



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

121
3

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD Y ACTITUD
DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS QUEMADOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MARIA EUGENIA HERNANDEZ GARCIA
LETICIA RAMIREZ SERRANO

DIRECTOR DE TESIS LIC. ANNEMARIE BRÜGMANN GARCIA

ASESOR METODOLOGICO: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ



MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.	2
 MARCO TEÓRICO:	
 CAPITULO I QUEMADURAS	
1.1.- Antecedentes del Tratamiento de las Quemaduras	4
1.2.- Factores Causales de las Quemaduras.	9
1.3.- Clasificación de las Quemaduras.	11
1.4.- Tratamiento Médico de las Quemaduras.	15
1.5.- Quemaduras en los Niños.	23
1.6.- El Niño Hospitalizado.	26
 CAPITULO II RELACIÓN MADRE-HIJO	
2.1.- Vínculo Afectivo entre Madre e Hijo.	37
2.2.- Apego Seguro.	43
2.3.- Interacción Madre e Hijo.	47
2.4.- Descuido o Maltrato del Niño.	53
 CAPITULO III SER MADRE	
3.1.- Maternidad.	61
3.2.- Madres que sufrieron privación afectiva en etapas tempranas.	65
3.3.- Factores de Personalidad.	68
3.4.- Condiciones Ambientales.	72
3.5.- Visisitudes de la Relación Madre e Hijo.	73

4.- METODOLOGÍA.	
4.1.- Justificación y Planteamiento del Problema.	77
4.2.- Hipótesis Conceptual.	78
4.3.- Hipótesis Estadísticas.	78
4.4.- Diseño Experimental.	78
4.5.- Variable Independiente y Variable Dependiente	79
4.6.- Muestra.	79
4.7.- Instrumentos.	79
4.8.- Escenario.	80
4.9.- Procedimiento.	80
4.10- Procesamiento Estadístico.	81
5.- RESULTADOS	82
6.- ANÁLISIS DE RESULTADOS	103
7.- CONCLUSIONES	109
8.- LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	115
9.- BIBLIOGRAFÍA	116
10.- ANEXO	119

Nuestro más sincero agradecimiento a la Lic. Anne Marie Brüggmann García por su invaluable apoyo, por las aportaciones recibidas que son tan valiosas y que de no haber contado con ellas el trabajo no habría alcanzado su culminación.

Al Lic. Raúl Tenorio Ramírez por sus observaciones, recomendaciones, comentarios y apoyo durante la realización de esta tesis, con profunda admiración y respeto por su gran profesionalismo.

Al Dr. Clemente Lara Abad Jefe de Enseñanza del Hospital Pediátrico Xochimilco, por las facilidades prestadas y por su apoyo en la realización de este trabajo.

A todo el personal del Hospital Pediátrico Xochimilco por su dedicación y empeño en su trabajo; quienes nos apoyaron durante nuestra estancia en esta institución. A la Dra. Virginia Nuñez, a las enfermeras Lucy, Gloria, Ester, Juanita, Reinita, Catalina y Celia.

A la Dra. Edith Padrón Sólon por su interés y acertados comentarios que nos sirvieron para enriquecer este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por brindarnos la oportunidad de terminar la Lic. en Psicología

LETY

Este trabajo esta dedicado a:

A mi padre Rodolfo por enseñarme que siempre hay que seguir adelante afrontando los problemas y siendo responsable; por su apoyo cariño y comprensión. Por todos los recuerdos hermosos que vivirán siempre en mi corazón. Te Quiero Mucho.

A mi madre Yolanda por su apoyo, cariño y palabras de aliento en los momentos más difíciles. Por acompañarme a lo largo de mi camino con mucho amor. Gracias por ser la mejor madre del mundo.

A mis hermanos G. Rodolfo, Juan Carlos y H. Fabiola por estar conmigo en los momentos más importantes de mi vida, demostrándome su cariño y su entusiasmo. Los quiero mucho.

A mis abuelos Jesús y Aurora por su cariño, por enseñarme que cuando se trabaja con empeño y honestidad se llega a las metas que me proponga. Por su amor y paciencia.

A mis tíos Alicia, Rebeca y Alfredo por su interés, cariño y apoyo. Por estar conmigo y demostrarme que siempre puedo contar con ustedes.

A mis primos Rebeca, Laura y Alfredo por su cariño, ayuda y entusiasmo. Por sus palabras, que me ayudaron a sentir que no estoy sola.

A Maru por su paciencia, empeño y cariño.

MARU

Este trabajo esta dedicado a:

A mi padre José Francisco quien siempre me ha motivado para no quedarme estancada y seguir adelante. Te doy gracias papá por todo tu apoyo incondicional, porque sin el no hubiera logrado llegar a donde estoy en este momento. Te quiero mucho.

A mi madre María Teresa por enseñarme que los esfuerzos siempre se recompensan y que sí alguien hace las cosas con amor y dedicación estas salen bien. Te doy gracias mamá por apoyarme, brindarme una palabra de aliento y no dejarme caer en los momentos difíciles que se presentan. Gracias por todo lo que me has dado sin recibir nada a cambio. Te quiero.

A mis hermanos Ernestina, Francisco Alberto y Norma Angélica por su paciencia, cariño, apoyo e interés y sobretodo por ser los mejores amigos y hermanos que puedo tener.

A mis abuelitos Virginia, Ma. de la Luz, Gilberto y Esteban por su cariño, consejos y por enseñarme a valorar las personas que tengo a mi alrededor. Este es un testimonio que aunque no se encuentran conmigo aún los recuerdo.

A mis tíos Martha, David, Raúl, Esteban, Leticia, Lilia, Ana y Luis. Por su interés, apoyo y cariño que siempre me brindado.

A Lety por su amistad, comprensión y entusiasmo.

A nuestros amigos Yola, Vero Duarte, Iliana, Marlén, Vero Vásquez, Erlka, Isela, Hortensia, Flora M., Sachel, Gabriel, Ignacio.

quienes en cada etapa del camino han estado con nosotras y ocupan un lugar especial en nuestras vidas.

A todas las personas que nos tendieron su mano. Aunque nuestro agradecimiento no este explícito en este papel lo está en nuestros corazón.

A TODOS USTEDES GRACIAS.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer las características de personalidad, el manejo de la ansiedad y la conducta de las madres de los niños quemados, debido a la gran incidencia de casos que se presentan en las diversas instituciones de salud. De acuerdo a la estadística del Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado en el año de 1995 al mes de Junio de 1996 se han registrado 355 casos sólo en este lugar.

La muestra estuvo integrada por 2 grupos de madres de niños quemados, 15 madres con hijos de 0-2 años y 15 madres con hijos de 2 años 1 mes a 4 años, que tuvieran un 5% de SCTQ y una estancia Hospitalaria de 15 días como mínimo.

Los resultados obtenidos fueron: En general la población proviene de un nivel socioeconómico bajo, con pocas oportunidades culturales que favorezcan el desarrollo de los hijos. Además de contar con una inestabilidad emocional en lo que se refiere al ambiente familiar de origen de estas mujeres; aunado a los conflictos conyugales.

Las principales características de personalidad encontradas en la muestra son que las mujeres tienen baja capacidad intelectual, son inestables emocionalmente, inseguras, con poca tolerancia a la frustración, impulsivas, que aceptan las normas sociales según les convenga.

En lo que se refiere a la ansiedad las madres presentan una ansiedad rasgo moderada que se eleva cuando se presenta una situación estresante, pero conforme pasa el tiempo regresa a su estado normal.

La conducta observada en estas mujeres nos habla de que no están capacitadas para desarrollar el papel de madres, ya que no cuentan con la capacidad intelectual y emocional que les permita establecer un vínculo y apego satisfactorio, que le proporcione a sus hijos la seguridad y apoyo necesarios para desarrollarse adecuadamente, tanto intelectual como emocionalmente y lograr a futuro una mejor adaptación que sus padres.

INTRODUCCIÓN

Hasta el momento no existe ninguna institución en México que cuente con los datos estadísticos a nivel nacional sobre la incidencia de accidentes por quemaduras. Sin embargo en el año de 1985 se creó por una asociación privada "El Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado" que proporciona estadísticas acerca de los pacientes que acuden a solicitar el servicio de esta institución. Los datos que se recabaron del año de 1986 al año de 1989 reportan que se atendieron a 662 niños, encontrando que la mayor incidencia de accidentes es en niños de 1 a 4 años, en su mayoría varones, siendo el principal agente causante los líquidos calientes. Los casos reportados desde Enero de 1995 hasta Junio de 1996 son 355, de los cuales el 54% son varones y el 46% restante son mujeres. El 63% tienen una edad de 0 a 4 años, el 21% tiene una edad de 5 a 8 años, en el 7% su edad es de 9 a 12 años y el 9% restante tiene una edad de 13 años en adelante. Los principales agentes causantes son: el agua caliente con el 51%, los alimentos calientes con 25%, el fuego directo con 18%, el 3% presentó quemaduras por electricidad, el 2% se quemó con objetos calientes, el 0.7% por quemadura por fricción y el 0.3% con algún producto químico. Debe tomarse en cuenta que los casos reportados son numerosos pero existen aun más que por ser tratados sólo como pacientes externos, o que son atendidos por los familiares en su domicilio, no son tomados en cuenta para realizar estas estadísticas.

La gran incidencia de los accidentes por quemaduras ocurridos en la casa a niños de edad preescolar, nos llevó a preguntarnos el porqué ocurren estos accidentes y si las causas son sólo externas o existen factores internos que pueden intervenir en éstos. Tomando como causas externas el nivel sociocultural que determina la calidad de vida de la familia, en la que con frecuencia se encuentra la costumbre de calentar el agua para bañarse en la estufa, poner el agua o la comida en el suelo, tener veladoras prendidas, tener encendedores y cerillos al alcance de los niños, almacenar sustancias inflamables como thinner, petróleo, alcohol, gasolina, etc. en lugares no protegidos, enchufes eléctricos sin protección y en lugares accesibles para el niño,

instalaciones, extensiones, parrillas y calentadores en mal estado. Y como causas internas, la imprevisión y el descuido de los adultos, que tienen a su cargo la seguridad del niño y en algunos casos factores inconscientes que propician los accidentes.

En la mayoría de los casos se observa que cuando ocurre el accidente, y la madre está presente, es ella quien "accidentalmente" provoca la quemadura del niño, siendo el agua caliente el principal agente causante. Le siguen los alimentos calientes como lo son la leche, el caldo, las sopas, etc ... también se presentan quemaduras por fuego directo, es decir, por incendios, por electricidad y finalmente por productos químicos.

Cuando el niño ingresa al hospital, se somete a una situación estresante que afecta no sólo al menor, también a toda su familia y en especial a la madre, quien continúa siendo la encargada del cuidado del niño, además de continuar con sus labores domésticas. La presente investigación pretendió conocer la personalidad básica de la madre, medida a través del 16 PF de Cattell, su actitud ante el niño, la forma como desempeña su rol maternal y una vez ocurrido el accidente, si se dan cambios de conducta en la madre para con el niño durante su estancia hospitalaria. Se tomaron en cuenta sólo niños quemados considerando la extensión de la quemadura por la que tengan que permanecer hospitalizados como mínimo dos semanas.

CAPITULO 1

QUEMADURAS

1.1.- ANTECEDENTES DEL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS.

Uno de los peligros que amenaza a las especies vivas es el fuego, de ahí que los animales para sobrevivir huyen de él. Lo mismo debió pasar con los primeros seres de la especie humana, aunque éstos según la leyenda lograron conquistar el fuego como Prometeo y emplearlo evitando en cierto grado su carácter destructivo. Sin embargo, deben haber estado propensos a sufrir lesiones por quemaduras. Se desconoce como trataron las quemaduras, cual era su devenir y cual era su curación.

Ya en épocas históricas sabemos que Hipócrates (Aproximadamente en el año de 430 A.C.), sugirió el siguiente tratamiento: "Después de fundir manteca de cerdo viejo, y mezclarla con colofina y betún, se extenderá en un paño, se calentará cerca del fuego, y se aplicará, con una venda". También propuso emplear apósitos empapados en vinagre caliente para aliviar el dolor de la quemadura y más tarde las trató por aplicación de soluciones de corteza de roble. Aristóteles se interesó en la patogenia de las quemaduras y pensó que las causadas por metales fundidos mostraban la tendencia a cicatrizar con mayor rapidez (Curtis, P. Artz, 1972).

Desde la época de los Romanos se aplicaban aceites y ceras en las quemaduras.

Pablo de Ejima, citado por Cockshott, Bisantino que vivió en el séptimo siglo utilizó preparaciones emolientes con ingredientes extraños para tratar las quemaduras.

En el siglo IX y X Razes y Abisena, médicos árabes recomendaron, el empleo local de sustancias "refrigerantes", que sin duda tenían la propiedad de aliviar el dolor. (Curtis, P. Artz, 1972)

En el Siglo XVI se provocaron muchas quemaduras en los encuentros bélicos por el manejo poco hábil de la pólvora y se pensaba que a la lesión por quemadura se agregaba el efecto tóxico de la pólvora, datos asentados en los escritos de Giovanni de Virgo, Cirujano del Papa Julio II datados en el año de 1515 y que se advierte en especial en el escrito de William Clowes. En 1596 se publica un libro de William Clowes, que fue el primero que se ocupó exclusivamente de las quemaduras,

FALTA PAGINA

No. **5 y 6**

el incendio catastrófico del teatro Rialto en New Haven en 1921, 20 personas sufrieron graves quemaduras. Underhill estudió los casos, midió constantemente los valores de hemoglobina, hematocrito y fluoruros en suero; continuó estudios acerca de la pérdida de líquidos y analizó el de las ampulas, lo que hizo que se apreciara la importancia de las pérdidas de las proteínas. Sus investigaciones también demostraron la falsedad de la teoría de que la piel quemada liberaba una toxina (Sabiston, David C. 1991).

En 1925 Davidson de Detroit renovó el interés por las sustancias productoras de escara, al introducir la aplicación del ácido tánico por pulverización. Se pensaba que con esa técnica se disminuiría la pérdida de líquidos, el dolor aliviaría y se obtendría una mejor escara. Fue abandonada definitivamente en 1944 señalando que era un tóxico para el hígado (Curtis, P. Artz 1972).

