.1.2. Definiciones de la parálisis cerebral infantil.	5
I.1.3. Etiología y Clasificación de la parálisis cerebral.	7
I.1.4. Semiología de la parálisis cerebral infantil.	10
I.2. TEORIAS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.	
I.2.1. Desarrollo de la personalidad del niño de Erik H. Erikson.	13
I.2.2. Teoría del desarrollo de Jean Piaget.	22
I.2.3. Teoría del desarrollo de Arnold Gesell.	27
I.2.4. Teoría del desarrollo afectivo del niño según John Bowlby.	33
I.2.5. Papel de la figura materna en el desarrollo del niño según René A. Spitz.	37
I.2.6. Papel de la figura materna en el desarrollo del niño según Ana Freud.	40
I.2.7. La teoría del desarrollo del niño con parálisis cerebral de Bordas Barraquer.	44
I.3. ESTUDIOS DE LA PROBLEMATICA AFECTIVA EN LA PARALISIS CEREBRAL.	
I.3.1. Antecedentes del Pictograma de Luria.	46
I.3.2. La parálisis cerebral como problema actual.	49

I.3.3.	Justificación para el presente estudio	52
CAPITULO II. METODO.		
II.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	56
II.2	HIPOTESIS.	56
II.3.	SUJETOS	57
II.4.	ESCENARIO	57
II.5.	INSTRUMENTOS.	58
II.6.	VARIABLES.	58
II.7.	TIPO DE ESTUDIO.	58
II.8.	PROCEDIMIENTO.	59
CAPITULO III. RESULTADOS Y ANALISIS DEL ESTUDIO DE LA AFECTIVIDAD EN EL TRABAJO DE REHABILITACION DE NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL.		
III.1.	RESULTADOS.	
III.1.1.	Encuesta a las madres.	61
III.1.2.	Resultados de la aplicación de la Escala de Gesell.	67
III.1.3.	Resultados de los registros anecdóticos sobre manifestaciones afectivas entre madre-hijo.	67
III.1.4.	Resultados del Pictograma de Luria.	68

III.2 ANALISIS DE LOS RESULTADOS	69
CONCLUSIONES.	76
BIBLIOGRAFIA.	78
APENDICES.	

INTRODUCCION.

En la actualidad, gracias a los avances en la ciencia médica, ha sido posible que un gran número de niños que anteriormente, debido a diversos problemas neonatales, no sobrevivían, ahora lo logran. Pero así mismo, estos pequeños requerían de atención especial y tratamientos de rehabilitación constantes.

En relación a los niños con parálisis cerebral, tema de esta investigación, tenemos que el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en su publicación de 1991, reportó en 1988, 1295 casos de parálisis cerebral infantil, atendidos por Instituciones de Seguridad Social en el país, comprendidos dentro del grupo de disfunciones del ámbito de la neuropsicología.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente trabajo está enfocado a un grupo de niños con diagnóstico de parálisis cerebral en un grupo de Intervención Temprana, en el cual se realizó un análisis de la relación de estos pequeños con su respectiva madre, para ello se aplicaron registros de la frecuencia de las manifestaciones afectivas apoyados con entrevistas y análisis de rasgos afectivos de las madres mediante el "Pictograma de Luria.

Tomando como marco las teorías de algunos investigadores de la psicología del niño como: Erikson, Piaget, Bowlby, Spitz etc. - los cuales conceden gran importancia a la relación madre-hijo en el desarrollo del niño, se presenta un análisis de dicha relación en los niños con parálisis cerebral.

Los resultados obtenidos en este trabajo resaltan la gran importancia que juega la relación de la madre con el hijo minusválido

para las actividades rehabilitadoras de los mismos, lo cual fundamenta la idea de que este aspecto debe ser considerado como primordial al elaborar programas de rehabilitación sobre todo en el caso de niños pequeños.

CAPITULO I : MARCO TEORICO.

I.1. LA PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

I.1.1. Antecedentes históricos del estudio de la parálisis cerebral.

En 1843, un artículo publicado en Europa, describía una nueva enfermedad la cual se caracterizaba principalmente por rigidez muscular, y se consideraba que era ocasionada por diferentes trastornos que provocaban asfixia en el recién nacido. A esta enfermedad se le catalogó como enfermedad de Little ya que el Dr. William J. Little fué quien la describió y la relacionó además con problemas durante el embarazo. Barraquer(1966).

Posteriormente, aparecieron nuevas investigaciones en relación a este padecimiento, un grupo de neurólogos, Brissaud y Van Gehuchen entre ellos, le atribuían un carácter congénito, diferenciándola de diplejias cerebrales que aparecen posteriormente.

En 1986, Fournier, en sus estudios sobre afecciones parasifiliticas, planteó una hipótesis en la que atribuye como causa de esa enfermedad a la sífilis hereditaria, lo cual es aceptado por algunos años, hasta que a principios del presente siglo otros investigadores, Bristol y Mailleter, demostraron que no existe relación entre heredosifilis y el llamado síndrome de Little.

Años más tarde, continuando con los trabajos sobre esa enfermedad se intenta, por primera vez, tratar terapéuticamente a niños que presentaban ese síndrome, y se cambia además el término con que se le clasificaba, empieza a ser llamado en 1937 "parálisis cerebral infantil", nombre impuesto por el Dr. Winthrop Phelps, dentro de este grupo se incluían niños que presentaban trastornos motores de origen cerebral.

I.1.2. Definiciones de la parálisis cerebral infantil.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el interés por el estudio y tratamiento de esa enfermedad crece, lo cual hace que se presenten algunos problemas, como: discrepancias en la unificación de criterios para lograr delinear, como era su interés, una definición precisa ya que el término con que se le llama comúnmente, "parálisis cerebral", no es un concepto propiamente clínico, pues en el no existen ni unidad etiológica ni unidad sindrómica.

Este concepto se creó en base a una actitud rehabilitadora hacia un grupo de encefalopatías que presentan acentuados trastornos motores y pocos trastornos de tipo intelectual.

Intentando dar una definición más acertada y tomando en cuenta la consideración anterior, Vorgé (1966), remarcó lo siguiente:

- a) Que la etiología responsable del síndrome neurológico que determina el padecimiento, no sea evolutiva, es decir puede ser secuela de una etiología que fué activa pero en la actualidad haya dejado de serlo, ya sea por eliminación del morbo causante, o por haber cesado la acción del mismo. Este autor considera que se debe excluir del concepto de parálisis cerebral, los trastornos ocasionados por morbos etiopatogenéticos evolutivos.
- b) Que la sintomatología neurológica se caracterice principalmente por un trastorno motriz, esta delimitación exige que la edad intelectual esté por encima de la edad funcional motriz. (Barraquer, 1966).

Por su parte el Dr. Winthrop M. Phelps, utilizó el término "cerebral palsy" para designar a niños que presentaban trastornos motores diferentes a los de origen medular de la poliomielitis. Este autor calificó al trastorno como "alteración del control del sistema motor voluntario".

Perlstein, describió este padecimiento como "parálisis, incoordinación o alguna otra aberración de la función motora". En una discusión celebrada en 1958 en el Little Club de Oxford, Inglaterra, se acordó cambiar la palabra "motor" por postura y movimiento.

Recopilando datos de los autores mencionados, Barraquer, da la siguiente definición: "la parálisis cerebral es la secuela de una agresión encefálica que se caracteriza primordialmente por un trastorno persistente pero no invariable del tono, de la postura y del movimiento, que aparece en la primera infancia, debido a la influencia que la lesión del encéfalo ejerce en la maduración neurológica". (Barraquer, 1966).

Citando a otro autor que también se ocupa de definir la parálisis cerebral, Citrinovitz, menciona que "es un grupo heterogéneo y no bien delimitado de síndromes neurológicos residuales, producidos por lesiones no progresivas del encéfalo, consecutivas a la acción de diversas noxas prenatales, perinatales y posnatales que se manifiestan esencialmente por una perturbación motora, a veces aislada, por lo general asociada a diversos trastornos de la esfera psíquica, sensorial y/o de lenguaje". (Abella, 1978).

De lo anterior se deduce que las condiciones fundamentales que caracterizan a la parálisis cerebral son:

- a) Anatómica, lesión del encéfalo difusa o localizada

- b) Etiológica, que la causa haya actuado en período pre, peri o postnatales, hasta los tres años.
- c) Semiológica, que presente trastorno motor ya sea sólo o acompañado de otras perturbaciones neuropsíquicas.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S), define a la parálisis cerebral como: "grupo de síndromes caracterizados por la lesión cerebral de tipo irreversible, no progresivo, ocurrido durante los períodos de gestación, natal o postnatal que trae como consecuencia anormalidades en la postura y/o movimiento y que puede acompañarse de debilidad mental y convulsiones en diferentes grados y combinaciones".(Mendoza I. 1981).

1.1.3. Etiología y clasificación de la parálisis cerebral

Mucho se ha investigado acerca de las causas de este problema - llegándose a la conclusión de que el mayor número de casos de parálisis cerebral se ocasionan en el momento del parto. La asfíxia neonatal y los traumatismos durante el parto son los factores más importantes y de éstos, el primero es considerado el factor etiopatogénico principal. Otra causa importante pero menos frecuente y que se da posterior al nacimiento, es la encefalitis que deja como secuela daño cerebral.

Clasificación de factores Etiológicos de la parálisis cerebral.

Factores prenatales:

- a) por aspectos genéticos (ej. incompatibilidad de Rh).
- b) adquiridos durante la gestación (ej. infecciones maternas del tipo de la rubeola).

- c) por aspectos obstétricos (ej. insuficiencia placentaria, amenaza de aborto etc.)
- d) por aspectos nutricionales (ej. desnutrición).

Factores perinatales:

- a) parto prolongado: 12 horas primíparas, 8 horas multi--paras.
- b) factores físicos durante el parto:
 - compresión de cabeza
 - compresión de tórax
 - fractura por fórceps
- c) anoxia perinatal
 - anestesia a la madre
 - parto por canal inadecuado (estrecho)
 - inercia uterina
- d) mal uso de analgésicos y anestésicos
 - sobredosis
 - idiosincrasia

Factores postnatales:

- a) por obstrucción mecánica de la respiración en el recién nacido (ej. enfermedad de la membrana hialina).
- b) por daños de diversos tipos, como traumáticos craneoencefálicos, infecciones meningoencefálicas, alteraciones por tóxicos, tumores congénitos o adquiridos etc.

En cuanto a la clasificación de los diferentes tipos de parálisis cerebral, Bowley y Gardner (1987) mencionan las siguientes: espástica, atetósica, atáxica, mixta y otras.

Espástica.- se considera que es el grupo más grande entre los pacientes con lesión neuromotora, alcanza un 75% del total de los casos. Estos niños presentan rigidez notable en los músculos e incapacidad de relajar estos. En este tipo la lesión se ubica generalmente en la corteza cerebral y afecta los centros motores.

Atetósica.- este grupo corresponde un menor porcentaje de los casos, menos del 10%, se caracteriza por movimientos involuntarios que interfieren con los movimientos normales. La causa de esto es al parecer la lesión en los ganglios basales del cerebro, o en los núcleos mesencefálicos.

Atáxica.- los niños que corresponden a este grupo presentan mal equilibrio corporal, marcha insegura y dificultad en la coordinación del control de manos y ojos. Este tipo es raro y se debe a la lesión del cerebelo, o del sistema vestibular.

Aproximadamente un 10% de los niños con parálisis cerebral presenta un tipo mixto y un porcentaje aún más reducido presenta una clase especial de lesión como: distonia, hipertonia, hipotonia, rigidez y temblores.

En base a la predominancia del trastorno motor sobre determinadas partes del cuerpo, Cahuzac, (1985) menciona la siguiente topografía:

- La monoplejía.- involucra a un sólo miembro, es rarísima.
- La hemiplejía.- incapacidad de los dos miembros en un mismo lado, es frecuente y en algunos casos se da la presencia de lesión facial.

- La paraplejia.- trastornos motores y funcionales de los dos miembros superiores.
- La cuadriplejia.- es la forma más severa, con lesión de los cuatro miembros, ésta se subdivide en:
 - . diplejia.- cuando la lesión es más notable a nivel de miembros inferiores y,
 - . doble hemiplejia.- si la lesión de los miembros superiores es más importante.
- La triplejia.- invalidez de tres miembros, generalmente los dos inferiores y un superior, ésta es muy excepcional.

Se ha observado que los parapléjicos son a menudo espásticos, no existe paraplejia atetósica. Estos tipos topográficos rara vez son puros ya que tanto el hemiplejico como el paraplejico con estudios minuciosos siempre se descubren signos neurológicos descritos a nivel de miembros aparentemente sanos.

I.1.4. Semiología de la parálisis cerebral infantil.

En la parálisis cerebral se observan trastornos en el movimiento de la cabeza, tronco, miembros superiores y miembros inferiores, pero además es frecuente encontrar otros síntomas asociados al problema del movimiento, Badalián(1982), describe los siguientes: síndrome convulsivo, alteraciones de lenguaje, alteraciones sensoriales y alteraciones de las funciones corticales superiores.

Síndrome Convulsivo.- se puede observar desde los primeros días de vida y suele permanecer estable en el transcurso de los siguientes años. En los neonatos las convulsiones generalmente son

tónicas, particularmente en los miembros superiores. En los niños pequeños las convulsiones suelen ser polimorfas.

Alteraciones de Lenguaje.- las alteraciones del sistema nervioso que ocasiona la parálisis cerebral, afecta directa o indirectamente los mecanismos neurales centrales del lenguaje como son los núcleos basales, el tálamo y las áreas corticales, esto repercute en alguna forma sobre el mecanismo neural periférico, o sea, sobre los nervios craneales, cervicales y tóraxicos que -- llegan a los sistemas respiratorio, fonatorio y de articulación de lenguaje, por ello estas alteraciones en los niños con lesión cerebral rara vez se encuentra en forma aislada, los principales son: el retardo en el desarrollo del lenguaje, la disartria y la dislalia.

El retardo del lenguaje se observa desde temprana edad, el balbuceo se presenta tardíamente, los sonidos son fragmentarios y pobres, la actividad de vocalización es escasa, tardan mucho en pronunciar las primeras palabras, se dificulta la formación de frases.

La Disartria.- suele presentarse con frecuencia, se caracteriza por incremento en el tono de la musculatura que participa en el habla, la lengua se encuentra más tensa, su dorso encorvado en forma espástica y los labios igualmente tensos. Es característica la alteración en la respiración y en la fonación de la voz.