En su libro sobre quemaduras, publicado en 1930, George Pack; que más tarde fue uno de los prominentes cirujanos oncólogo en New York, recomendó usar sangre sólo en relación con el tratamiento del choque. Su libro fue una nueva visión, excelente en esa época, de esta fase de los conocimientos sobre las quemaduras (Curtis, P. Artz 1972).

Según se pensaba el fallecimiento por quemaduras extensas era causado por "toxemia" hasta que la investigación original de Blalock en 1931 definió la importancia fundamental de la hipovolemia en el choque por quemadura. Incluso después de tal descubrimiento, fue hasta finales del decenio de 1940 en que se dilucidó la verdadera magnitud del desplazamiento de líquidos en quemaduras. A partir de esa fecha el tratamiento temprano de este enorme problema se volvió más racional y el pronóstico mejoró en forma impresionante (William Odling, 1985).

La época moderna del tratamiento local de las quemaduras comenzó con los trabajos de Allen y Koch en 1942, quienes recomendaron y difundieron el empleo de la gasa vaselinada, apósitos voluminoso a presión e inmovilización estricta; técnica de tratamiento local que gozó de aceptación hasta que Williance de Inglaterra en 1949 volvió a emplear el método en los Estados Unidos de Norteamérica y señaló sus indicaciones y contraindicaciones. (Curtis, P. Artz 1972).

Uno de los incendios más graves en épocas recientes fue el del Coconut Grove en Boston en 1942, este desastre estimuló a Cope y Moore a estudiar la respuesta general del organismo a la quemadura. Al demostrar que la pérdida de líquidos ocurría hacia el interior del cuerpo y no exclusivamente hacia el exterior, brindaron una explicación para la pérdida oculta, que se observaba en estas situaciones (Curtis, P. Artz 1972).

También en 1942, el National Research Council of Canada introdujo los términos "espesor parcial" y "espesor total" para las quemaduras. La pérdida de piel de espesor parcial se caracterizaba por la pérdida parcial de la totalidad de la epidermis y parte de la dermis con crecimiento restante del tejido, a partir de las glándulas sudoríparas y de los folículos pilosos. La pérdida de piel del espesor total se caracterizaba por la destrucción completa de los elementos epidérmicos y dérmicos que originaba una cicatrización por migración a partir de los bordes de las heridas (Achaver, B. 1987).

En 1947 Cope subrayó la importancia de la eliminación temprana y agresiva de la escara, y recomendó cubrir la quemadura. En 1952 Evans de Richmond, elaboró una fórmula que relacionaba el área de superficie corporal con el peso, para calcular el líquido necesario que reponer en las quemaduras. La fórmula corriente de Brooke es una modificación de las sugerencias de Evans (Curtis, P. Artz 1972).

Los estudios de la Unidad de Investigaciones Quirúrgicas del Ejército Norteamericano en el Brooke Army Medical Center, han dado por resultado algunos de los progresos más importantes en este campo. En 1952 se publicó el empleo del método de dejar al descubierto los sitios donadores de injertos. En 1953, se subrayó por primera vez, que la septicemia era un problema gravísimo en los quemados, y la causa más común de muerte. Dicho Hospital fue el primero en subrayar la utilidad y necesidad de un concepto global y organizado, con diversos especialistas para tratar a los quemados. Sus descubrimientos demostraron que en una lesión tan compleja como las quemaduras, se necesitaba un enfoque multifacético en el que participaran varias disciplinas científicas. En 1962 la agrupación de Shriners de los Estados Unidos de Norteamérica estimuló el trabajo de la unidad, e inició un programa de construcción

de Institutos de índole civil para niños quemados, en asociaciones con las escuelas de medicina. Blocker ha creado un equipo excelente para tratar quemados en la División de Cirugía Plástica de la Rama de Medicina de la Universidad de Texas. La Escuela de Galveston encabeza la labor directiva y ha constituido el estímulo para tratar quemaduras en los Estados Unidos de Norteamérica. A partir de esta fecha se han creado otros institutos auspiciados por Shriners, en la Universidad de Cincinnati y en la de Harvard (Curtis, P. Artz 1972).

Con una terapéutica líquida adecuada, un número creciente de víctimas de quemaduras sobrevivió hasta presentar infección. Esto obligó a buscar un agente tópico que controlara el crecimiento bacteriano en la quemadura. Moyer propuso el empleo de nitrato de plata al 0.5% aplicado en forma tópica y se observó que evitaba la proliferación bacteriana tanto sobre la piel como debajo de la escara. Más adelante Mancrier y Lindnerg describieron la aplicación del acetato de mafenida (Sulfamylon), eficaz contra microorganismos grampositivos y gramnegativos que penetraban la escara. Dados los problemas de electrolitos, causados por el nitrato de plata y el dolor que provocaba el acetato de mafenida, Fox desarrolló y difundió el uso de la crema de sulfadiacina de plata (Silvadene). (Sabistón, David C. 1991)

1.2.- FACTORES CAUSALES DE LAS QUEMADURAS.

Las quemaduras son lesiones producidas por agentes térmicos, eléctricos, o químicos. (Berkow, R. 1986).

El estímulo que provoca las alteraciones fisiológicas es la herida de la quemadura. El efecto de la herida está directamente relacionado con la cantidad de tejido destruido. Para determinar la magnitud del trauma, tienen importancia tanto la profundidad de la lesión como la extensión de superficie corporal quemada (Johnson, Carol L. 1987).

Su intensidad varía con la etiología, duración y violencia. Los tejidos en contacto directo con el calor (por ejemplo la piel y en ocasiones la mucosa de vías respiratorias y digestivas) se lesionan con mayor rapidez, pero los efectos generales de las quemaduras graves suelen implicar mayor amenaza para la vida, que las locales. (Berkow R., 1986).

Todas las quemaduras desnaturalizan las proteínas, causando lesiones o muerte celular. El primer efecto local de una quemadura es la dilatación de capilares y pequeños vasos, con aumento de la permeabilidad capilar. La pérdida resultante de plasma debajo de la epidermis produce edema. Más adelante, es posible observar histológicamente la lesión celular con presencia de núcleos tumefactos o picnóticos con coagulación citoplasmática; las fibrillas de colágena pierden su definición (Berkow, R., 1986).

Una quemadura puede variar desde una lesión pequeña hasta la forma más grave de lesión que puede sufrir una persona. La quemadura intensa desencadena una serie enorme de respuestas generales. La magnitud de la lesión rige la extensión de los cambios en las funciones corporales. A diferencia de las heridas, que pueden ser saturadas casi inmediatamente o cicatrizar en cuestión de días. (Curtis, P. Artz; 1972).

Las quemaduras mayores son lesiones terribles cuyo tratamiento es doloroso y requieren períodos largos de rehabilitación. A menudo son fatales o dejan deformidades permanentes e incapacitantes (tanto desde el punto de vista orgánico como emocional). (Homiltón, H.K. 1986).

Los accidentes por quemaduras se presentan con frecuencia en toda la infancia especialmente en los primeros 3 años. A menudo se trata de escaldaduras al verter líquidos hirvientes, o bien fuego, al arder los vestidos, por electricidad o por agentes químicos. (Hernández, C.M., 1990).

Las quemaduras térmicas son también con frecuencia el resultado de incendios domésticos, accidentes automovilísticos, jugar con cerillos, almacenamiento inadecuado de gasolina, grandes calentadores o incendios intencionales. Entre otras causas puede estar el manejo de cohetes, los accidentes con líquidos que están hirviendo o los que acontecen en las cocinas (por ejemplo cuando el niño se sube a la parte superior de la estufa o toma con las manos algún hierro caliente). Las quemaduras de los niños a veces las producen por maltrato de los mismos padres. (Homiltón, H.K. 1986).

Las quemaduras de tipo químico resultan del contacto, inhalación, ingestión o

inyección de sustancias ácidas o alcalinas. Las quemaduras eléctricas suelen ocurrir después del contacto con alambres eléctricos defectuosos, con líneas de alto voltaje o cuando los niños muerden un alambre de corriente. Las quemaduras por fricción o abrasión, suceden cuando la piel se trata enérgicamente contra una superficie áspera. Las quemaduras solares son las que, por supuesto, acontecen después de la exposición prolongada a los rayos del sol. (Homiltón, H.K., 1986).

1.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS.

En 1607, Wilhelm Fabrey de Hidon presentó una primera clasificación de las quemaduras es su libro "De Combustionibus". Se basó en la intensidad de las quemaduras superficiales valoradas por su aspecto externo. Durante el siglo XVIII Heinstler, Dupuytren, Hunter y Keintish modificaron la clasificación original de Fabrey, se le dió mayor importancia a la profundidad de las lesiones a partir del aspecto externo de las quemaduras. En el siglo XIX, Boyer desarrolló tres grados para apreciar estas lesiones: Primero, Segundo y Tercero. La primera descripción autorizada de las quemaduras fue hecha en el siglo XIX por Sonnenburg y Tachmarkes, quienes diferenciaron entre las que cicatrizaban desde los bordes y las que sanaban a partir de los elementos dérmicos restantes (Achaver B.M. 1987).

Sin embargo se han usado clasificaciones diferentes para distinguir las diversas profundidades de las quemaduras, y se dividieron en: las quemaduras de primer grado, segundo y tercero. A las quemaduras de primero y segundo grado se les llama en conjunto de espesor parcial de la piel, y a las quemaduras de tercer grado quemaduras de espesor total de la piel. Las alteraciones generales y locales tienen relación directa con la cantidad de tejido destruido. (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

QUEMADURAS DE PRIMER GRADO.- Las quemaduras de primer grado afectan sólo a la capa externa de la epidermis. Se caracterizan por eritema que aparece al cabo de un período de latencia variable. Puede producirse después de una exposición prolongada a la luz del sol o en caso de exposición instantánea a un calor intenso o un contacto breve de líquidos calientes. Dado que la destrucción tisular es superficial, las alteraciones generales son mínimas. El problema fundamental es la

hipersensibilidad con dolor y una pequeña cantidad de edema, además de un aumento de temperatura local. La sensación desagradable de comezón y el dolor suelen remitir al cabo de 24hrs., a no ser que la quemadura de primer grado sea muy extensa, como las que se producen en la insolación grave (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

Como no es más que una lesión superficial, se conserva la capacidad de la epidermis de impedir la infección. Al cabo de tres o cuatro días se desprende la epidermis en pequeñas escamas. Puede haber un enrojecimiento residual durante algunos días, pero no se origina cicatriz (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO.- Las quemaduras de segundo grado son causadas por períodos cortos de exposición a calor radiante intenso o por contacto con líquidos calientes, o bien forman la zona periférica de una quemadura más profunda por llamas. Es una lesión ligeramente más profunda que la de primer grado. Afecta a toda la epidermis, con la excepción de la parte más profunda, es decir, existe lesión de la epidermis y en parte de la dermis, con vesículas, edema y dolor entre leve y moderado (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

La superficie tiene un color rojo moteado y rosa, generalmente está húmeda, debido a un líquido, semejante al plasma que suda en el área lesionada. La quemadura de segundo grado es muy dolorosa y sensible al aire. Sin embargo, no afectan lo bastante para interferir con la rápida regeneración del epitelio (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

La base de las vesículas presenta un grado variable de enrojecimiento según la profundidad de la quemadura. La rapidez de la curación depende de la profundidad de la destrucción de la piel y de que se produzca o no infección. En las quemaduras superficiales de espesor parcial, parte de la dermis está intacta. Se produce la curación sin complicaciones al cabo de un tiempo de 10 a 14 días a no ser que se sobrevenga una infección (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

Las quemaduras dérmicas profundas son lesiones que se extienden en profundidad a través de la dermis y en algunas áreas, a la porción superficial de la dermis (Corium). La regeneración epitelial tiene lugar principalmente a partir de la capa epitelial de las

glándulas sudoríparas y de los folículos pilosos (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

En caso de infección las quemaduras dérmicas profundas se convierten fácilmente en lesiones de espesor total. No obstante, si se protege de modo adecuado la herida, se cubrirá con una capa fina de epitelio en 25 o 35 días. Puede haber un ligero progreso de formación cicatrizal. Este epitelio fino puede ser lesionado dando lugar a áreas demudadas y a nueva formación de cicatriz. Cuando por el movimiento la cubierta epitelial delicada de una quemadura dérmica profunda es sometida a atención puede tener lugar la formación de vesículas. Las pequeñas vesículas acuosas que se forman pueden romperse e infectarse, a no ser que sean protegidas (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

Las quemaduras dérmicas profundas causan alteraciones fisiológicas, que son más graves que las que siguen a las lesiones superficiales de segundo grado. Cura espontáneamente si se impiden los traumas mecánicos y bacterianos. Si sobreviene infección, se convierte en una lesión de espesor total, siendo necesario el injerto (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

La superficie de las quemaduras dérmicas profundas puede estar húmeda, pero el exudado que se forma no es tan acuoso, como en las quemaduras superficiales de segundo grado. La superficie tiene un aspecto moteado con predominio de las áreas blancas en comparación con las rosas o rojas (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

QUEMADURAS DE TERCER GRADO.- Son causadas generalmente por llamas o por contacto con objetos calientes. Las quemaduras eléctricas son casi invariablemente de tercer grado. Como la necrosis por coagulación afecta a todo el espesor de la piel, las quemaduras de tercer grado son generalmente secas y de un aspecto blanco perlado o carbonizado. La piel tiene una consistencia coriácea, en contraste con la superficie húmeda blanda de las quemaduras de espesor parcial. Las quemaduras de tercer grado no son muy dolorosas, de hecho el área es casi insensible, debido a que las terminaciones nerviosas son inactivadas por la lesión profunda. Este tipo de quemaduras profundas, que se extienden a otras capas por debajo de la piel, se

caracterizan por un aspecto carbonizado y en un principio están deprimidas y duras (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

En estas quemaduras hay daño tanto de la epidermis como de la dermis. No hay vesículas, pero el tejido dérmico tiene aspecto blanco y con vasos trombosados. (Homilton H.K. 1986)

Esta forma de lesión es muy grave. La necrosis por coagulación destruye toda la dermis y el corium, llegando hasta la grasa subcutánea. En los pequeños vasos de los tejidos subyacentes se produce trombosis. El aumento de la permeabilidad capilar y el edema son mayores que en una quemadura de segundo grado. En dos o tres semanas, la piel en todo su espesor se liquida, en parte por autólisis y en parte por digestión leucocítica. Este proceso suele ir acompañado de supuración. Debajo de la escara se encuentran penachos vasculares y fibroblastos organizados en forma de tejido de granulación (Johnson Carol L., O'Shaughnessy, E. 1987).

Las quemaduras de tercer grado profundas son muy diferentes a las de tercer grado, que afectan solamente a la piel en todo su espesor. Si la quemadura se extiende a la grasa subcutánea se produce tumefacción en esta área. Las quemaduras que se extienden al músculo dan lugar a una gran destrucción de hematíes y pueden causar infecciones graves. Las alteraciones fisiológicas que se originan en las quemaduras de tercer grado profundas pueden ser graves, incluso cuando la extensión sea limitada. (Johnson Carol L., O'Shaughnessy Eduard 1987).

La correlación de tamaño y profundidad permite estimar su gravedad, que puede ser:

- Grave: quemaduras de tercer grado en más de 10% de SCTQ, de segundo grado en más de 25% de SCTQ de un adulto y del 20% en niños; quemaduras complicadas con fracturas o daño del aparato respiratorio; quemaduras eléctricas y todas las quemaduras en los enfermos de alto riesgo.
- Moderado: quemaduras de tercer grado en menos del 12% SCTQ de segundo grado en 15-25% de la SCTQ en los adultos y el 10% en los niños.
- Leve: quemaduras de tercer grado en 2 a 10% de la SCTQ, de segundo grado

en menos de 15% de la de la SCTQ en adultos y menos del 10% en los niños.

Estos son factores importantes para valorar las quemaduras:

- Según su configuración, las quemaduras circulares pueden producir la oclusión total de la circulación como consecuencia del edema.

- Antecedentes de enfermedades que puedan complicar las quemaduras, alteraciones que dificultan la circulación, sobre todo diabetes, coronariopatía, y alcoholismo crónico, ya que pueden obstaculizar la recuperación.

- Otras lesiones sufridas al mismo tiempo que las quemaduras.

- Edad del paciente, los enfermos menores de 4 años y mayores de 60 presentan complicaciones con mayor frecuencia, y por tanto índices de mortalidad más elevados (Homiltón, H.K., 1986).

1.4.- TRATAMIENTO MEDICO DE LAS QUEMADURAS.

El tratamiento de una lesión causada por quemadura tiene como objetivo principal conservar la vida, así como la conservación de las funciones y la aceptabilidad cosmética (Johnson Carol L., O'Shaughnessy Eduard 1987).

La clave para el tratamiento exitoso en consulta externa de los pacientes con quemaduras menores reside en una valoración inicial, selección de prioridades y reexploraciones adecuadas. Las características de las lesiones parciales y de todo el grosor de la piel deben identificarse, así como determinar el área de la superficie corporal involucrada y la capacidad de respuesta del paciente al traumatismo. Los factores asociados, como edad del paciente, localización de la quemadura, antecedentes médicos y circunstancias que rodearon la lesión dictarán ciertos aspectos del tratamiento. Con un seguimiento y educación cuidadosos, es posible alcanzar un funcionamiento óptimo y un resultado cosmético aceptable (Mundo Médico, 1986).

El tratamiento de las quemaduras, que es agresivo y se hace de inmediato, aumenta las probabilidades de supervivencia. Después las medidas de apoyo y las técnicas asépticas estrictas disminuyen las infecciones al mínimo. Debido a que los pacientes quemados necesitan mucha comprensión, es por ello que todo el equipo

interdisciplinario, que son las personas que tienen contacto más frecuente con ellos, puedan hacer la diferencia de que el quemado viva o muera (Homiltón, H.K., 1986).

En caso de quemaduras leves se debe hacer lo siguiente:

- Sumergir el área quemada en agua fría o aplicar compresas frías. Lavar la herida con una solución jabonosa suave y administrar los analgésicos prescritos por el médico. Debridar los tejidos desvitalizados teniendo cuidado de no abrir las vesículas. Cubrir la quemadura con un antimicrobiano y un apósito voluminoso; aplicar el medicamento antitetánico (Homiltón, H.K., 1986).

El enfriar la región afectada con solución salina o agua en un lapso de 30 a 60 minutos después de la quemadura puede ayudar a limitar la extensión y profundidad de la lesión, además de que proporciona cierto alivio al dolor. Bajo ninguna circunstancia deben utilizarse anestésicos tópicos e intradérmicos. Estos agentes están contraindicados en el tratamiento de las quemaduras (Mundo Médico, 1986).

En quemaduras moderadas y graves, después de lograr la ventilación y función cardíaca adecuada, debe hacerse una valoración general rápida de las lesiones en cuanto a gravedad y extensión. Se coloca algún tipo de cubierta en las quemaduras y se prepara al herido para su traslado, si las quemaduras son extensas debe colocarse un catéter intravenoso y trasladar al paciente con máxima rapidez a un servicio de urgencias. En las lesiones mayores no es recomendable la aplicación de líquidos fríos, pues la aplicación prolongada puede ocasionar hipotermia (Sabiston, D.C. 1991).

Cuando se recibe a la víctima en el servicio de urgencias; una vez más se le considera como un politraumatizado. Si la quemadura es extensa es recomendable colocar un catéter de gran calibre, de preferencia en una extremidad superior no quemada. Si ello no es posible se puede colocar en una pierna o en una vena central. Deben evitarse las venodisecciones en los quemados; por el gran riesgo de complicaciones infecciosas. También debe introducirse una sonda vesical o permanente para vigilar el volumen urinario durante la reposición de líquidos. Deben de tomarse muestras de sangre para citología, medición de electrolitos séricos y creatinina. En pacientes quemados con posible lesión pulmonar deben obtenerse también mediciones de gases en sangre arterial y concentración de carbohemoglobina.

Si la quemadura es extensa debe investigarse el tipo de sangre, por si requiere de transfusiones. (Sabistón, D.C. 1991).

Cuando se recibe a un lesionado en el servicio de urgencias debe calcularse el porcentaje de superficie corporal quemada. Esto tiene poca importancia en la quemadura pequeña. Sin embargo, en las quemaduras extensas, este cálculo guía la cantidad de líquidos necesarios para reposición. La regla de los nueves brinda un porcentaje aproximado del área. En esta fórmula se asigna a cada región anatómica un porcentaje múltiplo de 9. Cada uno de los miembros superiores representa 9%, cada uno de los inferiores 18%; las caras anteriores y posteriores del tronco 18% cada una; cabeza y cuello 9%; y genitales y perineo 1%. No obstante debe recordarse, que el porcentaje relativo de superficie de las diferentes regiones es distinto en el adulto que en el niño. En éstos cabeza y cuello representan una proporción mayor que en el adulto, y las extremidades inferiores, menos. Para evitar tales problemas se cuenta con diagramas como el de Lund y Browder, que permiten delinear con precisión la superficie quemada en pacientes de cualquier edad. Para hacerse una valoración rápida de las quemaduras, el área de la mano del individuo puede considerarse como 1% de la Superficie Corporal Total (SCT). (Sabistón, D.C. 1991).

La terapéutica de todas las quemaduras incluye el alivio del dolor, asepsia estricta y cuidado de la herida, prevención y alivio del choque, control de la infección, corrección de la anemia concurrente y conservación de nutrición. En las quemaduras por electricidad debe hacerse caso omiso de la quemadura temporalmente si hay insuficiencia circulatoria o respiratoria y es imperativa la reanimación cardiopulmonar. Por lo demás el tratamiento es igual al de las quemaduras térmicas de extensión y profundidad similares. (Berkow, Robert 1986).

El tratamiento fundamental en las quemaduras extensas intenta evitar las complicaciones por deficiencia de líquidos y electrolitos en el período inmediato. El primer paso para calcular la necesidad de líquidos estriba en conocer el porcentaje de superficie corporal quemada. Del mismo modo debe pesarse al individuo en la fase inicial del tratamiento para tener una línea basal de referencia. Se emplea una sonda

vosical a permanencia como indicador de la perfusión renal y para valorar la eficacia de la reposición de líquidos. En sujetos con quemaduras cutáneas y lesiones pulmonares, o con enfermedad cardiovascular o pulmonar preexistentes, debe pensarse en vigilar las presiones centrales con un catéter. (Sabistón, D.C. 1991).

En toda quemadura grave se alteran los mecanismos de homeostasis en muchas formas. Se ha insistido en que la administración de cantidades de líquidos y electrolitos en el tratamiento temprano de las quemaduras, puede permitir, que el paciente sobreviva la crisis inmediata y que se acorte el tiempo de recuperación. (Abbott Laboratorio, 1990).

Si se administra plasma puede aumentarse ligeramente la concentración de proteínas al inicio del tratamiento. Sin embargo, el paciente seguirá perdiendo más proteínas de las que asimila hasta que cicatrice la quemadura (Abbott Laboratorio, 1990).

Existe una relación general entre la magnitud de las quemaduras de toda la piel (espesor total), y la destrucción eritrocítica. En caso de quemaduras que abarcan más del 10% de la SCTQ la necesidad completa de reposición de sangre es de 1% del volumen normal por cada cifra igual (1%) de las quemaduras profundas. Cuando la quemadura profunda abarca más de 25% de SCT se administra durante el segundo y sexto período del plan; pero cuando la quemadura mencionada cubre 10 a 25%, la sangre se administra durante el sexto período. Cuando se transfunde sangre completa, substituye a un volumen equivalente de plasma (Odling, S.W.1985).

El estado general del individuo en lo que toca a color de piel y temperatura, llenado capilar y venoso e inquietud, aporta información de gran utilidad.

1.- La piel de color rosa indica que la circulación es adecuada, en tanto que la palidez indica que cuando menos hay suficiente sangre en los capilares como para que estén activos. Sin embargo, el color gris azulado denota estancamiento de sangre en capilares dilatados.

2.- La medición de la temperatura cutánea y la comparación con la temperatura profunda constituyen un índice fidedigno de la eficacia de la reanimación en la hipotermia. El empleo de termómetros eléctricos permite la observación continua del

estado de la circulación periférica.

3.- Para evaluar el llenado capilar y venoso es preferible la observación directa del circuito de capacitancia (venas y capilares) a la medición real de la presión venosa, excepto en casos en que han surgido ya choques intensos por retraso o negligencia.

4.- La inquietud constituye un signo importante, especialmente en niños que se duermen tranquilamente y su reposo tiene un estado general satisfactorio (Odling, S.W. 1985).

Después de instituir el tratamiento con líquidos puede dirigirse la atención a la cura definitiva de la herida. Si el paciente ingresa en el hospital en mal estado general, puede posponerse el tratamiento local hasta que se consiga una resucitación adecuada mediante una terapéutica intensa con líquidos.

Debe hacerse todo lo posible para reducir a un mínimo las nuevas contaminaciones y para lograr una herida quirúrgicamente limpia. Si hay vestidos quemados adheridos a la superficie lesionada, es preciso quitarlos mediante un lavado. El personal que entre en contacto con el paciente deberá llevar mascarilla. El enfermo se llevará a una sala de curaciones limpia o una sala de operaciones en la que se realice una técnica estrictamente aséptica con ayudantes que porten batas y guantes estériles. La temperatura de la habitación debe ser aproximadamente de 25° evitando las corrientes de aire. La técnica de limpieza produce un considerable malestar pero no dolor excesivo. Generalmente basta con la analgesia que proporciona la morfina por vía intravenosa.

Se limpian totalmente las áreas quemadas, es preciso extirpar todos los residuos y la epidermis desprendida. Se quitan con jabón las gasas o con ungüentos que hayan sido aplicados. No debe usarse nunca jabones alcohólicos, ni cepillos, por que causan un trauma innecesario al epitelio viable restante. Se limpian las áreas con jabón blanco y blando y con agua a una temperatura de 37°. Este jabón se aplica con compresas de gasas blandas húmedas y se quita por irrigación con agua estéril o se afectaría la piel normal que rodea la lesión.

Se abren todas las vejigas y se corta el epitelio desvitalizado, con tijeras estériles. Algunos cirujanos prefieren no romper las vejigas, porque piensan que la

cubierta epidérmica constituye una buena protección. Sin embargo, la mayoría de las vejigas se rompen antes de que se haya producido la curación completa, dejando en la superficie de la herida tejido desvitalizado en el que las bacterias proliferan rápidamente. Las vejigas gruesas, firmes que se producen en las palmas de las manos pueden dejarse sin romper algunas veces, porque tienen una cubierta resistente y no es fácil que se rompan antes que tenga lugar la epitelización (Johnson, Carol, L. 1987).

Una vez que se he extirpado toda le epidermis desprendida, se vuelve a lavar suavemente la herida con jabón y se riega con una cantidad abundante de agua caliente estéril. Todas estas medidas deben llevarse a cabo con la misma técnica quirúrgice cuidadosa que se observa al realizar una intervención abdominal. Durante la operación de limpieza puede ser necesario cambiar varias veces los paños estériles. Cuando se heya limpiando lo mejor posible la herida, habrá que tomar la decisión respecto al tratamiento local. (Johnson, Carol, L. 1987).

Desde tiempos remotos el cuidado de un paciente quemado se enfocaba en los medicamentos que se ponían en la quemadura. Uno de los apósitos más antiguos para quemaduras era el ácido tánico y se introdujo a principios del siglo XX. Los primeros antibióticos tópicos eficaces fueron las compreses húmedes de nitrato de plata al 0.5% y el mafenide a 10%, que se introdujeron a mediados de la década de los 60's. Este última tiene dos principales ventajas sobre el nitrato de plata. Ya que no causa dolor, ni produce acidosis metabólica y además penetra en le escare con mayor eficacia que le sulfadiacina argéntica. La solución de nitreto de plata puede producir alteraciones electrolíticas y tiene la desventaja de que requiere apósitos voluminosos y tiñe de negro todos los tejidos circundante. (Johnson, Carol, L. 1987).