La Dislalia.- puede ser de dos tipos, motora o sensora, la primera conduce a la falta de desarrollo en todos los aspectos del lenguaje; el fonemático, el léxico, el gramatical y el semántico. En la dislalia sensora se dificulta la comprensión del lenguaje escuchado ya que se manifiestan alteraciones en la percepción fonemática.

Alteraciones Sensoriales.- en las lesiones de parálisis cerebral, se suele encontrar disminución de la agudeza auditiva, esto generalmente se da ante los tonos de alta frecuencia, lo que puede provocar alteración en la pronunciación de sonidos en ausencia de disartria. Posteriormente se presentan dificultades en la lectoescritura. En algunos casos se presenta falta de desarrollo del oído, estas alteraciones pueden conducir a retención o falta de desarrollo del lenguaje.

Se observan también problemas en la percepción visual, ya que hay insuficiencia en la fijación de la mirada y la convergencia, disminución del campo visual y alteración en la motilidad de los globos oculares. Los padecimientos visuales más frecuentes en los niños con parálisis cerebral son los estrabismos concomitantes pero también es posible encontrar casos de ceguera ya sea parcial, total o debilidad visual.

Estas alteraciones sensoriales suelen traer como consecuencia trastornos tanto en las representaciones espaciales del niño, como en su formación del esquema corporal.

Badalián, nos menciona también otras alteraciones, no menos importantes que las anteriores, estas son: la emotiva y la del desarrollo intelectual. En los pacientes con lesión cerebral neuromotora suelen observarse alteraciones emotivas que se manifiestan en forma de aumento de excitabilidad, tendencia a ondulaciones en el estado de ánimo, aparición de miedos que pueden surgir inclusive ante simples estímulos táctiles o con el cambio de posición corporal.

En los niños mayores, si presentan alteraciones emotivas secundarias como reacción al problema que presentan, se observan tendencias a reacciones neuróticas, y está latente la posibilidad de un desarrollo patológico de la personalidad, con manifesta--

ciones de ansiedad, autismo o infantilismo entre otras.

El desarrollo intelectual de los niños con lesión cerebral, debido a las condiciones antes mencionadas, se encuentra muy poco favorecido, con gran frecuencia éste se detiene o se distorsiona.

I.2. TEORIAS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

I.2.1. Desarrollo de la personalidad del niño de Erik H. Erikson.

Tomando en cuenta que en una persona se unifican fuerzas biológicas, psicológicas y sociales, Erikson considera que "un ser humano es siempre un organismo, un yo y un miembro de la sociedad y está comprometido en los tres procesos de organización". (Maier, 1979).

Al igual que Freud, Erikson acepta la existencia de una energía a la cual le llama libido y que es la que genera todos los procesos psicológicos. Esta energía abarca dos inclinaciones que se oponen dinámicamente, ellas son: el impulso de vivir, de gratificarse sobrepasando los propios límites; y el impulso opuesto que es una incitación a retornar a una condición anterior al nacimiento o alguna fase previa sin mucha complejidad, esto implica un deseo de autodestrucción.

Estos dos impulsos crean una polaridad que estimula la conducta en cada fase del desarrollo. La maduración corporal tiene una contraparte emocional en el desarrollo de la personalidad.

El contenido emocional que no es sino la calidad de las relaciones interpersonales, determina el núcleo básico de la estructura del hombre, por esta razón Erikson concede gran importancia a la relación emocional entre las personas, ya que la vida de cada una de ellas; su modo de percibir, pensar, hacer y sentir, depende del equilibrio relativo de los tres procesos afectivos fundamentales del psicoanálisis el ello, yo y super yo.

Erikson, conceptualiza al desarrollo como: "un proceso evolutivo que se funda en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales, experimentada universalmente y que implica un proceso autoterapéutico destinado a curar las heridas provocadas por las crisis naturales y accidentales inherentes al desarrollo". (Maier, op.cit.).

Este autor propone 8 fases de desarrollo de las cuales las 5 primeras abarcan la infancia, la niñez y la adolescencia. En cada fase el individuo debe afrontar y dominar cierto problema que es un dilema en ella; el desarrollo es un proceso continuo en el que cada fase tiene la misma jerarquía como parte del continuo, halla su antecedente en las fases anteriores y su solución final en las ulteriores.

Un individuo pasa a la fase siguiente tan pronto está preparado biológica, psicológica y socialmente, y cuando ésta preparación individual coincide con la preparación social. En cada fase del desarrollo se reúnen dos fuerzas contrarias que exigen una solución, la cual cuando es eficaz provoca un movimiento ascendente en la escala de madurez.

Las fases de desarrollo planteadas por Erikson son:

- I Sentido de la confianza básica.
- II Sentido de la autonomía.
- III Sentido de la iniciativa.
- IV Sentido de la industria.
- V Sentido de la identidad.
- VI Sentido de la intimidad.
- VII Sentido de la generalidad.
- VIII Sentido de la integridad.

En la fase I, sentido de la confianza básica, Erikson explica que después de la vida intrauterina caracterizada por una regularidad rítmica, calor y protección, el niño experimenta la realidad de la vida en sus primeros contactos de el mundo exterior, el desarrollo ulterior de esta primera fase es la adquisición de la esperanza.

Gracias a una mezcla de confianza y desconfianza el niño logra desarrollar un sentido de expectativa, en esta fase el tema crítico es la oposición entre el sentido de la confianza básica y el de la desconfianza básica.

En el recién nacido el sentido de confianza exige la sensación de comodidad física y minimizar la experiencia del temor, al asegurar estos elementos, el niño extenderá su confianza a experiencias nuevas. Si por el contrario son insatisfactorias las experiencias físicas y psicológicas, ésto creará un sentido de desconfianza y como consecuencia una percepción temerosa de situaciones futuras.

Las experiencias corporales proporcionan la base de un estado psicológico de confianza, estas sensaciones se convierten en la primera experiencia social, las únicas preocupaciones de un organismo joven es el mantener las funciones corporales como son: respiración, ingestión, digestión y movimientos motores, estos últimos incluyen interacción con el medio.

La libido (energía psicológica) aparece con el nacimiento y da el primer impulso al organismo para sobrevivir y evitar la destrucción, dicha energía se desenvuelve a partir de las sensaciones corporales y la respuesta ambiental a esas sensaciones. El llanto, la succión, los reflejos visuales y los movimientos motores están dotados de energía libidinosa, paulatinamente se establece después el control cortical y esos que eran funciones del ello, se convierten en procesos diferenciados del yo.

Durante los primeros 4 meses de vida la rutina del niño se centra alrededor de absorción de aire, alimento, luz, sonido y otros estímulos corporales. Los contactos más significativos y regulares entre el infante y su medio se realiza a través de la absorción de alimento, la boca y la succión establecen el contacto primario con el mundo exterior, de este modo el niño se encuentra con su sociedad oralmente, recibe y da amor con la boca, más sin embargo no es la duración del contacto oral ni la cantidad de alimento y succión lo que determina la calidad de la experiencia, sino la naturaleza de los contactos interpersonales que regulan dichos vínculos orales y su incorporación.

La madre o persona encargada del niño, lo acerca al mundo social. El amor y el placer de la dependencia son transmitidos por el abrazo de la madre, su calidez, su sonrisa y el modo en que ella le habla y esto es muy importante en esta fase.

El pequeño coordina el recibir y el confiar como una sola expe---

riencia de acuerdo a como la madre coordina en sus cuidados el dar y confiar mientras le atiende. A medida que madura, el recibir incluye alcanzar, apropiarse de y comprobar oralmente, todo lo que esté a su alcance.

El desarrollo oral es el comienzo de una experiencia continua y de regularidad en la relación niño-madre. El niño asocia cada vez más su bienestar con la conducta consecuente de la persona que lo cuida, las experiencias adversas pueden retrasar el posible desarrollo del yo, ya que si la confianza ha prevalecido en las primeras experiencias del niño, éste se hallará despierto a afrontar nuevas situaciones y superar la desconfianza inicial.

Para Erikson el primer intercambio entre la madre y el niño es una "fuente de fe" que permite a la madre responder a las necesidades y a los reclamos corporales y psíquicos del niño, de modo tal que el pequeño aprende a confiar siempre en ella, en él mismo y en el mundo.

La confiable y permanente relación niño-madre constituye la base para una identificación posterior del hijo con la madre y de ella con él, la madre y los sentimientos que se suscitan del niño hacia ella, representan una realidad interior y una posibilidad exterior de predicción. El niño en esta fase, asimila para sí mismo las cualidades de su madre y además proyecta sobre ella algunos de sus propios sentimientos.

Un componente esencial que menciona Erikson, en el proceso de identificación, es la experiencia conjunta de la frustración y explica que el tratar de regularla, origina sentimientos de incertidumbre y un sentido básico de desconfianza.

Los niños perciben las inseguridades y las intenciones inconcietes

de sus padres, tanto como los pensamientos concientes y conductas manifestadas, aunque no comprendan la causa y el significado de ellos. Erikson, concede gran importancia a las actitudes y emociones que motivaron a los padres en el manejo, cuidado y educación del niño.

A medida que aumenta la confianza del niño en su madre y en su medio, comienza a descubrir que la conducta que desarrolla es la suya propia, afirmando así, un sentido de autonomía, según Erikson esta es la fase II del desarrollo, en ella el niño puede realizar su voluntad pero, la permanente dependencia crea en él un sentido de duda respecto a su capacidad y a su libertad para existir como unidad independiente. Estas contradicciones de afirmarse y autonegarse al mismo tiempo la capacidad de realizar esa afirmación son el tema fundamental de esta segunda fase; la cual coincide con la fase anal que Freud plantea entre los 18 meses y los 3 años de edad.

Desde un punto de vista físico, el niño sufre una aceleración en la maduración, los movimientos tienen buena coordinación y el niño va asimilando que el caminar, trepar, retener y saltar son medios para aprender nuevos intentos, y que el control muscular que ha adquirido le da la capacidad para controlar sus esferas, tanto anal como uretral. De esta manera la zona anal pasa a ser el centro de sus esfuerzos físicos, sociales y psicológicos.

Además de la movilidad, también la percepción y la memoria mejoran notablemente, y hay una mayor capacidad de integración neurológica y social, estos son factores que contribuyen al fortalecimiento del yo.

A medida que el niño adquiere autonomía en ciertas áreas de su vida integran en sí mismo estos factores orientadores de control y di-

rección que cuando era totalmente dependiente, manejaban otras personas.

En tanto el niño utiliza y desarrolla cada vez más su autonomía se acentúan los procesos del ello, al yo y aparece también el super yo. Erikson, presta más atención al yo, ya que considera que el desarrollo adecuado de éste, determina un crecimiento sano; el yo permite tener conciencia de sí mismo como unidad autónoma y cuando comienzan a percibirse los "límites" entre él como individuo y su progenitor o sustituto, se amplía su sentido de la confianza dentro de su sí mismo, en expansión.

En estos primeros años de la infancia, la relación entre el niño y la madre varía. Durante la primera fase, tanto la madre como su hijo consagraron sus esfuerzos a establecer una confianza mutua y una disposición a afrontar juntos nuevas situaciones, pero en esta segunda fase el pequeño viola esa confianza mutua y trata de afirmar su autonomía en ciertas áreas. Manifiesta un empeño tenaz en hacerlo todo sólo, caminar, alimentarse, vestirse etc. en esta etapa vivir significa para él expandirse y actuar de acuerdo a su propia voluntad e insistir en los límites que se fija.

Una vez que se ha logrado ejercer cierto grado de control consciente sobre sí mismo y sobre el medio, el individuo está en posibilidad de avanzar rápidamente hacia nuevas conquistas en esferas más amplias, y es aquí cuando empieza a desarrollar un "sentido de iniciativa" o fase III para Erikson. Aquí su medio social lo incita a realizar cierta actividad y alcanzar una finalidad es decir dominar determinadas tareas.

Al niño se le pide que asuma responsabilidad de sí mismo y de la que engloba su mundo (juguetes, mascotas, su propio cuerpo etc.) y esto le ayuda a comprender que la vida tiene una finalidad para él

lo cual origina también nuevas interrogantes como ¿Qué ha venido a hacer?, entonces el niño investiga y elabora fantasías acerca de la persona que desea llegar a ser, pone a prueba sus poderes, sus conocimientos y sus cualidades potenciales.

Involucra además a otras personas en su conducta e incursiona en -- las de los demás, lo cual crea en él sentimientos de culpa e incomodidades ya que su confiada autonomía se ve frustrada pues no siempre concuerda con la conducta de los demás y porque pretende negar la dependencia que existía con los adultos encargados de su cuidado.

Gracias a la maduración del niño, éste ha asimilado su propia capacidad de alcanzar, tomar, retener, ahora está asimilando la de caminar, correr, brincar etc.. Posteriormente podrá desarrollar estas adquisiciones desplazándose con mayor libertad, conocimiento y energía en un medio más amplio.

Durante esta fase mejora también su lenguaje, formula preguntas que le ayuda a comprender antiguos y nuevos misterios. Su extensión de lenguaje y locomoción hacen que el niño amplie su campo de actividad e imaginación, con lo cual también surgen situaciones que le aterrorizan.

La conciencia del niño asume cada vez más funciones de apoyo y control de los adultos significativos en su medio, ésta se organiza en cierta forma a partir de los progenitores considerados como modelo, incluyendo material aportado por el super yo de ellos y su herencia sociocultural.

El super yo de los padres y el super yo del niño incluyen los gustos y criterios de la clase a la que corresponden así como características y tradiciones culturales de su sociedad. Por lo tanto el niño incorporará a su conciencia lo que los padres son realmente como -

personas y no sólo lo que tratan de enseñar al niño.

Esta fase presenta momentos en los que se experimenta con sentido de realización auténticas y momentos en los que se origina -- temor al peligro y sentimiento de culpa.

El juego asume en esta fase dos formas esenciales, en primer lugar el niño necesita tiempo para el juego solitario o para soñar despierto sin ser molestado con el fin de "expresar jugando" o "soñando" los conflictos y su resolución, segundo, el niño necesita la compañía de otros chicos de su edad para "jugar" sus crisis de vida individuales y mutuas. Algunas ocasiones representan con pequeños objetos las fuerzas antagónicas y otras la relación lúdica con personas reales constituye una oportunidad para elaborar derrotas anteriores o problemas no resueltos.

Los padres que juegan y trabajan con el niño pueden expresar su identificación común, valores e ideas, más allá de sí mismos y continúan desempeñando el papel de freno, dado que el yo incompleto o el super yo inmaduro del niño necesita apoyo y control.