Las cremas antibióticas pueden "untarse" en la herida del paciente o ponérseles en tiras de gesa recubiertas con el medicamento. En cualquiera de los casos suele estar indicado aplicarlas dos veces al día. Con le última técnica puede elaborarse un "recubrimiento" elástico. El peciente puede estar activo y cómodo. Esta técnica también es muy adecuada para pacientes externos. (Achaver, B. 1988).

Tratamiento Quirúrgico de las Quemaduras.

Hoy en día cirujanos especialistas en quemaduras disponen de varias opciones excelentes en lo que concierne al tiempo y al método de escisión de la escara y al injerto cutáneo. (Achaver, B. 1988).

Escisión secuencial.

El método de uso más frecuente en el tratamiento quirúrgico de una quemadura incluye la eliminación diaria de los desechos sueltos durante la hidroterapia aunado a las escisiones cortantes repetidas de la escara con navajas protegidas para injertos cutáneos una o dos veces a la semana. Para las escisiones mayores (cortes en la piel) es ideal la anestesia con ketamina. La separación espontánea, tardía, de la escara es una secuencia natural del mejor control bacteriano. En consecuencia es necesario ser agresivo para que funcione esta técnica. No deben transcurrir más de tres semanas antes de obtener una superficie aceptable para injerto. Las quemaduras de la cara, las de la palma de la mano, las plantas de los pies y al perineo, son particularmente adecuadas para esta técnica. Las principales ventajas de este método son que no hay que decidir sobre la profundidad de la quemadura. No se extirpa tejido viable y no se requiere cirugía durante el período inestable de la reanimación. Las desventajas incluyen un período más prolongado antes del injerto cutáneo y, en consecuencia, mayor riesgo de sepsis. El tejido de granulación, es decir, la cicatriz puede aumentar la posibilidad de una cicatrización hipertrófica subsecuente y contracturas. (Achaver, B. 1988).

Escarotomía.

Algunos cirujanos extirparán las escaras de las quemaduras obvias de espesor total unos 10 días después de la lesión seguido de la aplicación inmediata de autoinjertos. Suele haber hemorragia relativamente moderada y es obvia la separación entre tejido viable y no viable. Una desventaja de esta programación son las mayores concentraciones bacterianas que se encuentran debajo de la escara. Con vendajes la quemadura está bien demarcada y se han controlado los problemas de la reanimación con líquidos. (Achaver, B. 1988).

Injertos.

El paciente quemado sufre pérdida del epitelio de revestimiento (que aísla y protege su medio interno del exterior) de extensión y profundidad variables, tanto más seria y peligrosa cuanto más amplias y profundas las lesiones.

Aún cuando el estado de shock inicial haya sido prevenido, a través de las áreas destruidas, hay pérdida de plasma, sangre, electrolitos y líquidos, que conduce rápidamente al paciente a la catexia cuando no se corrige rápidamente. Una vez que se efectúa el debridamiento de la herida, ya sea de tipo enzimático o por escisión quirúrgica, es preciso lograr que ésta cierre. Para ello se recurre a autoinjerto, aloinjerto, xenoinjerto o sustituto cutáneo; ya sea de manera temporal o permanente. En caso de contar con suficientes zonas donadoras, el autoinjerto es el método de preferencia, ya que permite un cierre definitivo. Los autoinjertos pueden obtenerse igualmente bien empleando diversas técnicas, ya sea con dermatomo de tipo eléctrico o neumático, dermatomas manuales, o cuchillo protegido. Una vez obtenido el injerto se logra la homeostasis aplicando trombina tópica, soluciones que contengan epinefrina o vendajes con presión. El área donadora se recupera relativamente en un lapso de 7 a 10 días, ya sea que se cubra con gasa de malla fina, biobiane o apósito biológico, si esta lesión que afecta el espesor parcial está protegido contra infecciones. Las zonas donadoras pueden emplearse de nuevo transcurridas tres semanas aproximadamente, cuando la epidermis se ha regenerado por completo. Los autoinjertos se aplican a la herida preparada de manera adecuada ya sea en forma de lámina o injerto en forma de malla. En heridas pequeñas en áreas importantes desde el punto de vista estético, como la cara o el cuello, los injertos laminares proporcionan resultados más aceptables. Estos pueden tratarse por técnica abierta o cerrada. (Bendlin, A. 1993).

En caso de que las heridas sean grandes y los sitios donadores estén limitados, puede cubrir una mayor superficie mediante malla de autoinjertos. (Bendlin, A. 1993).

Los aloinjertos están hechos de piel de espesor parcial obtenida de donadores. Sin embargo, presentan ciertas desventajas ya que por ser menos viables no son tan adherentes como el autoinjerto.

1.5.- QUEMADURAS EN LOS NIÑOS.

El tratamiento de la fase aguda y de cualquier quemadura presenta una serie de problemas relacionados entre sí, que requieren la intervención conjunta de múltiples disciplinas. El cuidado y tratamiento de las quemaduras por un equipo es más importante en niños que en pacientes de otras edades, porque su devenir va a afectar el desarrollo total del niño y afectara al adulto. (Bendlin, A. 1993).

Las características únicas anatómicas y fisiológicas del niño requieren que el médico tenga preparación no sólo en quemaduras, sino sobre todo en pediatría. Además la perspectiva emocional y psicológica del paciente pediátrico es diferente según la etapa del desarrollo y es necesario un enfoque especializado para cuidar y mantener el grado de desarrollo presente y las experiencias positivas que permitirán que el niño llegue adecuadamente a cada una de las etapas posteriores de su desarrollo (Bendlin, A. 1993). Incluso cualquier hospitalización, por simple que sea el motivo, puede resultar traumática y aterradora para un niño. Y tratándose de una quemadura grave, el impacto psicológico puede ser aún mayor. El paciente quemado que ya ha pasado por una experiencia de miedo y de dolor, es apartado bruscamente de su familia y se le coloca en un ambiente lleno de espantosas máquinas ruidosas, está rodeado de extraños y se le somete a múltiples procedimientos dolorosos como la debridación y cambio de vendajes, toma de muestras de sangre y procedimientos quirúrgicos; con frecuencia sin aviso previo o con información inadecuada. A menudo el niño tiene que permanecer inmóvil: en posiciones incómodas y frecuentemente se le pide que ejercite partes del cuerpo afectadas por las quemaduras en momentos en los que cada uno de sus movimientos es excesivamente doloroso. Este cambio traumático y repentino para el cual el niño no posee ninguna destreza, desencadena en él regresiones, ira, miedo, depresión y ansiedad. (Bendlin, A. 1993).

Las demandas del tratamiento agudo de las quemaduras hacen que quienes las manejan olviden frecuentemente la situación única en la que está el paciente pediátrico, el cual, sin embargo no es un "adulto pequeño". Por lo tanto la consideración que sus necesidades merecen, comienza en el momento de la lesión. Un niño puede ser incapaz de expresar sus necesidades o expresarlas de maia gana,

por lo cual el equipo multidisciplinario debe ser sensible a sus sentimientos y demandas (Bendlin, A. 1993).

Los lactantes y los preescolares son víctimas con mayor frecuencia de escaldaduras, mientras que niños mayores sufren quemaduras más a menudo por diversas sustancias. La ignición de la ropa hace que aumente considerablemente el tamaño y la profundidad de la lesión. El hogar es donde con más frecuencia acontecen las quemaduras en los niños y en éste la cocina es el sitio más común, y la sobrevida es más alta en niños mayores de cinco años y más baja en lactantes y pacientes de dos años o menos (Bendlin, A. 1993).

Se hospitaliza a todos los pacientes pediátricos con quemaduras que abarquen más del 10% al 15% del área corporal o que presenten lesiones en manos, cara, pies, periné o superficies articulares. Los lactantes con más del 10% de área corporal quemada y los preescolares de más del 15% de área corporal deben ser reanimados con líquidos inmediatamente. En dichos pacientes puede aparecer rápidamente el choque hipovolémico, al igual que en pacientes con quemaduras más pequeñas si éstas comprometen todo el espesor cutáneo u ocurren en pacientes menores de un año (Bendlin, A. 1993).

En las medidas de reanimación y en el tratamiento ulterior de niños o lactantes quemados hay que tomar en consideración siempre la inmadurez fisiológica, cronológica y psicológica. (Curtiz, Artz 1972).

Los niños tienen más grande la cabeza, y un tronco y piernas más pequeños relativamente en comparación con los adultos. En consecuencia, " la regla de nueve" debe modificarse en los diferentes grupos de edad de uno a cuatro años, de cinco a nueve y de diez a catorce. Puede utilizarse la fórmula de Berkow o su modificación (Achaver B, 1988).

Las necesidades de calorías en niños quemados son más altas con respecto a su tamaño cuando se comparan con adultos. Los niños requieren calorías adicionales para crecer. Se han diseñado varias fórmulas, igual que para las necesidades de líquidos. (Achaver B, 1988).

Es raro ver a un niño pequeño que pueda beber bastante leche o fórmula por vía oral para satisfacer sus necesidades calóricas altas. En consecuencia será necesario usar alimentación por sonda nasogástrica o hiperalimentación intravenosa. Hay que pesar diariamente al niño. Nunca se insistirá bastante en la importancia de una ingestión nutricional adecuada diaria. Un dietólogo es parte esencial del equipo de quemados. (Achaver B, 1988).

La mayor parte de las lesiones por quemadura pueden y deben ser extirpadas e injertadas tempranamente. En quemaduras muy extensas, si el paciente está en condiciones estables desde el punto de vista hemodinámico y quirúrgico, se le efectúa extirpación masiva de las lesiones; se colocan autoinjertos en lechos de las zonas extirpadas y si estos son insuficientes, se aplican aloinjertos de cadáver. (Bendlin, A. 1993).

El éxito para la rehabilitación depende de la participación del niño y quien efectúa el cuidado primario. En general los niños responden bien ante una rutina bien organizada y consistente. Se deberá planear la atención del paciente con base en un horario cuidadoso para que los períodos de tratamiento médico de rehabilitación y relajamiento se sigan con intervalos regulares. (Bendlin, A. 1993).

Una parte importante de la rehabilitación durante el período agudo lo constituye la postura del cuerpo. Es usual mantener a los niños en reposo después de la aplicación de injertos o durante el período agudo de la enfermedad. El mantener la postura adecuada conserva las articulaciones alineadas, disminuye la formación de contracturas, y evita la presión excesiva sobre los plexos nerviosos periféricos. Se debe dar atención a la postura desde la admisión del paciente, y durante toda su hospitalización. Para inmovilizar una parte específica del cuerpo se usa el ferulado. (Bendlin, A. 1993).

El dolor y su control son los problemas más importantes en la unidad de quemaduras. De manera uniforme el personal médico que trabaja con pacientes quemados subestima la cantidad de dolor que se asocia a la lesión, en comparación con lo que realmente siente el paciente. Los niños quemados tienden a mostrar dolor extremo durante los procedimientos del tratamiento, pero al parecer se recuperan más

rápido, que los adolescentes y los adultos. (Bendlin, A. 1993). Se sabe que la terapia de relajación, o la imaginación guiada se utiliza con éxito para tratar de disminuir el dolor en los niños quemados. (Bendlin, A. 1993).

1.6.- EL NIÑO HOSPITALIZADO.

El impacto de la hospitalización y la enfermedad va de ligero a grave, el primero provoca un grado variable de incertidumbre y aprensión en el niño. Con mucha frecuencia se describen cambios de conducta que ocurren cuando los niños se encuentran hospitalizados. Estos cambios de conducta son diferentes de acuerdo a la edad y temperamento del niño, y sin intervención, pueden persistir durante la hospitalización y aún continuar después. Se han encontrado casos de niños aislados que permanecen en cama, y que se vuelven inmóviles y callados, rehusándose a comer y con la mirada perdida. Se observan regresiones en el desarrollo que incluyen pérdida de habilidades higiénicas y sanitarias, neuromusculares, sociales y de madurez emocional apropiada (Schaefer, C.E.; O'Connor, K.J. 1988).

Los niños tienen largos períodos de llanto y vómito. Se aferran a los adultos conocidos y protestan enérgicamente cuando los abandonan. Son frecuentes los niños que despiertan con pesadillas y que no quieren permanecer solos. Los niños pueden actuar en forma resentida y con ira. Se observan grandes rabietas. Algunos actúan de manera agresiva contra el personal médico y otros pacientes de la misma sala, o utilizan un lenguaje hostil. En ocasiones pueden volverse destructivos. Surgen también actitudes de no querer cooperar, rehusándose a tomar los medicamentos, a no dejarse inyectar, no seguir las indicaciones del cirujano o no permanecer quietos al tomarse las Radiografías. Otros niños quizá cooperen, pero se sienten temerosos, haciendo muchas preguntas que denotan su confusión por su falta de conocimiento de lo que se hace con ellos. Estos cambios conductuales son tan frecuentes en los niños hospitalizados, que el personal se preocupa más cuando no ocurren (Schaefer, C.E.; O'Connor, K.J. 1988).

La Angustia de Separación y las reacciones que presenta el menor.

Se han propuesto varias causas principales para estas conductas que incluyen:

1.- Separación y reubicación en un nuevo ambiente; 2.- Pérdida de la autonomía y control y; 3.- Temor al daño, a la muerte o ambas cosas; 4.- el dolor.