En el desarrollo del niño el juego es particularmente importante, ya que según Erikson, constituye una de las principales funciones del yo. El juego implica por lo general tres dimensiones fundamentales : 1) el contenido y la configuración de sus partes, que crean el tema subyacente, 2) los componentes comunicativos verbales y no verbales; 3) los modos de conclusión o interrupción del juego.

Esta actividad lúdica se vincula con la experiencia de vida que el niño intenta repetir, dominar o negar con el fin de organizar su mundo interior en relación con el exterior. Además de generar autoenseñanza y autocuración, es utilizado por el niño para compensar derrotas, sufrimientos y frustraciones.

1.2.2. Teoría del desarrollo de Jean Piaget.

Este autor en los fundamentos psicogenéticos del desarrollo psicológico, menciona que del mismo modo en que la etapa de la infancia nos dice mucho acerca de la etapa adulta de una persona, así también cada período del desarrollo es importante e influye en los siguientes. (Piaget, 1984).

Piaget, al primer período del desarrollo lo denomina "senso-motor", y se caracteriza por constituir los esquemas de asimilación y organizar lo real bajo un conjunto de estructuras espacio-temporales y causales, para lo cual se apoya exclusivamente en percepciones y movimientos mediante la coordinación senso-motora de las acciones, sin que intervenga representación, pensamiento ni lenguaje.

Piaget, considera que el desarrollo parte de las actividades totales y espontáneas del organismo, y a reflejos concebidos como diferenciación de dichas actividades.

Dentro del primer período de desarrollo se habla de un estadio inicial el de los reflejos, el segundo estadio es el de los hábitos, y el tercer estadio en el cual surge la coordinación entre la visión y la aprehensión, donde el niño coge y manipula todo lo que está a su alrededor, se dice que este estadio se halla en el umbral de la inteligencia.

En el período senso-motor se da una especie de lógica de la acción que deriva de los esquemas de asimilación adquiridos en esta etapa del desarrollo, ajustándolos para crear relaciones y correspondencias.

La inteligencia en este período organiza lo real, dentro de un --

egocentrismo total, en el que el universo está centrado en el --- cuerpo y acciones propias, y los objetos son permanentes, aunque - en un principio dichos objetos son solamente "cuadros móviles" que aparecen y desaparecen. Esto explica que durante el inicio del desarrollo la relación espacio-temporal sea parcial, en ella se da un conjunto de espacios heterogéneos centrados en el propio cuerpo.

Lo mismo sucede con la causalidad donde el niño sólo conoce como - causa de cualquier reacción su propia acción, por esto se le considera mágico- fenomenista ya que no considera los contactos es--- paciales.

En lo que se refiere al aspecto afectivo de el período senso-motor Piaget ubica a los dos primeros estadios en lo que J.M. Baldwin -- nombró "adualismo" en donde no existe conciencia del yo, no hay -- frontera entre el mundo interior y las realidades del exterior, de tal modo que toda la afectividad se centra sobre el cuerpo y la -- acción propios, y las manifestaciones afectivas en este contexto -- dependen de ritmos generales que corresponden a actividades espon-- táneas del organismo, alternando estados de tensión y laxitud. Es-- tos ritmos se diferencian en la búsqueda de estímulos agradables, y evitación de los desagradables. (Piaget, 1984).

Los estadios tercero y cuarto presentan una creciente complejidad de conductas motivadas por la multiplicación de satisfacciones psico-- lógicas y orgánicas. Las fuentes de interés se diversifican obser-- vándose nuevos estados en presencia de lo desconocido diferencian-- dose de lo conocido, se identifica a las personas extrañas provoca-- ndo inquietud se presentan reacciones ante situaciones insólitas.

Adquiere gran importancia el contacto con la demás gente, ya que - esto motiva reacciones cada vez más específicas del niño, estos -- progresos afectivos son parte de la estructuración general de la -- conducta.

Durante el quinto y sexto estadio se concede importancia, desde el punto de vista de Freud, a la "elección del objeto afectivo" y que consiste en una transferencia de la libido, a partir del yo narcisista, sobre los padres. Los psicoanalistas conciben esto como señal de la constitución de un yo diferenciado y un otro, que se convierte en el objeto de afectividad.

Esto se explica al considerar que cuando el niño deja de relacionarlo todo con sus propios estados y acciones para sustituir un mundo sin consistencias espacio-temporales ni causales, por un universo de objetos permanentes con desplazamientos espacio-temporales y causalidad objetivas y especializadas, su afectividad igualmente se adherirá a estos objetos permanentes localizables en que se convierten las personas. Es decir se da la constitución de las "relaciones objetales" en unión con el esquema de los objetos permanentes.

Un aspecto de gran importancia para comprender el desarrollo del niño es el exámen evolutivo de sus percepciones, las cuales constituyen un caso particular de las actividades senso-motoras. Durante el primer año, dos problemas de percepción se relacionan con las reacciones senso-motoras el de las constancias y el de la causalidad perceptiva.

En lo que se refiere a las constancias, se habla de constancia de forma y constancia de tamaño; la constancia de forma es la percepción de la forma habitual del objeto independientemente de la perspectiva de su presentación. La constancia de tamaño es la percepción del tamaño real de un objeto independientemente de la distancia.

Al finalizar el período senso-motor, aproximadamente a los dos años, aparece en el siguiente período la función de poder representar algo por medio de un significativo diferenciado que implique la evo-

cación de un objeto ausente. Se distinguen 5 conductas que implican esta función.

- 1.- Imitación diferida. ésta constituye la prefiguración senso-motora de la representación.

En el período senso-motor, el niño adquiere la capacidad suficiente en el dominio de la imitación de actos materiales lo cual hará posible la imitación diferida lo que constituye una representación en el pensamiento.

- 2.- El Juego simbólico o de ficción.- éste señala el apogeo del juego infantil, en él transforma lo real por asimilación más o menos pura a las necesidades del yo, a diferencia de la imitación que es acomodación más o menos pura a los modelos exteriores.

La función de asimilación del yo que cumple el juego simbólico se manifiesta bajo diversas formas particulares, la mayor parte de los casos, afectivas pero en otras ocasiones a intereses cognositivos, aunque también frecuentemente se refiere a conflictos inconscientes: fobias, agresiones, intereses sexuales etc.

- 3.- El dibujo, es una forma de la función semiótica que se inscribe entre el juego simbólico del que presenta el placer funcional y la imagen mental de la que tiene el mismo esfuerzo por imitar lo real.
- 4.- Las imágenes mentales.- éstas son de aparición relativamente tardía (no se encuentra huella alguna en el nivel senso-motor) y resultan de una imitación interiorizada.

Se pueden distinguir dos grandes categorías de imágenes mentales: las imágenes reproductivas y las imágenes anticipadoras.

Las reproductivas se limitan a evocar espectáculos ya conocidos y percibidos anteriormente, pueden referirse a configuraciones estáticas, a movimientos o transformaciones, porque estas tres clases de realidades se ofrecen constantemente en la experiencia perceptiva del sujeto.

Sin embargo a nivel preoperatorio las imágenes mentales son estáticas, existe dificultad sistemática para reproducir movimientos o transformaciones, sólo lo consiguen niños en el nivel de operaciones concretas.

Las imágenes anticipadoras, además de imaginar movimientos y transformaciones, imaginan también resultados, sin haber asistido antes a su realización. Las imágenes de transformación así como las cinéticas sólo son posibles después de los siete u ocho años, gracias a las anticipaciones y reanticipaciones que se apoyan en la comprensión operatoria.

En cuanto a la memoria, Piaget, menciona 2 tipos: la de reconocimiento, que actúa reconociendo el objeto ya encontrado, sólo en presencia del mismo, y la de evocación, que consiste en evocar el objeto en su ausencia por medio de un recuerdo-imagen mental, y plantea el problema de su dependencia o independencia con el esquematismo general de las acciones y las operaciones.

- 5.- Lenguaje.- aparece aproximadamente al mismo tiempo que las demás formas de pensamiento semiótico (en un niño normal). Comienza tras una fase de balbuceo espontáneo y una fase de diferenciación de fonemas por imitación (a los once o doce meses) continua al término del período senso-motor con las "palabras-frase" en donde con una palabra pueden expresar deseos o emociones. El esquema verbal a partir de los esquemas senso-motores se hace instrumento de asimilación y de generalización.

A partir del segundo año se hacen frases de dos palabras, después pequeñas frases completas sin conjugación y después la adquisición progresiva de estructuras gramaticales.

Al hablar de la relación que tiene el lenguaje con el pensamiento y si comparamos para ello las conductas verbales con las senso-motoras, hay grandes diferencias en favor de las primeras, ya que, las senso-motoras se ven obligadas a seguir los acontecimientos sin sobrepasar la velocidad de acción y las verbales puede introducir relaciones con una rapidez muy superior, gracias al relato y a las evocaciones. Por otro lado, las adaptaciones senso-motoras están ligadas al espacio y tiempo próximos, mientras que el lenguaje permite al pensamiento referirse a -- extensiones espacio-temporales mucho más amplias, por último y como consecuencia de las diferencias anteriores, la inteligencia senso-motora produce acciones sucesiva y progresivamente, y el pensamiento consigue, gracias al lenguaje, representaciones -- de conjunto simultáneas.

I. 2.3 Teoría del desarrollo de Arnold Gesell.

Para Gesell, el crecimiento es un proceso de estructuración que -- produce cambios estructurales en las células nerviosas, con lo que se originan los correspondientes cambios en las estructuras del -- comportamiento. (Vayer, 1988).

El niño cuando nace no tiene sus sistemas de percepciones listos, sino que debe desarrollarlo mediante la experiencia y la creciente madurez de sus células sensoriales motrices y de coordinación etc. y al mismo tiempo que las percepciones crecen también las emociones van madurando y dando surgimiento a los juicios, conceptos etc.

Gesell, insiste en el hecho de que el niño se desarrolla como un -- todo "lo que llamamos personalidad" no es más que una red organiza-- da y reorganizada de estructuras del comportamiento personal y so-- cial. Esta organización del comportamiento viene ligada estrecha-- mente a la maduración nerviosa, la que empieza mucho antes del na-- cimiento. (Vayer, op.cit ..).

Este autor distingue cuatro esferas del comportamiento, las cuales se desarrollan conjuntamente y en íntima colaboración, estas esfe-- ras son las siguientes:

- a) Comportamiento motor: postura, locomoción, prensión y con-- juntos posturales.
- b) Comportamiento de adaptación: capacidad de percepción de los elementos significativos en una situación y de utilizar la - experiencia presente y pasada para adaptarse a nuevas situa-- ciones.
- c) Comportamiento verbal: todas las formas de comunicación y - comprensión de los gestos, sonidos y palabras.
- d) Comportamiento social: reacciones ante las demás personas - y la cultura social.

El niño, desde el punto de vista de Gesell, se convierte en un ser social de una manera general, haciendose poco a poco sensible e -- insensible a los diversas situaciones de la vida en grupo.

En términos generales las habilidades que el niño va adquiriendo - en las diferentes esferas de su desarrollo son las siguientes:

Un año.

- Primeras experiencias visuales y auditivas seguidas de oculo--manuales.

- Transporte de objetos.
- Construcciones simples.
- Preferencia por un juguete determinado.
- Relación objeto-propietario.
- Exploración de su espacio.
- Nociones de dirección y localización de objetos y personas
- Simbiosis madre-hijo.
- Sonidos guturales.
- Balbuceos.
- Primera palabra, papá, mamá.

Dos años.

- Relación objeto-propietario.
- Construcciones y alineaciones.
- Preferencia por el color.
- Sentido de posesión.
- Nociones de arriba y abajo.
- Nociones de dentro y fuera.
- Noción de ahora.
- Se llama por su nombre.
- Distingue niños y niñas.
- Afectividad viva y explosiva.
- Emotividad no controlada.
- Sociabilidad poco diferenciada: imitación y juego.
- Inicia jerga.
- Vocabulario de una docena de palabras.
- Uso frecuente del "no"
- Responde a la llamada por su nombre.
- Empieza a construir frases.

Tres años.

- Construcciones ordenadas y equilibradas.
- Da nombre a su obra.
- Se interesa más por la construcción que por el resultado.
- Empieza a colaborar.
- Ordena objetos familiares.
- Representación del espacio al que dirige su acción.
- Orientación en itinerarios simples.
- Inicio del "yo".
- Expresa verbalmente su interés por las diferencias entre sexos.
- Edad de razón: posibilidad de juzgar y escoger entre dos alternativas.
- El lenguaje se torna útil.
- Edad preguntona.
- Fabulación e invención, mezcla de realidad y ficción.
- Pensamiento animista y mágico.

Cuatro años.

- Construcciones en común.
- Empieza a representar determinados objetos.
- Noción de ciudad y de calle.
- Representación mental de itinerarios.
- Concepto de hora.
- El sentido del "yo" se desarrolla.
- Jactancia, alarde del "yo".
- Tendencia a la segregación de los sexos en los juegos.
- Autoritario y expansivo.
- Desencadenamiento verbal.
- Preguntas incesantes.
- Monólogos.

Cinco años.

- precisión y destreza en las actividades motrices simples.
- se interesa igualmente por el material pequeño y grande.
- empieza a distinguir derecha-izquierda.
- sabe dirigirse por la calle.
- comprende el ayer y el mañana, pero se interesa por el presente.
- sentido más seguro de su "yo".
- deja la jactancia.
- pronunciada individualidad.
- la madre continua siendo el centro de su universo.
- inicia las actividades en grupo pero con fines individuales.
- se doblega ante las convenciones sociales.
- locuacidad, ha vencido la mayor parte de sus dificultades de pronunciación.
- vocabulario importante.
- definición de los objetos según su uso.
- sus angustias y temores son temporales y concretos.
- le gusta imitar al adulto y asumir responsabilidades.

Estas habilidades mencionadas para cada etapa del desarrollo, son consideradas por Gesell para un niño normal, en el cual su desarrollo es metódico, ordenado y sigue sus tiempos, es decir, es un organismo que crece, que ha tenido un desarrollo pasado, que se está desarrollando ahora, y que tiene un desarrollo futuro, éste posee un gradiente que puede dividirse en secuencias ordenadas, las cuales se siguen con tal regularidad que pueden ser generalmente previsibles.

Por el contrario en el infante anormal, el ritmo de desarrollo - está afectado, según Gesell, el primer síntoma y más obvio es el retardo del desarrollo, en segundo lugar, éste se encuentra distorsionado, es decir, los patrones de conducta pueden estar deformados o hipertrofiados, o puede ser también que no aparezcan.