La separación de los padres es uno de los problemas más difíciles para los niños hospitalizados. Los niños menores de cuatro años son más vulnerables a la ansiedad excesiva que podrá ocasionar, que los mecanismos favorecedores de la salud se deterioren. En este ambiente extraño y diferente al del hogar, el hospital resulta un lugar extraño con personas vestidas de blanco y actuando en forma no familiar y para el niño agresivo. El niño intenta luchar contra su incomodidad física y no tiene seguridad del regreso de sus padres. Además necesita el consuelo físico, que los padres pueden proporcionarle. El niño, no puede organizar toda esta información nueva, y puede llegar a la conclusión de que se encuentra abandonado. Esta puede ser una experiencia que provoque pérdida de confianza, recelo, temor e inclusive pánico. Robertson en 1985 señala que la reacción de los niños ante la separación en hospitales se realiza en tres etapas: protesta, desesperación y negación. En la primera, el niño está consciente de la necesidad que tiene de sus padres, y utiliza aquellas conductas, con las que ha tenido éxito en el pasado, llora esperando asegurar su regreso. Cuando no lo hacen, el niño actúa menos, aparenta estar más calmado porque se va deprimiendo paulatinamente, se ve más calmado pero persiste el problema psicológico. En la segunda etapa atraviesa por un período de aflicción, aumenta el deseo por tener a sus padres, se siente sin esperanzas de su regreso. En general, aunque el niño está calmado, puede tener explosiones de ira. Cuando los padres regresan, desahoga sus sentimientos expresando la furia y los resentimientos contenidos a la superficie (Schaefer, C.E.; O'Connor, K.J. 1988). En la tercera etapa, reprime sus sentimientos debido a su continua intensidad y a su necesidad de calmar la tensión interna. El niño empieza a tener un interés en todo lo que lo rodea. Por lo general, esta tercera etapa no se presenta a menos que haya un período de separación prolongado, el niño ha olvidado a sus padres completamente y los deja ir, después de una visita, sin ninguna queja; la reinstalación de la relación

padre-hijo puede tomar un tiempo y requerir de un esfuerzo considerable. (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

Diversas variables pueden contribuir a la dificultad de la separación en el niño, incluyendo el tiempo que los padres están realmente presentes en el hospital, el tiempo total que el niño requiera permanecer hospitalizado, la imposición de los procedimientos médicos, el dolor físico real que experimenta, el grado en que el niño regrese a la salud física normal, confinamiento en la cama, preparación para el hospital, actividades que realice en tanto se encuentra enfermo, la fuerza del yo del niño, su edad y la relación con los profesionales de la salud mientras permanezca en el hospital. Para los niños hospitalizados, los objetos tradicionales como las cobijas u ositos de peluche traídos de casa tienen gran importancia, pero son generalmente insuficientes. Puede ser necesaria la relación con un adulto generalmente la madre dentro de la sala de internos, alguien en quien el niño pueda confiar y que lo ayude a restablecer patrones comunes de relación adulto-niño para reducir la ansiedad de la separación (Schaefer, C.E.; O'Connor, K.J. 1988).

No hace mucho tiempo entre el personal médico prevalecía la idea de que las visitas de los padres eran perjudiciales para los hijos. El hecho de que pacientes en apariencia serenos se tornaban difíciles (es decir, niños que lloraban y no dejaban que sus padres se fueran) daba apoyo a este punto de vista. Tales problemas de conducta a raíz de las horas de visita condujo a la práctica de restringir o prohibir las visitas, a fin de acelerar el proceso de "adaptación" del niño (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

Las investigaciones llevadas a cabo durante los últimos dos decenios han enseñado a los profesionales que esta "adaptación" es un ajuste falso, que fácilmente se invierte por la llegada de los padres; que las visitas no hacen daño a los niños, sino que les permite expresar un sufrimiento, que existe bajo la apariencia de conformidad. Es más, el niño pequeño, que al cabo del tiempo deja de reaccionar en forma negativa a las visitas poco frecuentes de los padres, está demostrando una relación defectuosa con sus progenitores. Posteriormente el estudio de niños que habían sufrido de gran privación materna demostró manifestaciones persistentes y a largo plazo de trastornos emocionales: falta de confianza que condujo a dificultades para establecer relaciones

amistosas, distractibilidad, disminución del funcionamiento intelectual, egocentrismo y en algunos casos hasta autismo. (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

En el grupo infantil de los menores de 6 meses casi nunca se observa angustia de separación, aunque ya hay indicios no tan marcados de este síndrome. Si bien el pequeño bebé puede distinguir entre su madre y otras personas, suelen aceptar con facilidad a los sustitutos maternos, siempre que se satisfagan sus necesidades de alimento, calor y ternura humana y que se establezcan rutinas fijas para su cuidado. En cambio, después de que el niño establece un vínculo afectivo con su madre, los cuidados que otras personas le proporcionen no pueden compensar la ausencia de la madre de manera adecuada. Esto ocurre aproximadamente a partir de los 6 y 7 meses (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

El bebé muestra disgusto cuando su madre no está con él, y rechaza las atenciones de los extraños. Sus reacciones pueden variar desde pequeños accesos de llanto hasta períodos de verdadero terror y depresión. (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

Los niños de brazos no pueden entender, y no lo aprenderán antes de varios meses, que las personas amadas continúan existiendo cuando ya no están a la vista. Este hecho plantea un difícil problema en los casos en que los padres no pueden acompañar a un niño pequeño en su hospitalización (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

Los padres y el personal deben trabajar juntos para reducir al mínimo las dificultades. Ciertamente que se deben propiciar las visitas frecuentes y regulares, de manera que aún durante la enfermedad se mantengan las relaciones de familia y los padres sientan que se están ocupando de su hijo. Las responsabilidades del personal aumenta cuando no se cuenta con una figura paterna estable. Aunque las visitas frecuentes de los padres, con sus consecuentes problemas, causan algunas molestias, los resultados valen la pena. El personal necesita mucho apoyo para tolerar las constantes reacciones de protesta de los niños. Los bebés tienen mayor necesidad de que los cuide un personal estable, a fin de irle tomando confianza (sentir que sus necesidades serán satisfechas). (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

Un bebé tendrá menos miedo de los extraños si se dan oportunidades de ver al personal médico como gente que no le hace daño. (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

Es necesario que los niños hospitalizados con quemaduras sean atendidos por un equipo multidisciplinario formado por varios profesionales, como enfermeras, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, trabajadores sociales, nutriólogos, psicólogos, cirujanos y pediatras. Otros miembros pueden incluir maestros de escuela; terapeutas para juegos, según las necesidades del niño. (Achavor, B. 1988).

Los niños de dos a cuatro años son más susceptibles a la ansiedad, que se produce durante la hospitalización. Debido a su nivel de desarrollo, carecen de sofisticación cognoscitiva para comprender su enfermedad y la hospitalización resultante, así como de la madurez necesaria para la separación. La carencia de experiencias y la necesidad de seguridad hacen más difícil la adaptación a la situación nueva del hospital. El niño puede regresar hasta el grado de no jugar, hasta que se reemplace la relación de amor y se retire la amenaza a su yo. Estos niños se aferran a sus madres y lloran llenos de pánico cuando éstas se van. No sólo puede haber regresiones del nivel de desarrollo, sino una detención del mismo. Los niños pueden mostrarse vacilantes para aproximarse a un adulto o a otros niños (Schaefer, C.E.; O'Connor, K.J. 1988).

Para los niños una separación repentina y prolongada puede ser abrumadora. Como estos niños pequeños no tienen concepto del tiempo, unas cuantas horas pueden parecerles una eternidad. Lo único que consuela a estos niños es la presencia real de los padres (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

Los niños de cuatro a siete años ya no sufren al mismo grado la ansiedad de separación de los más pequeños, sin embargo, se preocupan sobre las mutilaciones de sus cuerpos. Socialmente son más activos con los demás niños, pero aún demuestran preocupaciones acerca de la relación con los adultos. Los aspectos de autoridad se agudizan a medida que tratan de obtener cierta medida de control sobre sus vidas, y de manera continua prueban los límites. El desarrollo cognoscitivo aún no es suficiente para que comprendan la necesidad de los procedimientos médicos. A pesar de que ya no se angustian tanto con la separación, experimentan ira ante las injusticias percibidas y agresión contra su cuerpo. Esta ira puede reprimirse por la amenaza de que si la expresan permanecerán más tiempo hospitalizados o que les

pondrán más inyecciones. Otros niños sin estas limitaciones pueden volverse muy activos (Schaefer, C.E.; O'Connor, K.J. 1988).

Los conceptos de los niños sobre su dolor y enfermedad pueden estar distorsionados y conducir a la confusión, miedo, y culpa. El niño puede sentir su enfermedad como un suceso relacionado con algo malo que ha hecho. Puede sentir la hospitalización como un castigo por "mala conducta" e incluso por "malos pensamientos". Los padres juegan un papel muy importante en como se siente el niño ante la hospitalización, ya que en ocasiones son ellos favorecen ese tipo de pensamientos en el niño.

En los hospitales se crea un ambiente que a menudo no permite la libre expresión de los sentimientos de los niños (Linn, 1978). Si un niño supone que su enfermedad y confinamiento hospitalario es el resultado de alguna conducta negativa, puede rehusarse a mostrar sentimientos negativos por temor a castigos posteriores. El niño necesita una oportunidad para expresar sus sentimientos y obtener una comprensión más clara. Se siente inhibido por la rutina del hospital además del poder de los profesionales de la salud, quienes pueden producir más dolor. En este ambiente diferente, el niño puede tener dificultad para confiar lo suficiente en un adulto extraño así como para expresar un pensamiento secreto o sentimiento reprimido. Este problema aumenta debido al breve contacto que tiene el niño con el personal del hospital, lo que ocasiona mayor dificultad para que el niño se desenvuelva lentamente, que desarrolle una consciencia de sentimientos, una necesidad de expresarlos, y que se produzca una relación de confianza a través de la cual pueda expresar dichos sentimientos. (Schaefer, C.E.; O'Connor, K.J. 1988).

La hospitalización crea en el niño una situación de experiencias nuevas y de una gran cantidad de información, que debe asimilarse rápidamente. La mayoría de los niños requiere de más tiempo para comprender lo que sucede y no son suficientes las pocas horas que toma el proceso de admisión. Puede obtenerse un beneficio mayor cuando los niños pueden emplear todos sus sentidos para tratar de comprender el equipo médico que se utilizará; las habitaciones en las que estará, cómo se sirven los alimentos, cómo se utilizan los baños y los detalles de los procedimientos médicos.

El contacto físico con los instrumentos como: estetoscopio, abatelenguas y jeringas pueden agilizar el proceso de asimilación y ayuda a contestar preguntas cargadas de emoción. (Schaefer, C.E.; O'Connor, K.J. 1988).

Es importante estar pendiente del estado físico y emocional del menor, ya que al permanecer hospitalizado, el niño tiene un decremento de las defensas de su sistema inmunológico, el cual se ve afectado, ya que el paciente se encuentra propenso a sufrir cualquier tipo de complicación, ya sea de tipo infeccioso o álmico, pues los niños al ser cambiados bruscamente de su ambiente familiar tienen que adaptarse a su nuevo ambiente el cual es muy estresante y poco gratificante. Por tal motivo es necesario que la familia del paciente le brinde el apoyo necesario, así como expresiones de afecto que ayudarán al menor a sobrellevar su hospitalización. De lo contrario sufrirla de lo que se considera como hospitalismo que es la enfermedad psíquica que se observa en los niños durante un tiempo prolongado, debido a la carencia de afecto familiar.

La investigación sobre el efecto de la hospitalización en niños han establecidos que las respuestas emocionales de los menores son: ansiedad de separación, regresión, ira, miedo y depresión. De igual manera la conducta de los niños quemados aunque similar a la observada en otros niños hospitalizados, al parecer es más extrema. Al trauma de la muy dolorosa lesión, se agrega el alejar al niño de su ambiente familiar y la interrupción de su rutina diarias lo cuales los deja confundidos y emocionalmente agotados. (Bendlin, A. 1993).

La respuesta ante la hospitalización se relaciona con el estado de desarrollo del niño. Los lactantes y los preescolares reaccionan con ansiedad ante la separación y durante la ausencia de los padres se muestran agitados. (Bendlin, A. 1993).

Una de las maneras de profundizar la comprensión de los individuos y de las familias es conocer sus antecedentes culturales. Muchas familias reaccionan al stress de la enfermedad de acuerdo con su herencia genética y social. Estas reacciones afectan al niño y también al personal del hospital. (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

La atmósfera en los hogares de bajo nivel socioeconómico no sólo propicia una mayor incidencia y prevalencia de enfermedad, sino que también obstaculiza el logro de éxitos escolares y de sociabilidad. En vista de que a los hospitales acude mucha gente culturalmente muy pobre, es importante conocer bien la trascendencia de este factor. Se describen cinco clases de gentes que se pueden definir fácilmente por su lugar de residencia, ocupación y escolaridad del jefe de familia. Cada clase tiene, además, rasgos culturales que las definen, clasifican y determinan. (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

La estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos proposiciones principales:

- a) La supremacía indiscutible del padre, y
- b) El necesario y absoluto autosacrificio de la madre.

En la cultura mexicana, el papel de la madre ha adquirido su adecuada expresión en el término "abnegación" que significa, la negación absoluta de toda satisfacción egoísta. Estas proposiciones fundamentales de la familia mexicana parecen derivar de orientaciones valorativas "existenciales" implicadas en la cultura mexicana. En nuestra cultura producto del mestizaje del conquistador español y la mujer indígena es importante la superioridad autoritaria indudable, biológica y social, del hombre sobre la mujer.

Los papeles desempeñados por los miembros de la familia mexicana se derivan inevitablemente del ambiente sociocultural. En el seno de la familia mexicana existen ya en forma activa ya implícitas una serie de expectativas o anticipaciones específicas. En México es más grave el apremio "debe ser niño".

En México los papeles designados a cada miembro de la familia se designan conforme al sexo, ya que a las mujeres principalmente se les atribuye el rol de amas de casa, las cuales se deben dedicar al cuidado y la crianza de los hijos, no teniendo la oportunidad de desenvolverse personal y profesionalmente, ya que al hombre es a quien se le atribuye el papel de jefe de la familia, pues es quien se encarga de trabajar para mantener a la familia, además de ser quien tiene la mayor autoridad sobre todos los miembros. Aunque nada sabe o quiere saber acerca de lo que suceda en su casa.

Sólo demanda que todos lo obedezcan y que su autoridad sea indiscutible.

La familia con pensamiento mágico

La familia que utiliza el pensamiento mágico para sobrellevar una pena, puede considerar la enfermedad como un presagio de desgracias futuras, como una señal del enojo divino o de la mala suerte. Basado en una gran desconfianza de la cultura de la mayoría, este modo de pensar de la familia aumenta los temores (especialmente relacionados con la muerte) del niño hospitalizado y acrecienta su desconfianza hacia los extraños, representados por el personal médico y de enfermería. El niño busca afanosamente emblemas y objetos que lo protejan de males futuros (tales objetos pueden ser escapularios, talismanes e imágenes de santos). Hay poca tendencia al pensamiento abstracto. El niño suele rezar a ciertos protectores secretos o no secretos pidiéndoles que lo protejan. El personal hospitalario debe tener especial cuidado de que estas familias no escuchen retazos de pláticas médicas alarmantes y puedan distorsionar. (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

Los padres en estas familias a menudo son dóciles y pueriles. Piden instrucciones detalladas, que siguen con reverencia. Todo lo que se les diga debe ser muy claro. Estos padres se sienten mejor cuando pueden hablar directamente con el doctor y hacerle preguntas aunque también suelen recurrir a consejos de curanderos y remedios caseros. (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

La familia de pobre cultura

La familia de pobre cultura se caracteriza por un punto de vista fatalista, orientado al presente. Los papeles de los hombres y mujeres están rígidamente definidos. Se desconfía de los extraños, cuyo comportamiento es considerado impredecible y es juzgado sobre su impacto inmediato. La poca estima propia de estas familias las hace dudar de sus capacidades de superación. Generalmente la comunicación verbal es limitada; hay actitudes pasivas en lo que respecta a dominar nuevas experiencias, y gran ignorancia de la fisiología del cuerpo. La madre es el guardián de la familia y el padre a menudo está ausente. Cuando está presente puede ser áspero en sus interacciones dentro de la familia. Ambos padres tienen humores volubles. (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

Graves conflictos maritales y trastornos familiares frecuentes van aparejados con un nivel educacional bajo, y reina la desunión entre los miembros de la familia. Hay una actitud derrotista ante el futuro. Generalmente usan métodos opresivos en la crianza de sus hijos, a los que los niños pueden someterse, rebelarse o retraerse dependiendo de su edad. Sin una autoridad bien definida, esta gente se siente angustiada en una situación de stress que sale de lo cotidiano y se muestra defensivamente hostil. No están acostumbrados a una forma democrática, compartida, de tratamiento. (Petrillo, M., Sanger, S. 1975).

Los niños que crecen en este ambiente se comportan de manera impulsiva, sin preocuparse por las consecuencias de sus acciones. A menudo proyectan la culpa sobre otras personas, y no ven el papel que ellos desempeñan en la situación; uno de sus principales objetivos es evitar que "los agarren". Cuando los niños molestan a sus padres son castigados con dureza o puestos en ridículo. Los padres creen que el comportamiento se corrige más por la fuerza que por el convencimiento, y favorecen y combaten alternativamente la iniciativa de los hijos. Debido a sus desilusiones previas y a su introyección con modelos de identificación que evitan todo lo inesperado, estos niños son rehacios a cualquier experiencia desusual, cualquiera novedad produce en ellos una actitud ansiosa y agresiva. En realidad, la exposición continua a cambios violentos de ambiente impide una adaptación paulatina libre de angustia. En consecuencia, estos niños sienten fácilmente pánico como se demuestra por su hiperactividad.

La familia sobreprotectora

La familia sobreprotectora, ambiciosa, accede a todos los caprichos del niño y lo hace sentir que se lo merece todo. Muchas veces los padres, a base de sacrificio personal, viven para un futuro en el que su hijo recompensará sus afanes. El niño como el portaestandarte de la familia, personifica todas sus esperanzas de una mejor y más perfecta imagen de sí mismo. A pesar de que esta familia parece estar concentrada en el hijo, ya que a niño "se le da todo", en realidad está orientada hacia una ambición personal. En el hospital, los padres confunden sus propias necesidades y las de su

hijo, al esperar una curación rápida, para que el pequeño pueda reanudar la carrera de competencia que para ellos constituye la vida. Esta actitud los lleva con frecuencia a hacer preguntas al personal, para asegurarse de que su inversión a futuro no está en peligro. Hay una latente hostilidad hacia el niños por estar enfermo e interferir con los planes de sus éxitos.

CAPITULO II

RELACIÓN MADRE-HIJO

2.1.- VÍNCULO AFECTIVO ENTRE MADRE E HIJO

Anteriormente se afirmaba que la razón por la cual un niño desarrolla un estrecho vínculo con su madre radica en que ella lo alimenta. Se postulan dos tipos de vías, primaria y secundaria. Se considera el alimento como la vía primaria; la relación personal, calificada de "dependencia", como secundaria. Por tal motivo es importante hacer una diferenciación entre los conceptos "dependencia" y "vínculo afectivo". (Bowlby, John 1989).

El niño elabora un vínculo afectivo con la madre porque depende de ella como fuente de gratificación fisiológica. Muy distinto es depender de una figura materna, que sentirse apegado o unido a ella por un vínculo de afecto. Por ejemplo, durante las primeras semanas de vida el bebé sin duda depende de los cuidados de la madre, pero todavía no ha desarrollado un vínculo de afecto que lo una a ella. Por el contrario, un niño de dos o tres años, puesto al cuidado de extraños, puede dar claros signos de que continúa unido afectivamente a la madre, aunque en ese momento no dependa de ella. (Bowlby, John 1989).

El término vínculo de afecto, hace referencia a una forma de conducta y es puramente descriptivo. Mientras la dependencia es absoluta en el momento del nacimiento y disminuye más o menos gradualmente hasta la madurez, el vínculo afectivo no se ha forjado al nacer y sólo se pone en evidencia después de seis meses de vida. Por lo tanto se habla del vínculo de afecto como sistema de conducta con sus propias pautas de organización interna, y que cumple su propia función. (Bowlby, John 1990).

Para comprender la respuesta del niño al separarse o perder a la figura materna es preciso entender también el vínculo que lo ata a esta figura. Los psicoanalistas han coincidido en que las primeras relaciones humanas que entabla el niño sientan la base de su personalidad. Si bien en la actualidad puede darse por sentado un hecho empírico: que antes de transcurridos los doce primeros meses de vida el niño ha

desarrollado un fuerte vínculo de afecto con una figura materna, no existe consenso alguno sobre la rapidez con que se forma ese vínculo, los procesos que permiten mantenerlo, su duración o la función que cumple. (Bowlby, John 1990)

En la literatura psicoanalítica y obras de psicología en general suelen postularse diversas teorías fundamentales referentes a la naturaleza y origen de los vínculos infantiles .

Estas teorías son :

a) La teoría más difundida es la del impulso primario de Freud, que menciona que el amor tiene su origen en el vínculo afectivo que crea la necesidad satisfecha de alimentos y probablemente la situación de alimentarse permita al niño desarrollar el gusto por la compañía de otros. (Bowlby John 1990)

b) El niño tiene una serie de necesidades fisiológicas que deben satisfacerse (en especial, la necesidad de recibir alimento y calor). El hecho de que el bebé se interese por una figura humana (en especial, la madre) con la cual se crea un vínculo de afecto, se debe a que ella satisface sus necesidades fisiológicas, y el pequeño aprende, a su debido tiempo, que la madre constituye la fuente de su gratificación. A esa teoría se le denomina "teoría del impulso secundario", término que deriva de la teoría del aprendizaje. También se le ha denominado teoría del "amor interesado" de las relaciones objetales. (Bowlby John 1990)

c) En los infantes existe una propensión innata a entrar en contacto con el pecho materno, succionarlo y poseerlo oralmente. A su debido tiempo el bebé aprende que ese pecho pertenece a la madre, por lo cual se apega a ella. A esta teoría se le denomina "teoría del objeto primario" de Melanie Klein.

d) En los infantes existe una propensión innata a entablar contacto con otros seres humanos y apegarse a ellos. En este sentido existe en ellos una "necesidad" de un objeto independientemente de la comida, necesidad que, sin embargo, posee un carácter tan primario como la de alimento y calor . A esta teoría se le denomina "teoría de apego a un objeto primario " (Fairbairn).

Otra teoría que nos habla del vínculo entre madre e hijo es la teoría de la conducta instintiva, (Lorenz) la cual postula, que el vínculo que une al niño con su

madre es producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta en las cuales la proximidad con la madre es una consecuencia predecible. Como en el bebé la ontogenia de esos sistemas es sumamente lenta y compleja, y el índice de desarrollo varía en gran medida de un niño a otro, no es posible elaborar una teoría simplista acerca de los progresos realizados durante el primer año de vida. Una vez iniciado el segundo año de vida, período en el que el niño adquiere una mayor movilidad, se aprecia mejor el vínculo afectivo que ha creado con la madre. La conducta afectiva que ha desarrollado el niño es muy importante, ya que permite su socialización y la relación con su mundo circundante. (Bowlby John 1990)

La teoría del impulso secundario sostiene que el individuo desarrolla su gusto por la compañía de otros miembros de su especie como consecuencia del hecho de ser alimentado por ellos.

Dollard y Miller en 1950 mencionan que probablemente la experiencia de alimento brinde al niño la oportunidad de aprender a hallarse a gusto en compañía de terceros; o sea, que puede sentar las bases de su sociabilidad. Freud menciona que la razón por la cual el bebé de brazos desea percibir la presencia de la madre reside simplemente en que ya sabe, por experiencia, que aquella puede satisfacer todas sus necesidades sin demora; además el amor tiene su origen en la conducta de apego derivada de su necesidad satisfecha de comida. (Bowlby, John 1990)

Se pensaba que los niños aprenden a asociar la cercanía del cuidador con la reducción del impulso primario, entre ellos el del hambre. (Bowlby, John 1990)

Una serie de experimentos realizados por varios investigadores pusieron las bases para dar una explicación más amplia de cómo los seres humanos desarrollamos un vínculo afectivo. Los experimentos de Harry Harlow con los monos Rhesus trataban de verificar la teoría del impulso secundario. En una serie de experimentos en los que se separaba a los monos de la madre al nacer, se les suministró modelos de madres que consistían en un cilindro hecho de alambre o un cilindro similar cubierto de un paño suave. Recibían su alimentación de una botella que podía colocarse en cualquiera de los dos modelos. Esto permitió efectuar una evaluación por separado de los efectos de la comida y de un objeto suave al que pudiera aferrarse. Todos los

experimentos demostraron que el contacto establecido en virtud de la calidez o suavidad del modelo, inducían a desarrollar una conducta afectiva en tanto que no ocurría así en el caso tan sólo de los alimentos. (Bowlby, John 1990)

Es por ello que los pequeños gozan con la compañía de otros seres humanos. Incluso durante los primeros días de vida los bebés son reconfortados por medio de la interacción social, que incluye actos tales como el de levantarlo en brazos, hablarles o acariciarlos, y muy pronto comienzan a disfrutar observando a las personas cuando un adulto responde con una conducta estrictamente social. (Bowlby, John 1990)

FASES DE DESARROLLO DEL VÍNCULO DE AFECTO

Al nacer el bebé se halla equipado con una serie de sistemas de conducta listos para entrar en actividad, y cada sistema ya se halla orientado de tal manera que lo activan ciertos estímulos encuadrados dentro de una o más categorías amplias, lo interrumpen sistemas que también entran dentro de categorías amplias y lo refuerzan o debilitan ulteriores sistemas de tipos diferentes. Entre ellos se cuentan ya determinados sistemas que sientan las bases para el posterior desarrollo de la conducta de apego: por ejemplo el llanto, la succión, la conducta de aprehensión y la orientación del recién nacido. A estos se agregan, pocas semanas después, la sonrisa y el balbuceo y, transcurridos algunos meses, el gatear y el caminar. (Daniel Stern 1985)

FASE 1: ORIENTACIÓN Y SEÑALES SIN DISCRIMINACIÓN DE LA FIGURA

Durante esta fase el bebé se comporta de manera característica hacia el resto de la gente, pero su habilidad para distinguir a una persona de otra es nula o sumamente limitada; por ejemplo, puede discriminar principalmente por estímulos auditivos. Esa fase dura desde el nacimiento hasta, por lo menos, las ocho semanas de edad, o, más a menudo, hasta las doce semanas aproximadamente; si las condiciones son desfavorables, puede prolongarse un tiempo mayor. (Bowlby, John 1990)

El modo en que el bebé se comporta hacia cualquier persona de las

inmediaciones comprende su orientación hacia esa persona, movimientos oculares de seguimiento, aprehensión y alzamiento, sonrisas y balbuceo. A menudo aquél deja de llorar al oír una voz o ver un rostro. Cada una de estas pautas de conducta infantil, al influir sobre la conducta del acompañante, suele inducir sobre el tiempo en que el bebé pasa en compañía de esa persona. Después de las doce semanas, aproximadamente, aumenta la intensidad de esas respuestas amistosas. De allí en adelante el bebé suministra "una respuesta social plena, con toda la espontaneidad, vivacidad y deleite que la caracteriza" (Rheingold. 1961 citado por Bowlby).

FASE 2: ORIENTACIÓN Y SEÑALES DIRIGIDAS HACIA UNA O MAS FIGURAS DISCRIMINADAS

Durante esta fase el bebé sigue comportándose hacia el resto de la gente de la misma manera amistosa, pero esa conducta es más notoria en relación con la figura materna que en relación con las demás personas. La capacidad de respuesta diferencial ante los estímulos auditivos rara vez se observa antes de las cuatro semanas de vida, aproximadamente, y muy difícilmente antes de las diez semanas en relación con los estímulos visuales. En la mayoría de los bebés criados en el seno de una familia, ambas pautas son bien evidentes a partir de las doce semanas de vida. Esta fase dura hasta alrededor de los seis meses de edad.

FASE 3: MANTENIMIENTO DE LA PROXIMIDAD CON UNA FIGURA DISCRIMINADA POR MEDIO DE LA LOCOMOCION Y DE SEÑALES

Durante esta fase el bebé no sólo discrimina cada vez más el modo de tratar a la gente, sino que su repertorio de respuesta se extiende hasta incluir el seguimiento de la madre que se aleja, el saludo a su regreso y la elección de ese figure como base desde la cual explorar. Van desapareciendo las respuestas amistosas y poco discriminadas para con el resto de la gente. Se elige a determinadas personas como figuras subsidiarias, en tanto que se descarta a otras. El niño trata con mayor cautela a los extraños, los cuales, más tarde o más temprano, provocan en él una sensación de alarma, haciendo que se aparte de ellos (Bowlby, John 1990).