El grado de retardo y de distorsión en el desarrollo del niño, depende de los factores etiológicos, de su naturaleza, su gravedad y el momento de su ocurrencia dentro del ciclo de vida.

Gesell considera que el origen de un desarrollo anormal puede provenir de alguno de los siguientes períodos:

Período germinal.- Aquí los gametos portadores de los genes defectuosos en combinaciones desfavorables, producen a su vez un organismo defectuoso, cuando esto afecta el potencial de maduración del desarrollo, el resultado es una deficiencia mental de constitución.

Período embrionario.- Pueden estar defectuosos los mecanismos de regulación del crecimiento, ya sea por factores genéticos o por influencia de la bioquímica de la madre o bien una combinación de ambos, aquí es donde se desarrollan anomalías como: el labio leporino, la espina bifida y malformaciones como oxucefalia, hemigioma córtico, poroencefalia, hidrocefalia etc.

Período fetal.- En este período lo que afecta generalmente, son enfermedades en la madre como la toxemia, la sífilis u otras, así como los peligros de un parto prematuro, son factores que pueden atacar en ese momento la integridad del tejido nervioso en desarrollo.

Período perinatal.- Este período presenta también peligros específicos para el potencial de crecimiento, ya que el trauma físico del nacimiento en sí, por fácil que sea puede provocar hemorragias masivas o una gran cantidad de pequeñas hemorragias, y padecimientos, como la anoxemia, pueden provocar la muerte de células nerviosas.

Período postnatal.- Aquí el infante queda expuesto a innumerables peligros, es extensa la lista de infecciones, traumas y agentes -

tóxicos que pueden afectarlo. Al igual que en períodos anteriores el daño puede ser grande o pequeño, o puede ser selectivo y dejar intactos ciertos potenciales de crecimiento. Pero en este nuevo medio se expone al niño a una fuente más de ataque, calidad y cantidad de experiencias.

La pobreza de experiencias, como puede ser en la vida institucional o en casos de privación sensorial, como la ceguera o sordera, así como experiencias negativas, como la crueldad, la carencia de un cuidado comprensivo y cariñoso, el rechazo de los padres, algún accidente grave etc. todo puede afectar el desarrollo emocional y, a su vez, el desarrollo del comportamiento.

Por todo lo anteriormente expuesto, Gesell enfatiza la gran importancia que tiene un adecuado diagnóstico del desarrollo, en el cual es muy importante distinguir los retardos innatos y los adquiridos, así como entre los que son permanentes y los sintomáticos, reconociendo los tipos mixtos y los síndromes parciales.

I.2.4. Teoría del desarrollo afectivo del niño según John Bowlby.

En cuanto a los aspectos afectivos, Bowlby(1976) al igual que Freud ubican a las raíces de la vida emocional en la etapa de la lactancia y en la de la primera infancia y conceden gran importancia a la conexión entre los acontecimientos de los primeros años de la vida y la estructura de la posterior personalidad.

Actualmente es bien aceptado el hecho de que en el transcurso del primer año de vida del niño, desarrolla un fuerte vínculo afectivo con la figura materna, aunque no están establecidos con precisión los procesos que permiten formarlo y mantenerlo.

Harlow y Bowlby(1958), postularon 4 teorías fundamentales referen-

tes a la naturaleza y origen de los vínculos infantiles, estas son:

Teoría del impulso secundario. El niño tiene una serie de necesidades fisiológicas que debe satisfacer (en especial alimento y calor). El hecho de que el bebé se interese por una figura humana, -- generalmente la madre con la cual se crea un vínculo de afecto, se debe a que ella satisface sus necesidades fisiológicas y el niño -- aprende que la madre constituye la fuente de su gratificación.

A esta teoría también se le denomina del "amor interesado" de las -- relaciones objetales.

Teoría de succión del objeto primario. En los infantes existe una propensión innata a entrar en contacto con el pecho humano, succionarlo y poseerlo oralmente. A su tiempo el bebé aprende que ese pecho pertenece a la madre, por lo cual se apeg a ella.

Teoría de apego a un objeto primario. Existe en los bebés una -- tendencia a entablar contacto con otros seres humanos y apegarse a ellos.

Existiría en este sentido la necesidad de un objeto independiente -- de la comida, que posee sin embargo un carácter tan primario como -- la de alimento y calor.

Teoría del anhelo primario de regreso al Vientre materno. Esta -- teoría se refiere a los resentimientos que el niño alberga por haber sido desalojado del vientre materno, y por consiguiente ansía re-- gresar a él.

De estas teorías la más difundida es la primera "impulso secundario" no sólo entre los psicoanalistas como Freud(1940) que afirmaba que "el amor tiene su origen en el vínculo de afecto que crea la necesi-

dad satisfecha de alimentos", sino también entre teóricos del aprendizaje como Dollard y Miller (1950), quienes manifestaban que "probablemente la experiencia de alimentarse permita al niño desarrollar el gusto por la compañía de otros".

En relación al tema, Bowlby (1979), postula que el vínculo que une al niño con su madre es producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta en los cuales la proximidad con la madre es una consecuencia previsible. Aunque difícilmente puede elaborarse una teoría simplista sobre los progresos realizados durante el primer año de vida del niño, una vez que se inicia el segundo año, casi siempre puede advertirse una conducta típica que refleja los vínculos de afecto creados.

Existen pruebas de que en un ambiente familiar, la mayoría de los bebés de cuatro meses, más o menos, ya responden de manera diferenciada a la madre, al verla, el pequeño a esa edad sonríe y vocaliza con mayor prontitud, siguiéndola con la mirada durante un tiempo mayor que al resto de la gente, lo que indica que se manifiesta cierta discriminación perceptual. Aunque aún no puede hablarse de una conducta de apego hasta no haber pruebas de que el bebé no solamente reconoce a la madre sino que tiene a comportarse de tal manera que mantiene la proximidad con ella.

Esta conducta dirigida a mantener la proximidad, resulta obvia cuando la madre abandona la habitación y el bebé rompe a llorar, y quizás, intenta seguirla.

Los primeros contactos de la madre con el hijo son de gran importancia para la formación de la personalidad del niño. Al nacer, el bebé no está recibiendo solamente alimentación, sino también entrando, por primera vez, en contacto físico con el mundo, siente placer y tiene sensaciones variadas. Del comportamiento de la madre depende su seguridad y bienestar, tanto físico como emocional. Durante la infancia el clima emocional del ho-

gar es decisivo para su felicidad. En primer lugar está la actitud de la madre; en seguida las relaciones de los padres entre sí y con los demás hijos.

Las relaciones afectivas de un niño pequeño están relacionadas a los compañeros que la naturaleza le impone: el padre, la madre y los hermanos. Así se pone en evidencia la extraordinaria influencia del medio familiar y, por consiguiente, la gran importancia de la labor de los padres, muy especialmente la de la madre. Ella es la primera compañera del niño. Su presencia, o la de la persona que la sustituye, es de importancia vital para los sentimientos del niño. La ausencia o la insuficiencia de la madre "alimento", puede producir una inseguridad tan profunda que el niño llegue a manifestarla por tiempo indefinido.

Los datos que se han obtenido en diversas investigaciones respecto al apego del niño con la madre revelan que durante el segundo y tercer año de vida, las conductas de apego siguen manifestándose con gran intensidad y frecuencia, sin embargo estas conductas han cambiado debido a que se ha expandido el campo perceptual y su capacidad de comprensión, por ejemplo, el niño empieza a tomar conciencia de la inminente partida de la madre.

Durante el primer año de vida el niño protesta cuando ve alejarse a la madre, posteriormente cuando el niño se encuentra entredicho en otra actividad y la madre se aleja, cuando el niño advierte la ausencia de la madre protesta, pero después del primer año de vida ya prevee, por algunas conductas de ella, su partida y comienza a protestar antes de que esto ocurra.

Bowlby considera que la mayor parte de los niños manifiestan conductas de apego con regularidad y fuerza hasta casi a fines del tercer año. Después de esta edad los niños van adquiriendo cierta confianza en otras personas con quienes desarrollan un vínculo -

afectivo en ambientes extraños, como algún pariente o la maestra, relación condicionada por la familiaridad que estas personas hayan desarrollado con él, de preferencia en compañía de la madre. En segundo lugar, el pequeño debe gozar de buena salud, no sentirse alarmado, y por último debe confiar en que la madre va a restablecer en breve plazo el contacto con él.

Después de los tres años gran parte de los niños revelan su apego por la madre pero con menos premura y frecuencia que antes, aunque esto sigue siendo una característica importante de ellos.

En los primeros años de edad escolar los niños continúan presentando conductas de apego que se pueden observar, cuando al jugar con otros niños, y sentir que algo anda mal miran de inmediato a la madre o al sustituto de ella.

I.2.5. Papel de la figura materna en el desarrollo del niño según René A. Spitz.

Spitz (1965), destaca el papel que desempeña la madre en el surgimiento y despliegue de la consciencia del infante, y la gran importancia que a ella le corresponde en el proceso de aprender. Debe tomarse muy en cuenta los sentimientos maternos, y que aunque estos varían notablemente de una mujer a otra, la inmensa mayoría de ellas se convierten en madres cariñosas, amantes y delicadas.

Elas crean lo que Spitz llama clima emocional en la relación madre-hijo, que es favorable para todos los aspectos del desarrollo del niño. Este clima es creado por los sentimientos de la madre hacia su hijo, el amor y afecto por él, lo convierten en un objeto de interés incalculable para ella, y esto hace que le brinde una extensa gama enriquecida y variada de experiencias vitales para el pequeño.

El niño va a responder afectivamente a este afecto, lo cual es esencial en la infancia pues en esta etapa los afectos son de una importancia muchísimo mayor que en otra época posterior de la vida. Por eso la actitud emocional de la madre, servirá de orientación a los afectos del infante.

Es claro que hay variaciones sin fin de una madre a otra, e incluso cada una varía de un momento a otro de acuerdo a las situaciones que vive, creando patrones cambiantes, esto es absorbido por la personalidad del niño, lo cual puede variar enormemente, resultando un niño ya sea precoz o retrasado, dócil o difícil, obediente o revoltoso etc., dependiendo también de la propia personalidad de la madre. Es decir, una madre tolerante reaccionará de manera diferente a una desdeñosa u hostil; una madre tranquila distinto a una ansiosa o con sentimientos de culpabilidad.

Es evidente que los problemas de la madre repercutirán en la conducta del niño, llevando en algunos casos, a un conflicto creciente.

En la relación madre-hijo, la madre representa lo dado por el medio, se puede decir que ella es la que representa el medio para el pequeño. Spitz establece que la sólo existencia de la madre, su presencia, actúa como estímulo para las respuestas del infante, así también cada acción que ella realice por insignificante que sea, o aunque no esté relacionada con el niño. Dentro del contexto de las relaciones de objeto, estas actividades de la madre que provocan respuestas observables en el niño, son las formas más toscas y más fácilmente dotadas del intercambio del estímulo dentro de la diada.

Otro factor importante mencionado por el autor, son aquellos actos del infante que agradan a la madre y son favorecidos por ella, ya que estas preferencias tendrán una influencia directa sobre el desarrollo del pequeño.

Si la actitud de ella es maternal y tierna, disfrutará con los actos de su bebé, los afectos de la madre, el gozo por sus propios actos - conscientes o inconscientes, facilitarán la gran variedad de actos - del bebé.

Sin embargo, debe tomarse en cuenta que ninguna madre es " una cosa o la otra " ya que no cabe en la vida psíquica, lo blanco blanco y lo negro negro, sólo se ha tratado de descubrir lo que Spitz considera las corrientes contradictorias que actúan en las relaciones -- que una madre "normal buena" establece con su hijo, ya que hay también madres cuya personalidad desviada puede ejercer una influencia patológica sobre el desarrollo de su niño.

Continuando con lo que Spitz explica acerca de la afectividad, este nos dice que: las señales afectivas generadas por la disposición del ánimo maternal se convierten en una forma de comunicación con el -- niño, ésto prosigue ininterrumpidamente, aún sin que la madre se percate de ello, de este modo la comunicación madre-hijo ejerce una -- presión constante que conforma la psique infantil.

Todas las funciones psíquicas, según la teoría psicoanalítica, ya -- sean sensaciones, percepciones, pensamientos o acción, son predicados de cambios de la catexia y son percibidos tanto por el individuo como por el medio a modo de afectos y procesos afectivos, es decir, las manifestaciones afectivas son indicadores del cambio catéxico.

En la infancia, los afectos desempeñan el mismo papel, para la finalidad de la comunicación, que el proceso secundario en las personas mayores. Además las consecuencias de los intercambios afectivos -- entre la madre y el hijo son accesibles a la observación directa; lo cual es excepcional en los adultos, pues en el niño, tratamos con -- procesos afectivos "in statu nascendi" observable, es decir "in vivo".

Por otro lado, Freud, afirma que los afectos son resultados finales percibidos de los procesos de descarga. La respuesta sonriente es indicador afectivo de la satisfacción que se espera de la necesidad, es decir, indicador de una descarga de la tensión. El llanto cuando la madre se va, es indicador afectivo de una elevación de la tensión en la expectativa.

Estas dos experiencias, la de placer y la de displacer, son las dos experiencias afectivas principales en la primera infancia.

Hacia el final del primer año de vida, Spitz señala que en el nivel afectivo del pequeño, empieza a surgir una matización sutil de actitudes emocionales; los celos, la cólera, la envidia, el sentido de posesión, por una parte, y por la otra, el amor, el afecto, el apego, la alegría, el placer etc.

La diferenciación de estos nuevos matices de emociones es resultado del despliegue de relaciones de objeto aún más complejas, que estimulan también la formación de algunos mecanismos de defensa.

I.2.6. Papel de la figura materna en el desarrollo del niño según Ana Freud.

Ana Freud (1985), coincidiendo con los conceptos de Spitz, en cuanto a la importancia del papel de la madre durante el primer año de vida del niño, para la formación de la personalidad, habla acerca de estudios realizados respecto a esta posición, esas investigaciones estuvieron centradas en el interjuego inicial del niño y la madre (o el sustituto materno) que cuida de él y asegura su supervivencia.

De la relación que se establezca entre la madre-hijo depende que las necesidades corporales e instintivas del niño sean frustradas o satisfechas, y en que medida el placer o el displacer sean las ex

periencias centrales de su vida; y que mediante la gratificación que obtenga, su atención pase paulatinamente de su cuerpo y su persona hacia el objeto que provee a sus necesidades y al mismo tiempo es para él el primer representante del mundo externo, y por último las etapas de fusión con la madre y de amor por ella, aunque por razones puramente egoístas, den lugar a una manera madura de amar el objeto como persona por propio derecho.

Mediante esas investigaciones realizadas, los psicoanalistas han encontrado que debido a la carencia de una adecuada figura materna, a la falta de respuesta por parte de la madre, así como a sus periódicas ausencias (sea por enfermedad, pérdida etc.). Se han dado casos en que la capacidad del niño para formar relaciones objetales normales no se ha desarrollado o ha sido destruída al comienzo de la vida, y en lugar de tener un desarrollo normal estos niños tienden a retraerse, centran su interés en sí mismos; sufren una depresión o deterioro en su evolución física, intelectual o ambas a la vez. (Freud, Ana op. cit.).

Es posible que diversas perturbaciones, como el retardo mental o emocional tenga origen en las carencias afectivas de la edad temprana.

Pero a pesar de la gran importancia que tiene la relación madre-hijo, ésta por sí sola no garantiza la futura salud mental, ya que este vínculo esta sujeto a diversas alternativas; An Freud indica que un contacto demasiado estrecho, puede obstaculizar el progreso del niño, ya que el niño depende en ocasiones del amor y bienestar que recibe sin cesar de la madre, hasta tal punto, que se le dificulta la aceptación de las frustraciones y el desarrollo independiente. Pueden también surgir conflictos respecto a la ambivalencia del hijo, pues es más problemático sentir agresión hacia una madre de la que el niño ha recibido sólo amor y ninguna frustración.

Así mismo, Ana Freud señala las características que debe poseer -- una mujer que es madre, al respecto dice que: especialmente de las madres de niños de corta edad se espera que conjunten una multitud de destrezas y virtudes que no es posible encontrar frecuentemente, en ningún individuo. Ellas tienen que ser limpias, prolijas, puntuales, silenciosas y precisas para satisfacer los requerimientos del amamantamiento del bebé; deben ser al mismo tiempo flexibles en sus acciones de tal modo que puedan adaptarse a las variantes necesidades del niño, deben también ser indulgentes frente al ruido, a la suciedad y al desorden que acompañan invariablemente a la vida de un bebé.

Tienen además que soportar las imposiciones de sus hijos sin resentirse, consagrarse a su tarea sin esperar beneficios inmediatos; - salvaguardar a su niño de los peligros pero sin interferir demasiado en el amor por la aventura del pequeño, debe ejercer autoridad sin dañar el sentido de independencia que se está desarrollando -- en él.

Necesita también poseer un corazón cálido para responder a los sentimientos del niño, manteniendo al mismo tiempo la cabeza fría - para actuar con objetividad en las emergencias que constantemente surgen en la vida de un infante. En los casos que no cuentan con ayuda, sus actividades abarcan el día entero, y a veces también la noche, cuando tienen que alimentar al bebé o éste se encuentra enfermo, aún a expensas del propio sueño e inclusive de la misma salud.

Antiguas creencias populares, atribuían a las madres una sabiduría que creían tenía origen en un "instinto maternal". Consideraban - que ellas "sabían" todo lo concerniente al cuidado prenatal y postnatal, al amamantamiento tanto de pecho como de biberón, el adiestramiento para el control esfinteriano, el manejo de los "malos hábitos", los métodos de corrección etc. Se creía que hasta las -

madres más jóvenes e inexpertas eran lo suficientemente "sabias", en estas tareas, como para confiarseles sin ninguna supervisión el cuidado de los niños.

Es por lo anterior que a lo largo de los siglos persistió un perjuicio contra la enseñanza a las jóvenes de lo que se consideraba que ellas sabían mejor que nadie, por lo que no necesitaban ningún tipo de conocimiento respecto a el manejo de sus hijos. Y aunque había madres que cumplían adecuadamente esta tarea, también las hubo que no sabían lo suficiente para lograrlo, y no podían mantener sanos a sus niños y conseguir que llegaran a tener un desarrollo normal, a pesar de que ellas ponían su esfuerzo y buena intención.

Pero estos sistemas tradicionales de crianza arraigaban en las creencias del mundo adulto, sin que se tomara en cuenta la naturaleza de los niños.

Afortunadamente en los tiempos modernos se comenzaron a alterar esas actitudes tradicionalistas de los antepasados, las nuevas generaciones se volvieron hacia formas diferentes y más libres de vida, sentían que sus hijos debían recibir oportunidades de desarrollarse de tal manera que consiguieran personalidades libres, por ello en lugar de seguir las líneas de conducta anterior (tradicionales), las madres tuvieron que lanzarse por su propia cuenta y buscar ayuda y orientación en otros medios, ésto hizo que se tomara en cuenta la investigación que se realizaba al respecto, en los diferentes campos como el de la medicina, psicología etc., y que fueran integrándose los conocimientos para lograr un desarrollo del niño, centrado en sus propias necesidades.

I.2.7. La teoría del desarrollo del niño con parálisis cerebral. de Bordas Barraquer.

Una vez planteadas de manera general las características de los niños que sufren de parálisis cerebral, y revisadas algunas teorías sobre el desarrollo del niño, se cita a continuación a un autor que conjunta ambos casos, presentando las variaciones de desarrollo que pueden presentar los niños con parálisis cerebral de acuerdo a las limitaciones propias de su padecimiento.

En relación a esto, Barraquer (1966) menciona: "el niño cuyo desarrollo instintivo-afectivo está perturbado, siempre que sus circunstancias físicas no son favorables a su evolución, tiene también en muchas ocasiones dificultades para llegar a simbolizar y para que su pensamiento progrese suficientemente".

Diferentes autores han intentado estudiar la relación que existe entre el rendimiento intelectual y las inhibiciones intelectuales de origen afectivo, así como la relación entre lesiones encefálicas y problemas de la evolución instintivo-afectiva, pero se han encontrado que en niños con problemas de parálisis cerebral es más difícil que con niños normales, ya que con frecuencia se observa que no es posible valorar el nivel mental del niño pues su conducta y sus respuestas pueden indicar hasta donde ha llegado la evolución de su pensamiento, pero no sus posibilidades intelectuales.

Realizando un breve análisis de lo anterior, tenemos que: el niño normal comienza al mes de edad, a presentar movimientos de sonrisa, hacia los tres meses, da a esa sonrisa una dirección, esto para Spitz, es un signo de convergencia de vectores intelectuales y afectivos, sin embargo también requiere el factor motriz puesto que el niño con parálisis cerebral sólo consigue muchas veces hacer muecas o en ocasiones sustituye la sonrisa por movimiento de succión o abrir la boca. Todo esto dificulta en las entrevistas saber

si el niño reconoce a la madre, si le sonríe cuando está en un estado evolutivo en que hubiere sido capaz de hacerlo.

Hacia los cuatro meses, el niño normal logra la coordinación oculo-manual que le permite alcanzar con la mano objetos que llaman su atención, en el niño con trastorno motor este estadio no tiene una edad determinada, independientemente de la inteligencia del pequeño. Si un niño afectado con parálisis cerebral tiende a evolucionar favorablemente, sigue una evolución propia diferente al niño normal, pero que dadas las circunstancias se considera su normalidad y se le debe valorar dentro de una armonía propia de estos niños.

En el infante que presenta parálisis cerebral, la maduración afectiva se dificulta por las circunstancias anormales que presenta. El recién nacido, ha dejado de estar en simbiosis completa con la madre, pero sigue estando, por la dependencia total de sus cuidados, lo cual en los niños con parálisis cerebral se prolonga por tiempo indefinido. Esto hace que no exista para él una diferenciación clara entre él mismo y el mundo exterior, aún no tiene idea de su propio cuerpo.

Poco a poco mediante los cuidados maternos el niño normal va reconociendo sus propios límites, y va aprendiendo también a huir de situaciones molestas, incómodas y dolorosas, a la vez que logra modificarlas y conseguir estímulos necesarios para crecer y madurar. Posteriormente al caminar y desplazarse por sí mismo, lo cual enriquece su experiencia, valorando distancias, establece diferencias y hace todo un aprendizaje senso-perceptivo-motriz, del cual carecen los niños afectados con parálisis cerebral ya que su situación es diferente. La imposibilidad de utilizar sus manos limitan el reconocimiento de objetos y el recibir las sensaciones que esto produce, le impiden tener una idea estructurada del mundo exterior, su experiencia es muy reducida y no puede tener la posibilidad de modi-

ficar, por su influencia física, el mundo circundante.

Un gran número de niños con este problema no pueden atender sus propias necesidades de alimentación, vestido etc, y esas necesidades -- son tantas que la madre generalmente no logra satisfacerlas lo suficiente, ésto hace que ella tenga dificultad para identificarse saludablemente con su hijo, la comunicación entre ambos en todos los --- planos afectivos se tornan difícil.

Finalmente cabe mencionar que desde el punto de vista afectivo, el - niño necesita un nivel evolutivo suficiente y un nivel de diferen-- ciación del ambiente, para poder lograr comunicación verbal. En el - niño con parálisis cerebral la simbiosis con la madre, posterior al nacimiento, se prolonga mucho tiempo y la madre asume, dada la necesidad física de dependencia por parte del niño, dicho papel como -- prolongación del propio cuerpo del hijo o el complemento de su per-- sona en todos los sentidos, esto aunque necesario para la supervi--- vencia del niño, colabora a retrasar el inicio de un funcionamiento psíquico diferenciado.

I.3. ESTUDIOS DE LA PROBLEMÁTICA AFECTIVA EN LA PARÁLISIS CEREBRAL.

I.3.1. Antecedentes del Pictograma de Luria.

En 1923 el científico Alexander Románovich Luria junto con Alexéi N. Leontiev, iniciaron en Moscú un trabajo al que llamaron "experimento asociativo" en él trataban de estudiar estados emocionales agudos.

Para dicho trabajo habían seleccionado una muestra de estudiantes y utilizaban como estímulo palabras que ellos habían clasificado en - tres grupos: "críticas", "dudosas" y "neutras". Pero ellos conside-- raron que las condiciones de artificialidad del laboratorio estable-- cían una gran diferencia con las condiciones reales de vida.

Decidieron entonces realizar su trabajo con una muestra de personas que se encontraban en estado de incertidumbre (habían sido de tenidos por sospecha o por confirmación de que habían cometido un crimen y que serían explorados antes del fallo). Con este trabajo llegaron a la conclusión de que las emociones fuertes impiden la formación de respuestas motoras y verbales automáticas estables.

Posteriormente realizaron trabajos con niños, en donde investigaban sobre la memoria, buscando la posibilidad de utilizar distintos estímulos complementarios para recordar series de estímulos presentados por el experimentador.

Esto consistía en recordar una palabra mientras se le enseñaba una tarjeta que representaba algo concreto, vinculado con el sen tido de la palabra dada, por ejemplo, la palabra "caballo" y un dibujo que representaba un "trineo".

Los resultados obtenidos fueron diversos: los niños muy pequeños no prestaban atención al dibujo, pero podían recordar varias palabras sin dificultad; los niños más grandes sí prestaban atención a las tarjetas con dibujo, pero no siempre les servían de apoyo, sino al contrario, se observó que algunas veces el dibujo le obstaculizaba para recordar la palabra.

Los niños más grandes aún (más de 10 años de edad) lograron utilizar adecuadamente los dibujos para recordar las palabras, pero comenzaban a crear sus propias señales complementarias y cualquier estímulo complementario podía convertirse en un medio efectivo para la retención.

El método que en estas investigaciones utilizaron Luria y Leontiev se convirtió en el método de todas sus investigaciones posteriores.

Por otro lado, el investigador Liev Simionovich Vuigotskii y sus

colaboradores estudiaban el papel planificador de el lenguaje, y las diferentes formas del comportamiento motor voluntario, detectando -- que en los niños los movimientos naturales e inconsciente se trans-- forman paulatinamente en instrumentales conscientes.

Concluyeron también que en las etapas más tempranas del desarrollo -- las palabras expresan generalizaciones de carácter emotivo, inclu-- yendo no sólo el objeto denominado sino también los sentimientos -- que este objeto provocaba en el niño. Después, comenzaban a relacio-- nar las palabras con los objetos y su contexto concreto y solamente en etapas más avanzadas asociaban las palabras con categorías abs-- tractas.

En el año de 1929, Vugotskii, Leontiev y Luria comenzaron a estu-- diar la "actividad significativa", comprendiendo así la vía que re-- corre el niño para adquirir la capacidad de asimilar el significado de los estímulos que necesita dominar y crear de esta manera su propia actividad mediatizada "instrumentalmente", dibujando a libre elección para ayudarse a recordar una serie de palabras abstractas. De ahí -- nació el PICTOGRAMA.

Al aplicar esta metódica Luria encontró que los niños pequeños no -- eran capaces de utilizar símbolos convencionales que posteriormente pudiera facilitarles la evocación. Los niños un poco más grandes --- podían no sólo hacer dibujos que representaran el elemento esencial de la frase, sino que además daban explicaciones interesantes y los niños mayores ya no se dirigían al adulto para hacerle observaciones sino que "interiorizaban" estas y las utilizaban para orientar su -- propia actividad.

Posteriormente Luria utilizó esta metódica ya no sólo para explorar la memoria mediatizada sino también para el análisis del pensamien-- to.

A partir de la década de los sesentas Zeigarnik y Rubinshtein la han utilizado ampliamente en sus estudios de psicopatología y en la década de los setentas Longuinova la empleó para explorar 286 pacientes con esquizofrenia mediante el análisis detallado de los dibujos que realizaron, utilizando los siguientes principios:

- a) Tipo de selección de las representaciones
- b) Dinamismo del pensamiento
- c) Significado del contenido

Más recientemente el Grupo de Psiquiatría Social de la Universidad Autónoma de Puebla, la ha utilizado en algunas investigaciones, como la realizada en 1986 con pacientes esquizofrénicas del asilo "San Roque" con el fin de establecer el deterioro mental y las posibilidades de readaptación social de las internas. Y en la Escuela de Medicina de la misma Universidad para la exploración psicopatológica de los alumnos rechazados por no aprobar el examen de admisión.

1.3.2. La parálisis cerebral como problema actual.

En México las estadísticas sobre casos de parálisis cerebral no reflejan toda la magnitud del problema. Algunos datos aislados reflejan lo siguiente: durante el período de 1977 a 1981, el Registro Nacional de Inválidos reportó 1559 casos de parálisis cerebral y durante 1989 - 1990, la Dirección General de Educación Especial, dependiente de la Secretaría de Educación Pública, atendió a 1709 alumnos con impedimentos motores.