Durante esta fase algunos de los sistemas que determinan la conducta del hijo para con la madre se organizan de tal manera que facilitan la corrección de los objetivos propuestos. En estos casos el apego del pequeño hacia la figura materna es bien visible para todo el mundo (Bowlby, John 1990).

La fase 3 por lo común se inicia entre los seis y los siete meses de edad, pero puede postergarse hasta después del primer año, en particular en los bebés que tienen escaso contacto con una figura central. Probablemente se prolonga durante el segundo y tercer año de vida (Bowlby, John 1990).

FASE 4: FORMACIÓN DE UNA PAREJA CON CORRECCIÓN DE OBJETIVOS

Durante la fase 3 el pequeño comienza a mantener la proximidad con la figura de afecto por medio de sistemas con corrección de objetivos de organización simple, utilizando un mapa cognitivo más o menos primitivo. Dentro de este mapa la propia figura materna comienza a concebirse, más tarde o más temprano, como un objeto independiente, que persiste en el tiempo y en el espacio y se mueve de manera más o menos previsible en un continuo espacio-temporal. Todavía le resulta difícil comprender que la conducta materna se organiza en torno a las propias metas prefijadas de la progenitora, las cuales son numerosas y hasta cierto punto conflictivas, pues debe inferir cuáles son esas metas para actuar en concordancia. (Bowlby, John 1990)

El niño va adquiriendo cierta comprensión de los sentimientos y motivaciones que mueven a la madre. Una vez logrado esto, se prepara el terreno para desarrollar una relación más compleja entre madre e hijo, una relación de "pareja" o "sociedad". Su desarrollo es alrededor de los tres años, o después de esa edad. (Bowlby, John 1990)

Al nacer el bebé, o poco después del nacimiento, ya han entrado en funcionamiento todos los sistemas sensoriales. Aunque durante los tres o cuatro primeros meses de vida sus capacidades de discriminación es todavía relativamente pobre. Desde los primeros días de vida el bebé puede fijar la vista en un punto luminoso y seguirlo durante un breve tiempo; por otra parte, en el término de unas

pocas semanas también desarrolla una visión de figuras o contornos. Puede distinguir olores, y a las tres o cuatro semanas de vida se muestra capaz de responder de manera diferenciada ante sonidos diferentes (Bowlby, John 1990).

Es posible determinar en qué medida el bebé puede discriminar entre estímulos diferentes observando si responde o no de manera diferenciada al cambiarse esos estímulos. Algunos sonidos, por ejemplo, hacen que rompa a llorar en tanto que otros lo apaciguan; presta considerable grado de atención a determinados objetos, y mucho menos a otros. Algunos sabores producen en él movimientos de succión y una expresión de alegría; otros le provocan rechazo y adopta una expresión de disgusto. Por medio de estas respuestas diferenciadas evidentemente el niño ejerce considerable influencia sobre los estímulos sensoriales que llegan a él, intensifica algunos en gran medida, reduce a la nada otros. Tal como se lo ha verificado repetidamente, esas tendencias intrínsecas favorecen el desarrollo de la interacción social. (Bowlby, John 1990)

Es preciso tener en cuenta el repertorio perceptual del bebé y el modo en que tiende a orientarlo hacia la figura materna, permitiéndole familiarizarse con ella. Su equipo efector, en especial manos y pies, cabeza y boca, con los cuales llegada la ocasión, suele entrar en contacto con esa figura. Su equipo de señales: llanto y sonrisas, balbuceo y gestos con los brazos, que ejercen un efecto tan llamativo sobre los movimientos de la madre y el modo en que ésta trata al hijo. Al considerar cada uno de estos elementos se presta especial atención al curso que sigue su desarrollo durante los primeros meses de vida, período en que el bebé todavía se halla en la primera fase de la evaluación de la conducta afectiva, lo cual ayuda al niño tener un apego con la madre.

2.2.- APEGO SEGURO.

Desde la mitad de la década de 1960, muchos psicólogos como Bowlby, René Spitz, Mary Ainsworth y otros han aplicado el término apego al proceso de la aparición de la primera relación entre el niño y la madre o cuidador. Se caracteriza por una fuerte interdependencia, por sentimientos mutuos de gran intensidad y por vínculos emocionales profundos.

Los apegos, lo mismo que las pérdidas o separaciones, en realidad se producen y nos afectan a lo largo de toda la vida. Sin embargo, el primer apego del niño pasa por varias fases que ponen los cimientos del desarrollo de las relaciones posteriores del niño. El apego incluye una serie típica de procesos a medida que el niño pasa de la consciencia inicial a la adquisición de confianza y seguridad en el cuidador. Más tarde, una serie igualmente típica de hechos tiene lugar en respuesta a la pérdida de relación. Esas primeras respuestas ante el apego y la pérdida constituyen el fundamento de las relaciones futuras, tanto las que se establecen con personas de la misma edad como con parientes, otros adultos, con el cónyuge o con la persona amada. (Grace Craig 1988)

La psicóloga Mary Ainsworth en 1973 define las "conductas de apego" como aquellas que fundamentalmente favorecen la cercanía con determinada persona a la cual el lactante se siente vinculado.

Durante muchos años los psicólogos del desarrollo pensaban que los lactantes formaban apego con sus cuidadores sólo porque éstos les satisfacían sus necesidades. Se pensaba que los niños aprenden a asociar la cercanía del cuidador con la reducción de los impulsos primarios, entre ellos el del hambre. La investigación realizada principalmente en animales indica hoy que eso es solamente una parte de la verdad. (Grace Craig 1988)

El niño pasa por etapas de crecimiento emocional y social que culminan en el sólido establecimiento de esa primera relación. Ainsworth ha trazado la evolución de cómo se va formando el apego, tomando en cuenta sus investigaciones realizadas con niños de Estados Unidos y Uganda.

Ainsworth ha descrito tres etapas fundamentales. La primera se caracteriza por un aumento en la sensibilidad social. Durante los dos o tres primeros meses de vida, el niño se sirve de las conductas de expresión y orientación (llanto, vocalizaciones, seguimiento visual) para establecer contacto con otros. En esta etapa el niño no distingue entre los cuidadores primarios y otras personas, reaccionando ante todos en forma muy parecida. Tampoco ha descubierto todavía las diferencias de respuestas y atención entre los varios seres humanos que lo rodean. Entre los 3 y 6 meses,

reconoce las figuras familiares y dirige más su atención hacia los cuidadores importantes que hacia los extraños.

La segunda etapa, la búsqueda activa de proximidad, principia hacia los 7 meses y abarca hasta el segundo año. Los lactantes adquieren la capacidad de ejecutar alguna forma de locomoción. Pueden extender los brazos para que los suban, asirse o abrazarse de alguien y, en forma más eficaz, saludar o llamar. El niño busca activamente el contacto con el cuidador, lo mantiene más eficazmente y muestra resistencia frente a los extraños y ante la separación. La calidad del apego con el cuidador influye en el desarrollo posterior de la personalidad del niño.

La tercera etapa es la considerada "comportamiento de reciprocidad", en la cual el niño advierte que su madre o el sustituto materno es una persona individual a él. En esta etapa los niños son capaces de participar en la creación de una satisfactoria relación de reciprocidad con su madre o cuidador. El menor trata de averiguar lo que éste espera de ellos y luego modifica su conducta para que corresponda a los deseos del otro.

El desarrollo satisfactorio de la conducta afectiva es importante para la salud mental. Las condiciones que probablemente contribuyan a determinar si se desarrolló o no un vínculo de afecto hacia una figura determinada incluyen: a) la sensibilidad de esa figura al responder a las señales del bebé; b) la intensidad y naturaleza de la interacción entre la pareja. Es evidente que las pautas de conducta específicas que adopta la conducta de apego de un niño depende, en parte, de las tendencias intrínsecas de la madre e hijo, que influyen en su relación, y, en parte, del modo en que cada una de ellas afecta a las otras en el curso de su desarrollo. (Bowlby, John 1990).

Cuando el bebé está solo con la madre, en un lugar desconocido, los pequeños se dedican a explorar activamente la situación nueva a la vez que vigilan a la madre. (Bowlby, John 1990).

Un factor que Ainsworth halla de particular utilidad es el de la seguridad del vínculo afectivo del niño. Ainsworth clasifica como lleno de seguridad al niño de doce meses que en una situación extraña puede explorar con bastante libertad, utilizando

a su madre como base segura, que tiene idea segura del paradero de la madre durante su ausencia y que la saluda a su regreso; no importa que la ausencia temporaria de la madre le produzca preocupación o que pueda soportar su ausencia, no demasiado prolongada, sin manifestar inquietud. En el extremo opuesto se clasifican los inseguros de sus afectos; aquellos que no inician una conducta exploratoria incluso cuando la madre se halla presente, que experimentan profunda alarma ante la aparición de un extraño, que se muestran totalmente desorientados e impotentes en ausencia de la madre y que, a su regreso, tal vez no la saludan (Bowlby, John 1990).

El valor del factor seguridad-inseguridad, puntualizado por Ainsworth, es reafirmado por su descubrimiento de que los niños que en la situación experimental representan casos extremos también suelen mostrarse contentos y activos en su hogar, siempre que la madre esté relativamente cerca; lloran únicamente cuando se sienten mal o les duele algo, o cuando la madre se halla ausente. Por el contrario, el niño que se muestra inseguro en el ambiente experimental suele mostrarse inactivo y caprichoso en su hogar, incluso en presencia de la madre, y llora a menudo y con facilidad. (Bowlby, John 1990)

Ese factor parece hacer clara referencia a la misma característica de la infancia a la que Benedek (1938) denomina "relación de confianza", Klein (1948) "introyección del objeto bueno" y Erikson (1950) "confianza básica". (Bowlby, John 1990)

Un niño puede tener una relación segura con la madre pero no con el padre o viceversa, o puede tenerla con ambos o con ninguno. Se ha demostrado que los niños que tienen una relación segura con ambos padres son más seguros de sí mismos y más aptos; que los que no tienen una relación segura con ninguno de los dos, no lo son en absoluto, y aquellos que tienen una relación segura con algún progenitor y con el otro no se encuentran en un punto intermedio.

Dado que existen indicios de que la pauta de apego que un niño no dañado en el momento del nacimiento, desarrolla con su madre, es el producto de cómo lo ha tratado ella, siendo probable que de manera similar, la pauta que desarrolle con su padre sea el producto de cómo lo ha tratado éste.

Es evidente que para que un progenitor se comporte de una manera corriente

y sensible son necesarios un tiempo adecuado y una atmósfera relajada. Es aquí donde el progenitor, en especial la madre, que por lo general soporta la mayor parte de la crianza durante los primeros meses o años, necesitan toda la ayuda posible, no con el cuidado del bebé, -que es su tarea-, sino en los quehaceres domésticos y en su satisfacción emocional. Los niños cuyas madres responden sensiblemente a las señales del bebé y proporcionan un contacto físico reconfortante, son los que responden más fácil adecuadamente a la aflicción de los otros. Además, con no poca frecuencia, lo que un niño hace en tales circunstancias es una réplica de lo que ha visto y experimentado con su madre. (Bowlby John 1989).

La conducta afectiva del pequeño es tan sólo uno de los muchos elementos que integran el sistema más amplio de interacciones entre madre e hijo.

2.3.- INTERACCIÓN MADRE E HIJO

La posibilidad de que exista una relación única y especial que se ha dado en llamar unión o vínculo entre madre e hijo, constituye una de las más misteriosas incógnitas sobre el comportamiento de ambos después del parto. La idea de que esta relación pudiere existir y ser estudiada surgió a raíz de los trabajos realizados sobre el comportamiento de los animales y de los estudios del psiquiatra inglés John Bowlby sobre los efectos que la separación física de sus padres produce sobre los niños que se encuentran en las instituciones. (A. Macfarlane 1978)

Se ha observado que incluso al nacer, y durante los primeros días, los niños den muestra de una muy amplia gama de acciones espontáneas. En ellas se inscriben la succión y el hacer muecas con la boca, sonreír (estas primeras sonrisas son endógenas, y no se deben a estímulos del mundo exterior), erección en los verones, hipo, eructo, deposición, movimiento de brazos y piernas, y llanto. Hay también formas de comportamiento que responden más directamente a cambios del entorno; entre éstas destacan el seguir a las caras con los ojos, volver la cabeza hacia un sonido, retirar la pierna cuando se pincha un talón, sobresaltarse con los ruidos fuertes, tranquilizarse cuando lo cogen en brazos, y así sucesivamente. (A. Macfarlane 1978)

Se ha hecho la sugerencia de que hay ciertos rasgos que entusiasman a todas las madres del mundo en el período que sigue inmediatamente al nacimiento. Entre éstos podrían contarse el ver al niño indefenso, su llanto, o su aspecto físico. En un estudio que realizaron. Howard Moss y Kenneth Robson observaron que la mayoría de las mujeres manifestaron tener sentimientos extraños y de poca familiaridad hacia sus hijos, los cuales persistieron por lo menos a lo largo de las primeras semanas de vida. Cuando se les preguntaba a la madre cuándo sintió amor hacia el niño por primera vez, cuándo comenzó a no sentirse extraña con su hijo y cuándo el niño se había convertido para ella en una persona, muchas respondían algo relacionado con el mirar del niño como si ya reconociera los objetos que tenía a su alrededor. (A. Macfarlane 1978)

John Newson plantea que "el pequeño humano está previamente programado para emitir señales y que estas señales son de un tipo tal que la madre no puede evitar hacer caso de ellas. De la misma forma tiende también a dotarlas de cierta significación social". También es factible deducir que el comportamiento de la madre depende en gran parte del de su hijo y que un simple examen del modo de actuar materno podría darnos una impresión equivocada de sus verdaderos sentimientos. Los trabajos de Luis Sander indican también cómo la madre y el hijo empiezan por actuar de forma bastante independiente sin sincronizar al principio su comportamiento, y es al cabo de las primeras semanas, de una manera gradual, cuando acaban por acostumbrarse mutuamente a sus hábitos. (A. Macfarlane 1978)

La existencia de la madre su sola presencia, actúa como un estímulo para las respuestas del infante; su acción más pequeña aún cuando sea ésta insignificante, hasta cuando no esté relacionada con el pequeño, actúa como estímulo. Dentro del marco de las relaciones objetales, esas actividades de la madre, que provocan respuestas observables del infante, son las formas más toscas y más fácilmente dotadas del intercambio del estímulo dentro de la diada. Durante el primer año de vida, las experiencias y las acciones son probablemente las que ejercen aisladamente una influencia más importante en el desarrollo de los diversos sectores de la personalidad del infante. Este extrae placer del proceso de la descarga de sus impulsos instintuales en forma de acciones (Spitz R. 1965).