En 1975, Weiss Bakas realizó en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, una investigación con niños que presentaban daño cerebral y su influencia sobre las relaciones -

familiares, encontrando en sus resultados que; en una familia donde existe un miembro de ella con problemas neuromotores, éste es influido por la misma en la manifestación de sus síntomas, y a su vez él influye en la familia modificando de alguna manera las relaciones entre ellos.

Gallardo Olascoaga (1987), en la misma Facultad, exploró a madres de niños con lesión cerebral obteniéndose que; en lo que se refiere al área afectiva las madres se mostraron frías, y aparentemente sobreprotectoras con sus hijos, con tendencia a la represión y a exagerar sus cualidades maternales positivas.

La Escuela de Educación Especial No. 28 para niños con impedimentos motores, incluye grupos de los niveles de: intervención temprana, -- pre-escolar y primaria, manejando además de las terapias de rehabilitación, los programas oficiales dados por la Secretaría de Educación Pública.

Se observó que en el grupo de intervención temprana, que trabaja con niños menores de 5 años, se involucra a las madres de los pequeños, quienes participan cotidianamente en el trabajo que se realiza, con el fin de que aprendan tareas que puedan ser aplicadas en sus casas y con ello reforzar las habilidades que el niño vaya desarrollando. Se notó que la presencia de la madre durante las terapias que allí se desarrollan, influye de diferentes maneras en el trabajo del niño: algunos de ellos se niegan a realizar las actividades dedicándose solamente a llorar, otros niños trabajan mejor, o bien sucede que ellas intentan hacer el trabajo que corresponde a sus hijos.

De las observaciones anteriores surgió el interés de explorar la -- afectividad, definida por el Diccionario de Psicología y Psicoanálisis (1977) como: "una tendencia a reaccionar fácilmente con sentimiento y emoción, manifestado en determinado momento en particular;

en este caso la afectividad entre el niño con parálisis cerebral y la madre del mismo, por medio de conductas manifiestas, directamente observables como sonrisa; contactos físicos (caricias, movimientos de juegos, etc.) ya que dadas las limitaciones de estos niños - existe una gran dependencia física hacia la madre principalmente, lo que nos lleva a cuestionarnos si ésto lleva a una dependencia emocional también, este tipo de dependencia es definida por el Diccionario citado anteriormente como: "una confianza habitual en otra persona para tomar una decisión y hallar comodidad y guía".

Otro punto relevante a investigar fué determinar si esta relación - afectiva madre-hijo influye en el desempeño del niño en el trabajo, dicho desempeño es considerado como: " lo que una persona hace cuando se enfrenta con una tarea, una actividad personal que produce resultados". Diccionario de Psicología y Psicoanálisis (1977).

Con el fin de obtener datos para la presente investigación, se realizaron registros observacionales tipo anecdóticos, de la conducta espontánea relacionada con la afectividad madre-hijo, del mismo modo se trataron las conductas de colaboración al trabajo, definida por H.S. Sullivan (1977), como: "la aceptación de las condiciones necesarias para la actividad en común, en donde aparece sensibilidad hacia -- las necesidades de otra persona.

También se tomó en cuenta la disposición del niño a la realización de la tarea, ésto es "La condición recurrente de una persona, que la orienta hacia ciertos estímulos o hechos ambientales más que -- hacia otros, sensibilisandola selectivamente para aprenderlos", -- English(1977).

Para ubicar al niño en un nivel de desarrollo se aplicó la prueba de Gesell, y con el fin de obtener información sobre la afectividad de la madre, se emplearon encuestas, previamente validadas, y el -

en este caso la afectividad entre el niño con parálisis cerebral y la madre del mismo, por medio de conductas manifiestas, directamente observables como sonrisa; contactos físicos (caricias, movimientos de juegos, etc.) ya que dadas las limitaciones de estos niños - existe una gran dependencia física hacia la madre principalmente, lo que nos lleva a cuestionarnos si éste lleva a una dependencia emocional también, este tipo de dependencia es definida por el Diccionario citado anteriormente como: "una confianza habitual en otra persona para tomar una decisión y hallar comodidad y guía".

Otro punto relevante a investigar fué determinar si esta relación - afectiva madre-hijo influye en el desempeño del niño en el trabajo, dicho desempeño es considerado como: " lo que una persona hace cuando se enfrenta con una tarea, una actividad personal que produce resultados". Diccionario de Psicología y Psicoanálisis (1977).

Con el fin de obtener datos para la presente investigación, se realizaron registros observacionales tipo anecdóticos, de la conducta espontánea relacionada con la afectividad madre-hijo, del mismo modo se trataron las conductas de colaboración al trabajo, definida por H.S. Sullivan (1977), como: "la aceptación de las condiciones necesarias para la actividad en común, en donde aparece sensibilidad hacia --- las necesidades de otra persona.

También se tomó en cuenta la disposición del niño a la realización de la tarea, éste es "La condición recurrente de una persona, que la orienta hacia ciertos estímulos o hechos ambientales más que -- hacia otros, sensibilisandola selectivamente para aprenderlos", -- English(1977).

Para ubicar al niño en un nivel de desarrollo se aplicó la prueba de Gesell, y con el fin de obtener información sobre la afectividad de la madre, se emplearon encuestas, previamente validadas, y el -

"Pictograma de Luria", así como registros observacionales de algunas conductas entre el niño y la madre.

1.3.3. Justificación para el presente estudio.

El conocimiento sobre la importancia que tiene el rol materno para la formación de la personalidad del niño y su desarrollo emocional, ha creado interés por centrar el trabajo de los psicólogos en este particular aspecto, con el fin de lograr medidas preventivas que repercutan en una disminución de problemas emocionales, desde luego esto deberá hacerse poniendo más énfasis en el cuidado de la relación madre-hijo, sobretodo durante la primera infancia.

Si los médicos y psicólogos se han preocupado por investigar las repercusiones de las carencias afectivas por parte de la madre en esta etapa del desarrollo. Lo más esencial es que los resultados de dichas investigaciones sean empleados en beneficio común, tratando de dar a conocer estos aspectos a las madres y principalmente a las madres potenciales de modo tal que puedan ponerlas en práctica desde el momento en que decidan o planeen tener un hijo, y principalmente durante el primer año de vida del mismo.

Al entrar en contacto con niños que presentan problemas de parálisis cerebral llama enormemente la atención el tipo de relación madre-hijo que en ellos se da, ya que la etapa de dependencia física de los primeros meses de vida de un niño, en el caso de estos pequeños se prolonga, en muchos casos por años, y la autosuficiencia física que podría llegar a lograrse es sólo parcial, dada la severidad del daño que presentan. Por lo que de un modo u otro, en mayor o menor grado, continúan necesitando de la ayuda de otra persona para la realización de algunas o varias de sus actividades.

Aunque la característica principal en la parálisis cerebral es el impedimento motor, esto conlleva a daños también en el aspecto intelectual (ya que limita esta área del desarrollo), pero además, resul-

ta interesante analizar qué sucede con el aspecto afectivo de estos niños.

En los pequeños del Grupo de Intervención Temprana, (menores de 5 años con parálisis cerebral), es posible observar más claramente lo que autores como Barraquer(1966) y Wallon(1975), llama "simbiosis" y que es el hecho de que la madre tiene que cubrir incluso las necesidades básicas para la supervivencia del niño como son: alimentarlo, asearlo, cobijarlo etc. y debido a ésto el niño se ve limitado para lograr diferenciar los límites de su propio cuerpo, (diferenciándolo) de el de la madre, característica particular a lograr en los primeros meses de vida del niño "normal.

Conociendo las diversas teorías sobre el desarrollo del niño, como la de Piaget y Erikson entre otros, nos damos cuenta de la importancia que tiene el aspecto motor en todas las áreas del desarrollo; y teniendo como antecedente la gran limitación motriz de los niños con parálisis cerebral nos lleva a pensar que, dadas esa situaciones, entonces ¿Cómo y cuando va a desarrollarse la personalidad de estos niños?, y sí el área motriz, como generalmente sucede, aún con los programas de rehabilitación no logra la normalidad, ¿Con las demás áreas del desarrollo sucederá lo mismo.?

Una vez que, mediante las investigaciones hechas al respecto, se logran tener respuestas a estos cuestionamientos, deberá tratarse de que se tome en cuenta y no solamente por los profesionistas que trabajan a estos niños. (ya que en muchas ocasiones únicamente toman en cuenta sus propias áreas, sean física, lenguaje etc.) sino también será importante que las madres conozcan estos aspectos, para poder ayudar a sus hijos. Pues si bien es cierto que el niño depende de ella física y emocionalmente, sería importante que se sensibilizara en relación al problema de su hijo y aprendiera a dar libertad al niño en la medida de sus necesidades y de sus posibilidades, pero para ello es necesario que ella pueda reconocerlas y aceptarlas.

Mediante la investigación de los aspectos afectivos entre madre e hijo, en niños con parálisis cerebral, la madre del pequeño podría conocer sobre esta área y con base en ello, se intentaría tomarlas en cuenta para que con ayuda de los profesionistas que trabajan con sus hijos, manejarlos de la manera más adecuada en pro del beneficio del niño.

Evitando así mismo caer en lo que Bricklin y Bricklin(1981) llaman "madres sobreprotectoras", y que es la que "agobia" al niño y no le permite hacer nada por sí sólo.

Es de suponer que en el caso de los niños con parálisis cerebral las madres se comporten de esa forma porque piensen que sus hijos no pueden hacer nada por sí mismos, pero esta idea quizá impida darse cuenta de cuando el niño esté ya en posibilidad de poder hacerlo y ella continua haciendolo por él.

Los autores mencionados expresan que las madres sobreprotectoras provocan que sus hijos no lleguen a desarrollar fortaleza interna, pues se acostumbran a que les hagan todo, y además, no logran desarrollar un sentido claro de identidad independiente. Si esto pasa en los niños "normales" en cuanto a su estado físico, cómo afectará una madre sobreprotectora a los niños con parálisis cerebral.

De ahí la necesidad de considerar los aspectos afectivos del niño con este padecimiento.

CAPITULO II : METODO.

II.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Una vez planteados los antecedentes para la presente investigación se delimita la interrogante surgida de ellos, ésto es lo siguiente: ¿Como es la relación madre-hijo con niños que presentan parálisis cerebral, y que influencia tiene este tipo de relación, en el desempeño del trabajo del niño?

Los objetivos extraídos de la pregunta anterior son:

- Determinar si los aspectos afectivos entre madre y el niño influyen, ya sea promoviendo o limitando el desempeño del trabajo en el niño con parálisis cerebral.
- Determinar si la dependencia física del niño con parálisis cerebral determina también, dependencia emocional.

II.2. HIPOTESIS.

- H₁ Los aspectos afectivos de la relación madre-hijo influyen, promoviendo el desempeño del trabajo en el niño con parálisis cerebral.
- H₀ Los aspectos afectivos de la relación madre-hijo influyen, no promoviendo el desempeño del trabajo, del niño con parálisis cerebral.
- H₂ Los aspectos afectivos de la relación madre-hijo influyen, limitando el desarrollo del trabajo en el niño con parálisis cerebral.
- H₀ Los aspectos afectivos de la relación madre-hijo influyen, no limitando el desempeño del trabajo del niño con parálisis cerebral.

- H₃ La dependencia física del niño con parálisis cerebral determina dependencia emocional.
- H₀ La dependencia física del niño con parálisis cerebral no determina dependencia emocional.

II.3. SUJETOS

Se trabajó con un grupo de alumnos de la "Escuela de Educación Especial No. 28, para niños con Impedimentos Motores", dependiente de la Secretaría de Educación Pública y las madres de estos niños.

Inicialmente se proyectaba trabajar con un total de 20 niños que -- componen el grupo de intervención temprana, sin embargo, fueron -- excluidos aquellos que: eran acompañados y ayudados por otro miembro de la familia que no era la madre y aquellos que, después de las -- pruebas y observaciones realizadas se sospechó que presentaban deficiencia mental, ésto fue porque su falta de colaboración al trabajo pudiera obedecer a este factor. Quedando únicamente un grupo de 15 niños, entre 2 a 5 años de edad, con diagnóstico de parálisis cerebral, que cumplían el criterio de inclusión.

II.4. ESCENARIO.

La investigación se realizó en el interior del edificio que originalmente se construyó como escuela, en el aula asignada al grupo de intervención temprana cuyas dimensiones aproximadas son de seis por ocho metros cuadrados, contó con mobiliario apropiado (mesas y sillas pequeñas, equipo para terapia física, material didáctico etc), y se utilizó también un cubículo de la misma escuela para el trabajo individual.

II.5. INSTRUMENTOS.

En la presente investigación se emplearon los instrumentos siguientes:

- . Escala de desarrollo de Gesell.(Apendice 1).
- . Encuesta sobre datos de la madre y del niño, bajo la técnica de entrevista semiestructurada.(Apendice 2).
- . Registros observacionales tipo anecdótico.(Apendice 3)
- . El Pictograma de Luria con el que se exploraron algunos -- procesos afectivos.(Apendice 4)

II.6. VARIABLES

Independiente: Afectividad madre-hijo, considerado como el intercambio de manifestaciones emocionales a través de: comunicación verbal, contacto físico y actividades de -- juego espontáneas.

Dependiente: Colaboración del niño en el trabajo dentro del Programa de Intervención Temprana. Esto es tomando en cuenta la disposición que el niño presente para el desempeño de su actividad.

II.7. TIPO DE ESTUDIO.

Para la presente investigación se realizó un estudio de campo tipo evaluativo. Ya que en ésta no se influyó ni directa ni indirectamente sobre la variable independiente, sólo existió el interés de

hacer un análisis, de una relación de variables en un fenómeno natural, y en el propio escenario donde se dió.

II.8. PROCEDIMIENTO.

Inicialmente se aplicó a cada uno de los niños la Escala de Desarrollo de Gesell.

Con las señoras, se trabajaron las encuestas individualmente y en privado. De igual manera se les aplicó el "Pictograma de Luria" a cada una de ellas.

Alternadamente a las actividades anteriores se tomaron registros, de las conductas, que tanto el niño como la madre, manifestaban sobre actitudes afectivas: y registros acerca del trabajo que el niño realizaba dentro del aula mencionada. Los registros se obtuvieron, cuando las actividades habituales del grupo se estaban -- llevando a cabo, procurando no interferir en las mismas.

**CAPITULO III. RESULTADOS Y ANALISIS DEL ESTUDIO. DE LA AFECTI-
VIDAD EN EL TRABAJO DE REHABILITACION DE NIÑOS
CON PARALISIS CEREBRAL.**

III.1 RESULTADOS

III.1.1. Encuesta a las madres.

En base a los datos obtenidos mediante las encuestas aplicadas a madres con hijos que presentan parálisis cerebral, se analizaron las variables siguientes:

En las madres:

- escolaridad.
- estado civil.
- edad.
- ocupación.
- número de hijos.

En los hijos:

- edad.
- origen del trastorno.
- colaboración en presencia de la madre.
- colaboración en ausencia de la madre.

Se practicó una distribución de frecuencias absolutas y relativas de las variables antes mencionadas correspondientes a la madre y su hijo, los resultados fueron los siguientes:

- Escolaridad Materna.

CUADRO No. 1

Nivel de escolaridad	No. de casos	Porcentaje
Lee y escribe	2	13.3%
Primaria completa	7	46.7%
Secundaria	2	13.3%
Técnica	1	6.7%
Comercial	2	13.3%
Bachillerato	1	6.7%
TOTAL	15	100.0%

El 73% del total de madres entrevistadas tenían un nivel escolar -- básico es decir sabían leer y escribir, fueron a primaria y secundaria y solamente el 27% de las encuestadas tenían un nivel de estudios medio alto.

- Estado Civil.

CUADRO No. 2

Estado civil	No. de casos	Porcentaje
Separadas	2	13.3%
Casadas	12	80.0%
Unión libre	1	6.7%
TOTAL	15	100.0%

- Edad Materna (al nacer el niño con parálisis cerebral).
CUADRO No. 3

Años	No. de casos	Porcentaje
19 - 25	9	60.0%
26 - 30	3	20.0%
31 - 35	2	13.3%
36 - más	1	6.7%
TOTAL	15	100.0%

La edad promedio de las madres encuestadas al momento en que nació el hijo con parálisis cerebral era de 27 años. O sea el 93.3% del total de madres entrevistadas tenía una edad entre 19-35 años y -- solamente el 6.7% de las encuestadas tenía 41 años de edad.

- Ocupación.

CUADRO No. 4

Actividad u oficio	No. de casos	Porcentaje
Hogar	13	86.7%
Trabajan	2	13.3%
TOTAL	15	100.0%

Cabe señalar que aunque el mayor porcentaje de las señoras (86.7%) dijo dedicarse al hogar, se observó que un buen número de ellas -- buscaba un ingreso extra, mediante la venta de diversos productos entre ellos; ropa, juguetes, calzado etc., sin embargo existía dependencia económica hacia el esposo en la mayoría de las madres en trevistadas.

- Número de Hijos.

CUADRO No. 5

Hijos	No. de casos	Porcentaje
1	1	6.7%
2	9	60.0%
3	3	20.0%
4 o más	2	13.3%
TOTAL	15	100.0%

Con respecto al número de hijos que tienen las madres encuestadas, el 60% de estas cuentan solamente con dos hijos, el 20% tres, el 6.7% uno y el 13.3% cuatro o más hijos.

- Edad de los Niños.

CUADRO No. 6

Edad	No. de casos	Porcentaje
2 años	2	13.3%
3 años	5	33.4%
4 años	6	40.0%
5 años	2	13.3%
TOTAL	15	100.0%

El 40% de los niños con parálisis cerebral de las madres encuestadas tienen 4 años de edad, el 33.3% 3 años, el 13.3% 2 años e igual porcentaje 5 años, lo cual nos muestra un grupo heterógeno de niños en este grupo.

- Lugar que ocupa entre sus hermanos

CUADRO No. 7

Lugar	No. de casos	Porcentaje
Primero	3	20.0%
Segundo	9	60.0%
Tercero	2	13.3%
Cuarto	1	6.7%
TOTAL	15	100.0%

El 60% de los niños con parálisis cerebral ocupan el segundo lugar de los hijos dentro de la familia, mientras el 20% es el primero. Los siguientes datos corresponden al 13.3% que es el tercer hijo y sólo el 6.7% ocupa el cuarto lugar de los hijos dentro de la familia.

- Origen del Trastorno

CUADRO No. 8

Posible causa	No. de casos	Porcentaje
Genético, Secuelas Infecciosas.	4	26.7%
Asfíxia Neonatal	3	20.0%
Problemas en el parto	6	40.0%
Indeterminado	2	13.3%
TOTAL	15	100.0%

El 40% de las señoras entrevistadas señaló como motivo de la parálisis cerebral de su hijo el de problemas en el parto tales como: prolongación anormal del tiempo de alumbramiento, utilización de fórceps entre los principales. El 20% indicó como causa, la asfíxia ---

neonatal, el 26% mencionó que fue debido a problemas genéticos, secuelas infecciosas cerebrales y el resto 13.3% no supo la causa del trastorno de su hijo.

- Colaboración en el Trabajo.

CUADRO No. 9

Situación	No. de casos	porcentaje
En presencia de la madre	7	46.7%
En ausencia de la madre	1	6.6%
En ambos casos	4	26.7%
En ninguno de los casos	3	20.0%
TOTAL	15	100.0%

Esta tabla que representa a una de las variables de la investigación nos reporta lo siguiente:

El 46.7% de los niños, trabajaron solamente con la presencia de la madre, de otro modo generalmente lloraron hasta que la madre volvió a estar con ellos. En ausencia de la madre sólo se registró un caso o sea el 6.6% de la muestra.

Cuatro de los niños (26.7%) trabajaron en cualquiera de las situaciones sea con o sin la madre presente, el resto de la muestra 20% se negaron a trabajar en cualquier situación, estos eran casos muy difíciles.

III.1.2. Resultados de la aplicación de la escala de Gesell

Caso número	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Edad cronológica	54	32	37	35	38	48	46	48	60	40	48	34	58	38	59
Area motriz	4	7	11	10	7	9	3	7	3	3	6	5	9	3	7
Area adaptativa	8	7	10	8	5	5	9	7	6	4	3	7	7	8	6
Area lenguaje	5	7	6	11	5	7	15	13	17	7	6	12	10	14	6
Area personal-social	8	12	12	11	6	6	12	9	6	3	3	10	9	7	8

Nota: En todos los casos la edad, tanto cronológica como de cada área de la prueba, está dada en meses.

Esta tabla muestra los resultados obtenidos al aplicar la escala de desarrollo de Gesell, en ella puede observarse la gran diferencia que existe entre la edad cronológica del niño y la edad según su desarrollo.

En esta investigación los resultados de la escala de Gesell se manejan por áreas y no de la forma habitual que es por Coeficiente General de Desarrollo. Esto es, en primer lugar, porque dado el -- marcado retraso en el desarrollo de estos niños el C.G.D. resultaba demasiado bajo, lo cual, dificultaba el manejo de los datos.

En segundo lugar porque resultaba de mayor importancia conocer que áreas específicamente se desarrollan más, dentro de las limitaciones que estos niños presentan.

III.1.3. Resultados de los registros anecdóticos sobre manifestaciones afectivas entre madre-hijo.

- La comunicación verbal, se daba generalmente por parte de la madre, con poca respuesta de éste tipo por parte del niño.

Este tipo de manifestación se presentó constante en 9 de los -- casos; esporádica en 5, y nula se observó solamente en una de las parejas de la muestra.

- El contacto físico, desde el punto de vista afectivo es decir, caricias, se registró de la siguiente manera: en 10 casos fué constante y en 5 casos esporádico.
- El juego espontáneo entre la madre y el niño se presentó, según observaciones, constante en 8 casos, esporádico en 3 y nulo en 4 casos.

III.I.4 Resultados del Pictograma de Luria.

El Pictograma detectó que el tipo de asociaciones que realizan las personas exploradas es adecuado, en la mayoría de los casos, para evocar el término o el significado del concepto que se le dió. Presentando mayor dificultad en los términos de contenido afectivo, - amistad, nostalgia etc.

Las explicaciones son elementales, giran alrededor de situaciones cotidianas sin mayor uso de la fantasía. Los procesos asociativos que se detectaron señalaron un nivel de pensamiento concreto, dificultad para la abstracción y cierta simplicidad para el análisis - de los fenómenos de carácter afectivo

Sólo en el 13% de los casos se proyectó el problema de sus hijos - con parálisis cerebral infantil, mientras que en el resto se trasladó en preocupaciones personales, fundamentalmente vinculadas a las relaciones intrafamiliares, predominando las relaciones de parejas.

El Pictograma se caracterizó por el predominio de la figura humana

que alcanzó el 63.5% del total de dibujos (rango 33% a 87%) lo que se relaciona con la dificultad para realizar abstracciones, aunque también puede estar vinculado con el tipo de terapia física que -- ellas desarrollan con sus hijos.

III.2. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Realizando un análisis respecto a los datos generales de las madres de niños con parálisis cerebral tenemos lo siguiente:

En relación a la escolaridad, el mayor porcentaje (46.7%) se dió en primaria completa y 13.3% estudios de secundaria, el observar un nivel bajo en este aspecto nos lleva a considerar ésto como una -- causa de que las madres mostraban poco o ningún conocimiento respecto a la parálisis cerebral, aunque la mayoría de ellas conocía el diagnóstico de su hijo, no sabía qué características tiene este padecimiento; a que se debe, que pronósticos puede tener etc. y curiosamente la mayoría de las madres plantea como expectativas de recuperación de su hijo el aspecto físico, concediendo poca o ninguna importancia al aspecto mental.

En cuanto al estado civil tenemos que el 80% de las encuestadas se encuentran casada, por ello se podría pensar que el problema de su hijo no influye en su matrimonio, sin embargo algunas señoras comentaron tener problemas con sus esposos, tales como: falta de apoyo por parte de él, recriminaciones por dedicar mucho tiempo al -- tratamiento del niño y desatenderlo a él y a su casa, o bien los gastos especiales que tenía que realizar para la rehabilitación de su hijo, cabe también mencionar que en el reporte de ocupación de la madre el 86.7% dijo dedicarse al hogar, pero se observó que algunas buscaban un ingreso extra vendiendo entre ellas mismas artículos como: zapatos, juguetes, ropa etc.

La mayoría de las señoras de la muestra tienen familia pequeña, es decir 2 o 3 hijos, lo cual nos permite suponer que disponen de mayor tiempo para cuidar y trabajar con el hijo que tiene el problema neuromotor, ya que ellas reportan contar con poca o ninguna ayuda por parte de la familia, y su situación económica (la mayoría son de escasos recursos) les impide contratar una persona que pueda ayudarla en las labores del hogar y el cuidado del niño. Esto es importante puesto que la mamá pasa la mayor parte del día con su hijo.

Podemos afirmar que la mayoría de las mujeres de la muestra, se encontraba en un rango de 19 a 25 años de edad al momento del parto, al nacer el hijo con problema de parálisis cerebral. Si consideramos que según estudios realizados, la edad óptima para embarazarse fluctua entre los 20 y 35 años, podemos decir que la mayoría de -- estas señoras tenían una edad catálogada como de bajo riesgo al momento del nacimiento de su niño, lo cual hace que se descarte la -- edad de la madre como factor determinante del problema que presenta su hijo.

La variable independiente de esta investigación es la colaboración del niño para el trabajo en este caso de rehabilitación, los re---sultados reportan lo siguiente:

El mayor porcentaje (46.7) de niños trabajó solamente en presencia de la madre, sólo se registró un caso que mostraba lo contrario, es decir, sólo trabajaba en ausencia de la madre, ante ella la niña -- lloraba y se negaba a trabajar, aunque la señora tratara de obligarla, en cambio cuando ella salía, la niña gustosamente colaboraba en la actividad que se estuviera realizando, lo cual pudiera representar un rechazo a la sobreprotección materna.

El resto de los niños del grupo de investigación trabajaban en ---

cualquiera de las situaciones, lo que nos puede dar un indicio de indiferencia hacia la madre o un deseo de independencia.

Dentro de los niños que se negaban a trabajar con o sin la madre presente, llamó la atención un pequeño que presentaba conductas un tanto peculiares respecto a la madre, ya que mientras ésta lo mantenía en sus brazos sin que él realizara alguna actividad, el niño permanecía relajado y tranquilo, pero tan pronto ella intentaba iniciar alguna tarea con él, éste presentaba una espasticidad tan severa que le impedía realizar cualquier movimiento a excepción del llanto. Cuando estaba ausente su madre, el niño reflejaba angustia y gran inseguridad.

Este caso se presenta en el cuadro # 10 de los Resultados de la Aplicación de la Escala de Gesell, con el número 11, donde se observó un desarrollo muy bajo sobre todo en las áreas adaptativa y personal-social (tres meses), de alguna forma se puede afirmar que esto, este relacionado con la gran sobreprotección y dependencia materna.

Cabe mencionar que algunos de los niños al ser separados de su madre para trabajar, lloraban y se angustiaban, pero las madres de estos niños al no estar junto a ellos también se veían intranquilas.

Un ejemplo ilustrativo de esto es el caso número 10 del cuadro de la Aplicación de la Escala de Gesell, en el cual se puede ver un desarrollo muy reducido, percibiéndose además en la niña una gran necesidad de tener cerca a la madre y si ésta le sonreía, acariciaba y jugaba, la niña manifestaba alegría y seguridad. Sería aplicable aquí lo que señala Barraquer (1966), en cuanto a que el pequeño con parálisis cerebral ha prolongado su simbiosis con la madre debido a su dependencia hacia ésta, lo que ha dificultado la diferenciación clara de su propio cuerpo, esto debido a las limitaciones físicas que le restringen la cantidad de estímulos y sensaciones para poder estructurar un mundo exterior.

Los registros anecdóticos sobre manifestaciones afectivas entre madre e hijo reportaron que, en cuanto a comunicación propiamente verbal, ésta sólo se daba por parte de la madre, pero en cambio, en varias de las diadas se pudo observar que existía una especie de código, ya que la madre podía interpretar ciertos gestos o movimientos de sus hijos para saber que es lo que ellos querían, sin que otra persona lo entendiera.

De los tipos de manifestaciones afectivas mencionadas para la variable, el que se dió con más frecuencia fué el contacto físico, es decir, caricias entre madre e hijo, ésto se observó constante en 10 casos y esporádico en 5.

El que se registró con menor constancia fué el juego espontáneo, ya sea iniciado por la madre o por el niño. Este se registró constante en 8 casos, esporádico en 3 y nulo en 4, es decir cuatro de las madres nunca jugaron espontáneamente con sus hijos, al menos dentro de las horas de terapia.

Y sí se habla de una prolongación, en el niño con parálisis cerebral, de las conductas afectivas propias de las primeras semanas de vida, también puede aplicarse ésto a la madre del niño, ya que en ella también se observan conductas hacia su hijo propias de los inicios del desarrollo del niño, donde ella es, como menciona Spitz(1965), quién representa el medio para el niño, y cuya sólo existencia es el estímulo para sus respuestas. Dichas conductas son la satisfacción de sus necesidades, sus cuidados y protección.

Por otro lado tenemos que los resultados del Pictograma de Luria señalan que la mayoría de las señoras seleccionaron adecuadamente los dibujos de acuerdo a la palabra que se les dió, pero sus explicaciones giran alrededor de sus propias vivencias y situaciones cotidianas de su contexto social, lo cual nos deja ver cierta estrechez de su medio, que puede deberse al problema que viven con su hijo, pues al dedicarle mayor tiempo a él, le queda menos para realizar otras actividades, pero también le hace cambiar sus amistades en cierta forma busca relaciones con señoras que tienen hijos con el mismo problema, y que conocen en los lugares donde llevan a sus niños a rehabilitación.

La ausencia de proyección del problema de sus hijos en las pruebas aplicadas a las madres, puede estar relacionada con su escasa capacidad de abstracción, por consiguiente de la poca comprensión del mismo, y del manejo de mecanismos defensivos que inhiben la afectividad para sentirse menos afectados por el problema que viven.

Se menciona también en los resultados del Pictograma un predominio de la figura humana, esto según los análisis de Longuina (1972) puede representar cierto aplanamiento afectivo, aunque en este caso debe tenerse en cuenta que, como se mencionan en los resultados puede tener relación con preocupación de que su hijo logre el manejo de su cuerpo, ya que ellas centran su interés principalmente en el aspecto físico de su hijo, restando importancia a otros como el mental, afectivo etc., incluso al hablar de las expectativas de rehabilitación de su niño, ellas generalmente expresan su deseo de que "pueda valerse por sí mismo, caminar, tomar lo que necesita etc"., aludiendo a necesidades físicas particularmente.

Llama la atención que tenga mayor relevancia los conflictos de pareja suscitados por su dedicación al niño enfermo que el futuro de éste, situación que obviamente tiene sus raíces en la cultura, con sus patrones de dependencia de la mujer de un hombre que es quien "le da su lugar" y la hace sentir socialmente útil.

Buscando ahora relacionar las variables planteadas en esta investigación se debe considerar que el mayor número de niños de la muestra, trabajan preferentemente en presencia de la madre, y no lo hacen en su ausencia. Por otro lado los registros reportaron actitudes afectivas de las madres hacia los niños, dichas actitudes les llevan incluso a la sobreprotección es decir, ellas quieren hacer el trabajo de los niños en lugar de éstos, se podría decir que la "obligación" que se imponen como madre de niños con limitaciones físicas al sustituirlos en la satisfacción de sus necesidades, la prolongan al querer evitarles el esfuerzo que, sin embargo requieren, para ir logrando la rehabilitación.

De tal forma se observa en este caso una relación obviamente de dependencia física, partiendo de que ninguno de los niños de la muestra caminan, dependen para todo de la madre, pero esta dependencia va aún más allá. En la revisión teórica de esta investigación los autores citados enfatizan el papel que juega la motricidad del niño para su desarrollo en general, es decir, incluyendo los aspectos emocional e intelectual, así como la importancia de la relación de la madre en la primera etapa del desarrollo del niño, en donde él es totalmente dependiente de ella, y surge la relación simbiótica entre madre e hijo.

Dadas las circunstancias explicadas anteriormente, al niño con parálisis cerebral se le dificulta establecer límites entre él y su madre, lo que provoca dependencia emocional también, pues es ella quien decide por el niño, donde ir, donde quedarse, que ves tir etc.

Se observó además que al plantearse alguna pregunta o actividad a los niños con mejor comprensión, antes de dar respuesta, miraban a la madre y ésta les decía que hicieran lo que se les pedía, es decir, esperaban la aprobación o instrucción de ella antes de realizar o responder a lo que se pedía.

CONCLUSIONES.

El estudio llevado a cabo en 15 madres y sus respectivos hijos con problemas de "parálisis cerebral" incluidos en un programa de Rehabilitación Temprana en la Escuela de Educación Especial No. 28 de la ciudad de México nos permite hacer las siguientes conclusiones:

1. La relación madre-hijo de niños con "parálisis cerebral" en el grupo estudiado es diversa. En algunos casos es totalmente simbiótica, en otros casos se observa una relativa independencia mutua, en otros hay rechazo abierto por parte del niño hacia la madre.
2. Las particularidades culturales, conducen, en primer lugar, a que la mujer con un hijo discapacitado tenga que enfrentar prácticamente sólo su problema, y la ayuda que puede recibir proviene básicamente de sus hijos mayores.
3. El tipo de relación que la madre desarrolla con su hijo minusválido juega un papel importante en el desempeño de las actividades rehabilitatorias. Cuando hay una relativa independencia mutua el niño participa más activamente en la ejecución de las tareas, que cuando la relación es simbiótica.
4. Además de la relación madre-hijo, el tipo y grado de lesión cerebral y la rapidez con que se detecte el problema e inicie el tratamiento inciden directamente en éxito que puede obtenerse en la rehabilitación de estos niños.
5. En respuesta a las preguntas planteadas en esta investigación se puede afirmar lo siguiente:

- Los aspectos afectivos entre la madre y el niño sí influyen, promoviendo (cuando en la relación se dá cierta inde-

pendencia), o limitando (cuando la relación es simbiótica, el desempeño del trabajo en el niño con parálisis cerebral

- La dependencia física del niño con parálisis cerebral determina también, dependencia emocional.

6. Por lo tanto se comprueban las hipótesis alternas:

- H₁ Los aspectos afectivos de la relación madre-hijo influyen, promoviendo el desempeño del trabajo en el niño con parálisis cerebral.
- H₂ Los aspectos afectivos de la relación madre-hijo influyen, limitando el desarrollo del trabajo en el niño con parálisis cerebral.
- H₃ La dependencia física del niño con parálisis cerebral determina también dependencia emocional.

7. Por último es necesario que las Instituciones que trabajan con niños discapacitados, proporcionen a las madres o personas encargadas del cuidado del niño, la información necesaria y suficiente, -- con el fin de que comprendan mejor el problema del pequeño y conduzcan adecuadamente sus cuidados de modo que promuevan el desarrollo integral de los niños con parálisis cerebral u otra anomalía.

B I B L I O G R A F I A

- Abella, Candau. Sindr6mes de Parálisis Cerebral (Preven-
ción, Diagn6stico y Tratamiento. Ed. Médica
Panamericana. Buenos Aires. 1978.
- Badalián, L.O. Parálisis Cerebrales Infantiles. Moscú
1982.
- Barraquer, Bordas. La Parálisis Cerebral Infantil. Ed. Cien-
tífica Médica. Barcelona, España. 1966
- Bowlby, John. El Vínculo Afectivo. Ed. Paid6s. Buenos
Aires. 1976.
- Bricklin, Barry Causas Psicol6gicas del Bajo Rendimiento
Escolar. Ed. Pax. México. 1985.
- Cahuzac, M. El Niño con Trastornos Motores de Origen
Cerebral. Ed. Médica Panamericana. Buenos
Aires. 1985.
- Centro de Estudios Deterioro Mental y Posibilidades de Rea-
del Comportamiento. adaptación en Pacientes Esquiz6frenicas.-
Universidad Autónoma de Puebla. 1986.
- English and English. Diccionario de Psicología y Psiquiatría.
Ed. Paid6s. Buenos Aires. 1977.
- Freud, Ana El Psicoanálisis y la Crianza del Niño.
Ed. Paid6s. Barcelona, España. 1985.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

- Fuerbringer Bermeo, Mady. El Pictograma de Luria como Metódica para Interpretar el Carácter de las Asociaciones. Universidad Autónoma de Puebla. México. 1985.
- Fuerbringer Bermeo, Mady. El Pictograma de Luria como Metódica de Exploración Neuro y Patopsicológica. Universidad Autónoma de Puebla. México 1987.
- Gallardo y Olascoaga. Personalidad y Conducta Materna en Madres de Niños con Lesión Cerebral. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México. 1986.
- Gesell Arnold, Amatruda. Developmental Diagnosis Normal and -- Abnormal Child Development. H. Medical División. Harper Pow Publishers N.Y - 1969.
- Maier, Henry. Tres Teorías sobre el desarrollo del Niño. Erikson, Piaget y Sears. Amorrog tu Buenos Aires. 1979.
- Mendoza Ibarrola, Aida. Control Psicológico de Pre-escolares con Parálisis Cerebral. Facultad de - Psicología, Universidad Nacional Autóo noma de México. México. 1981.
- Piaget, Jean. Psicología del Niño. Ed. Morata, Madrid España. 1984.

- Revista Psicología Parálisis Cerebral Infantil. No.6 Mayo-Junio. México 1991.
- Salinas de Gortari C. Segundo Informe de Gobierno 1990. Anexo. Secretaría de Educación Pública. México.
- Secretaría de Educación Pública. Desarrollo Afectivo del Niño. Serie --- Cuadernos Didácticos. Dirección General de Educación Especial. México. 1985.
- Secretaría de Educación Pública. La Educación Especial en México. Dirección General de Educación Especial. México. 1985.
- Spitz, René A. El Primer Año de Vida del Niño. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
- Vayer Pierre. El Diálogo Corporal (Acción Educativa en el Niño de 2 a 5 Años). Universidad Autónoma de Puebla. México. 1988.
- Weiss Bakas, Naomi La Influencia en la Familia de un Niño con Daño Cerebral. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1975.

A P E N D I C E No. 1
ESCALA DE DESARROLLO DE GESELL

Gesell considera que el organismo humano es un complicado sistema de acción, por lo que propuso, para realizar un diagnóstico evolutivo, examinar cinco campos de conducta que son representativos de los diferentes aspectos del crecimiento. Gesell, (1985).

- 1) Conducta adaptativa
- 2) Conducta motriz gruesa
- 3) Conducta motriz fina
- 4) Conducta del lenguaje
- 5) Conducta personal-social

Conducta adaptativa.- trata de la organización de los estímulos, la percepción de relaciones, la descomposición de totalidades en sus partes componentes, y la reintegración de éstas de un modo coherente.

Conducta motriz gruesa.- comprende las reacciones posturales, el equilibrio de la cabeza, sentarse, pararse, gatear y caminar.

Conducta motriz fina.- consiste en el uso de manos y dedos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto.

Conducta del lenguaje.- abarca toda la forma de comunicación visible y audible, gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones, incluye además la limitación y -- comprensión de lo que expresan otras personas.

Conducta personal-social.- comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social en que vive.

Un diagnóstico del desarrollo se realiza en base a la observación discriminada de las formas de conducta y de la apreciación de éstas por comparación con las manifestaciones normales. (Gesell, op. cit.).

Una forma de conducta tipificada es un criterio de madurez que ha sido definido mediante estudios sistemáticos del curso promedio que sigue el desarrollo del comportamiento.

El estudio de miles de niños pequeños sanos, ha permitido determinar las tendencias medias de su desarrollo conductual, de tal modo que: las secuencias del desarrollo y la edad cronológica en que aparece cada forma de comportamiento son significativamente uniformes.

Se puede considerar la conducta en función de la edad y ésta en función de aquella.

Las situaciones comprendidas en el examen evolutivo basado en la Escala de Gesell, requieren la observación en cada uno de los campos principales (adaptativo, motor grueso y fino, lenguaje y personal-social) y pone en juego el funcionamiento de sus órganos de visión, tacto y propiocepción.

Imponen una amplia gama de exigencias referidas a la coordinación motriz que lleva a la observación de los controles corticales superiores, por lo que encierra una evaluación de la madurez y un examen neuromotor y sensorial, permitiendo además la diferenciación y la exploración detallada de respuestas normales y anormales.

El mobiliario y los materiales que se requieren para la aplicación del examen son sencillos y de fácil adquisición (quizá adaptaciones de un consultorio o salón de clase) una pequeña si-

lla, mesita, suelo, cascabeles, aros, cubos, sonajero, campana, pelota, tablero con 3 bloques, taza, bolita etc.

En la aplicación de la Escala de Desarrollo se pretende que el niño reaccione ante los objetos que se le presentan como si fueran material de juego, y para el niño lo son, pero para el examinador constituyen instrumentos controlados, destinados a provocar formas de conducta que indiquen el grado de desarrollo en que se ubica el niño.

Para información más amplia sobre la Escala de Desarrollo de -- Gesell. Consultar la bibliografía correspondiente. Gesell Arnold. Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal.

ENCUESTA SOBRE DATOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO BAJO LA
TECNICA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

DATOS GENERALES DEL NIÑO

DATOS GENERALES DEL NIÑO		
Nombre:	Diagnóstico	Origen del trastorno
Edad:		
Ocupación que ocupa madre y número de hermanos:		
Fecha de nacimiento:		
Antecedentes familiares		Antecedentes personales

DATOS GENERALES DE LA MADRE

Id: Estado civil: Nacionalidad: Profesión:	Hijos	
	Número	Edad
Tiempo que dedican diariamente al niño	Actitudes de la madre	
	A nivel de observación	Durante las pruebas
Nombre: Apellido: Hermanos: Otros:		

EXPECTATIVAS ANTE EL HIJO

En lo físico	En lo psico-social
servaciones generales:	

A P E N D I C E No. 3
REGISTROS OBSERVACIONALES TIPO ANECDOTICO

ACTITUDES DEL NIÑO DURANTE LA ACTIVIDAD			
Colaboración en presencia del psicólogo	Colaboración en presencia de la madre	Espontánea	Conductas estereotipadas

ACTITUDES DE APEGO

Actitudes hacia la madre		En ausencia de la madre		En presencia de la madre	
A solas	En grupo	Hacia compañe-- ros	Hacia adultos	Hacia compañe-- ros	Hacia adultos

COMUNICACION MADRE-HIJO DURANTE EL TRATAMIENTO

Vocalizaciones	Juego espontáneo	Contacto físico

servaciones Generales:

Observaciones:

A P E N D I C E No. 4
P I C T O G R A M A D E L U R I A

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ fecha: _____

Término	Tiempo de latencia	Dibujo	Explicación	Evocación 2 horas después
---------	--------------------------	--------	-------------	---------------------------------

Noche
obscura

Trabajo
pesado

Comida
sabrosa

Fiesta
alegre

Viento
tibio

Sexo

Convi-
vencia

Miedo

Amistad

Nostal-
gia

Enfer-
medad

Separa-
ción

Ilazaña

Duda

Muerte