Un factor de reforzamiento es aquel acto del infante que agrada a la madre y es favorecido por ella; y de eso se sigue que sus preferencias tendrán una influencia directa sobre el desarrollo. Si su actitud es maternal y tierna, disfrutará en realidad con todos los actos del bebé. La comunicación entre madre e hijo, durante los primeros seis meses de vida y hasta a fines del primer año también, se produce en un nivel no verbal, utilizando dispositivos comparables a aquellos que prevalecen en el mundo animal. En el neonato, sus vocalizaciones son la expresión de poderosos procesos internos y no están dirigidas a nadie. (Spitz R. 1965)

La primera exposición del lactante al mundo humano consiste simplemente en aquello que la madre hace con su cara, su voz, su cuerpo y sus manos. La corriente de sus actos proporciona al lactante su experiencia inicial con lo básico acerca de la comunicación y la interrelación humanas. Las expresiones faciales que la madre adopta ante los lactantes son exageradas en cuanto a tiempo y espacio. Hasta ahora se ha considerado la exageración tan sólo en cuanto al espacio, en cuanto a grado y plenitud del despliegue expresivo. Existe así mismo una exageración en cuanto a tiempo, en lo que se refiere a la duración de la realización expresiva. (Stern D. 1983)

Durante las interacciones con su hijo lactante, una madre raramente, o nunca utiliza toda la plena gama de expresiones humanas de que dispone. En este punto del desarrollo tan sólo se precisa una limitada serie de expresiones para regular el curso habitual de la interacción y para señalar los puntos principales en dicho curso. La serie más esquemática de señales en este sentido consistirían en expresiones para iniciar, mantener y modular, para terminar y para evitar una interacción social.

Para iniciar una interacción el bebé hace una expresión de sorpresa burlona, para mantener y modular la interacción en marcha el bebé usa la sonrisa y la expresión de interés . para finalizar la interacción el bebé frunce el ceño con separación de la cara y desvío de la mirada, que sirve para detener una interacción que ya no resulta efectiva para el niño, para la madre o para ambos. El rechazo de una interacción social: un rostro neutro o inexpresivo, sobre todo con desviación de la mirada, constituye una clara señal de falta de disposición o de ausencia de intención para interactuar. (Stern D. 1983)

Cuando una madre y su hijo de dos o tres semanas se encuentran frente a frente, tienen lugar fases de animada interacción social, alternando con fases de desconexión. Cada fase de interacción comienza con la iniciación y el saludo mutuo, llega a ser un animado intercambio que incluye expresiones faciales y vocalizaciones durante las cuales el niño se orienta hacia su madre con movimientos excitados de los brazos y las piernas; luego sus actividades se apaciguan gradualmente y acaban cuando el bebé descansa, antes de que comience la siguiente fase de interacción. A lo largo de estos ciclos puede ocurrir que el bebé sea tan espontáneamente activo como su madre. Donde sus roles difieren es en la coordinación de sus respuestas. En tanto que la iniciación y el abandono de la interacción por parte del niño tiende a seguir su propio ritmo autónomo, una madre sensible regula su conducta de modo tal que se ajuste a la de él. Además, ella modifica la forma que toma su conducta para adaptarse a él: su voz es suave pero de tono más agudo que el habitual, sus movimientos se vuelven lentos y cada una de las acciones siguientes se ajustan a su forma y ritmo de acuerdo con el modo en que se desempeña el bebé. Así, ella le permite asumir el control y, mediante un hábil entretendido de sus propias respuestas con las de él, crea un diálogo. (Bowlby John 1989)

En una asociación que se desarrolla felizmente cada uno se adapta al otro. Kaye (1977) al observar la conducta de la madre y el niño durante la lactación descubrió que las madres tienden a interactuar con sus bebés en exacta sincronía con la pauta de succión y pausa de éstos. Mientras el bebé succiona, la madre por lo general permanece callada e inactiva, durante las pausas acaricia al bebé y le habla. (Bowlby, John 1989)

Collis y Shaffer (1975) mencionan que una madre y un bebé, cuando se introducen a un cuarto con muchos juguetes, en primer lugar, se observa que es el bebé el que guía y la madre la que sigue. El interés espontáneo del bebé en los juguetes es evidentemente vigilado por su madre, quien casi automáticamente mira entonces en la misma dirección. Una vez establecido un centro de interés común, es probable que la madre se detenga sobre él haciendo comentarios sobre el juguete, nombrándolo, manipulándolo. "entonces se produce una experiencia compartida,

fomentada por la atención espontánea del niño hacia el entorno pero establecido por la madre, que se deja encaminar por el bebé. (Bowlby, John 1989)

Así mucho antes de la aparición de las palabras el modelo de alternancia tan característico de la conversación humana ya está presente. (Bowlby, John 1989)

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

En el campo del psicoanálisis, la observación directa de hijos y madres se ha estado desarrollando desde fines de la década de 1940. El trabajo de diversos psicoanalistas permitieron conocer el desarrollo de la interacción entre madre e hijo. El trabajo de D.W. Winnicott hizo hincapié en el carácter crucial de lo que ocurre entre la madre y el bebé a efecto de fomentar el desarrollo del niño. Winnicott usó la palabra "pecho" para referirse a la técnica de prodigar cuidados maternales, así como a la verdadera carne . La alimentación, a su entender, era sólo una entre varias esferas importantes de interacción. Subrayó la importancia de la experiencia de la mutualidad entre el bebé y la madre. (1970)

También sostuvo que los bebés deben ser estudiados con sus madres. (Brazeltón T. B. 1993)

A medida que se desarrolla el diálogo progenitor-bebé en estos primeros meses, las diferencias individuales entre una familia y otra se hacen cada vez más evidentes. Es posible, con todo, identificar varias características presentes en toda relación satisfactoria durante este período. Tanto los clínicos como los investigadores han verificado la utilidad de los siguientes conceptos con el fin de evaluar la interacción temprana. (Brazeltón T. B. 1993)

La sincronía: El primer paso, para el adulto, reside en adaptar su conducta a los

ritmos propios del bebé. También debe encontrar técnicas para ayudar al bebé a reducir o controlar respuestas motrices que pudieran interferir en su capacidad de prestar atención. Los padres pueden sincronizar sus propios estados de atención y desatención con los del hijo. Durante la comunicación sincrónica el bebé aprende a ver a su progenitor como a un ser merecedor de confianza y receptivo, y empieza a intervenir en el diálogo. (Brazeltón T. B. 1993)

La simetría: Simetría entre adulto y bebé en una interacción no es, por supuesto, lo mismo que equivalencia. El interactuante adulto siempre es más propenso a iniciar la comunicación, así a elegir el modo como ésta tendrá lugar. Simetría en una interacción significa que la capacidad de prestar atención del bebé, su estilo y sus preferencias tanto para recibir como para responder, influyen en la interacción. El adulto es, sin lugar a duda, el responsable de la simetría. (Brazeltón T. B. 1993)

La contingencia: En los períodos de atención, los bebés empiezan a emitir señales a sus madres mediante sonrisas o fruncimiento de entrecejo, vocalizaciones, manifestaciones motrices como las de inclinarse hacia adelante, tender las manos, arquear la cabeza, etc. Las madres responden eventualmente cuando pueden interpretar los mensajes transmitidos en esas señales. Al responder, la madre aprende a partir del éxito o el fracaso de cada una de sus respuestas, determinados por la conducta del bebé. De este modo, la madre va refinando la eventualidad de sus respuestas y desarrollando un repertorio de "lo que da resultado" y "lo que no da". La contingencia requiere que la madre esté accesible, tanto cognitiva como emocionalmente. El resultado de las respuestas eventuales de modo predecible de su parte también se relaciona con lo que se ha denominado armonización selectiva. (Stern, 1983) (Brazelton T. B. 1993)

El arrastre: La aportación de cada miembro parece inmersa en un impulso que Lewis Sander y William Condon han denominado "arrastre". al igual que un primer violinista, un miembro puede entonces "arrastrar la conducta del otro Instituyendo el ritmo de atención y desatención que ya ha sido establecido como base de su sincronía. La interacción asume, así, un nuevo nivel de participación. Cada miembro de la diada se adapta al otro, de manera que el bebé no se limita a ajustarse al indicio del adulto,

sino que los ritmos del adulto también tienden a seguir movimientos del niño. (Brazeltón T. B. 1993)

El juego: Los juegos en los bebés de tres o cuatro meses y sus progenitores, se basan en el arrastre. Estos juegos tienden a darse en secuencias de tres o cuatro. Dentro de cada secuencia, hay un conjunto de reglas que rápidamente son establecidos y reconocidos por cada participante. Los tiempos, los tonos, la intensidad, la duración y también el modo elegido, están todos gobernados por esas reglas. Durante los juegos, el bebé y el progenitor tienen la oportunidad de ampliar su aprendizaje uno del otro. (Brazeltón T. B. 1993)

La autonomía y flexibilidad: Todo parece indicarnos que el objetivo del bebé es la autonomía, más que querer escapar de una sobre estimulación. Dado que, como hemos señalado, en este período el bebé realiza nuevos esfuerzos visuales, auditivo y motores, hay muchos otros estímulos compitiendo por su atención y aumentando su necesidad de control. La autonomía surge de la seguridad que le dan al niño las respuestas predecibles del progenitor. Implícito en el concepto de autonomía se encuentra otra característica de la interacción temprana saludable: la flexibilidad. En los sistemas estables pero flexibles, las perturbaciones que puedan producirse en un sistema no tienen por qué afectar seriamente la estabilidad global. Pero cuando un subsistema es inflexible, cualquier perturbación probablemente afectará la estabilidad global. Estas condiciones de estricto y excesivo control podrían dar lugar a una relación extremadamente simbiótica entre madre y bebé, en la cual el trabajo de la autonomía y separación no podrá llevarse a un ritmo saludable. (Brazeltón T.B. 1993)

Estas seis características de la interacción progenitor-bebé hacen posible el desarrollo temprano del vínculo. Sin la sensación de predecibilidad que brindan las cuatro primeras etapas y la posibilidad de separación demostrada en el juego y la autonomía, esta relación temprana no puede desarrollarse. (Brazeltón T.B. 1993)

2.4.- DESCUIDO O MALTRATO DEL NIÑO

Considerando que el maltrato del niño es un problema más frecuente de lo que se admite, presenta una enorme complejidad, y hay una gran diversidad de formas de

maltrato, por lo cual es muy difícil su definición, sin embargo una definición muy interesante del síndrome fue presentada por Eduardo Primero Rivas en el XXIII Congreso Nacional de Pediatría en México en 1992. (Loredo A. 1994)

Se señala que el maltrato a los niños es:

...UNA ENFERMEDAD SOCIAL, INTERNACIONAL, PRESENTE EN TODOS LOS SECTORES Y CLASES SOCIALES; PRODUCIDA POR FACTORES MULTICAUSALES, INTERACTUANTES Y DE DIVERSAS INTENSIDADES Y TIEMPOS QUE AFECTAN EL DESARROLLO ARMÓNICO, ÍNTEGRO Y ADECUADO DE UN MENOR, COMPRENDIENDO SU EDUCACIÓN Y CONSECUENTEMENTE SU DESENVOLVIMIENTO ESCOLAR CON DISTURBIOS QUE PONEN EN RIESGO SU SOCIALIZACIÓN Y, POR LO TANTO, LA CONFORMACIÓN PERSONAL Y POSTERIORMENTE SOCIAL Y PROFESIONAL.

Para comprender todas las facetas que abarca el problema es necesario que se recuerden los siguientes aspectos:

- 1.- Aunque en la definición se establece que el fenómeno no es accidental, es necesario enfatizar la intencionalidad del mismo.
- 2.- Se debe aceptar que es un problema social y que por lo tanto comprende, además de los aspectos médicos y demográficos, los sociológicos y políticos de cada región del mundo.
- 3.- Es muy factible que el agresor sea un enfermo, y mientras no se demuestre lo contrario debe recibir la atención profesional que cualquier ser humano merece. De hecho, Kempe y Helfer han sugerido que alrededor de 10 % de los padres maltratadores son psicóticos, adictos, alcohólicos o tiene algún problema emocional o mental.
- 4.- Para que ocurra el problema, se requiere la concatenación de tres elementos fundamentales: un niño desvalido, un agresor y un motivo o detonador.
- 5.- La necesidad de evitar la disrupción del núcleo familiar debe ser un objetivo básico en la atención integral del niño maltratado. Esto solamente se logra, si quienes trabajan en este problema están perfectamente conscientes de la complejidad de esta situación. (Loredo A. 1994)

Existe la posibilidad de observar diferentes tipos de maltrato, también es factible la existencia de una combinación de éstos en un mismo niño. Las formas más comunes de maltrato son:

Agresión física

- Castigos
- Confinamiento
- Lesiones por golpes
- Quemaduras
- Privación de alimento

Abuso Sexual

- Violación
- Incesto
- Manipulación de genitales
- Fomento de la prostitución

Deprivación emocional

Formas más comunes

- Abandono
- Descuido
- Devaluación
- Amenazas
- Insultos
- Rechazo
- Indiferencia

Formas menos comunes

- Síndrome de Munchausen en niños
- Abuso fetal
- Abuso infantil de tipo ritual o religioso
- Niños de la guerra
- Niños en la calle y de la calle.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

En el desarrollo del maltrato al menor, hay tres elementos que son fundamentales para su presentación: un niño agredido que a veces es "especial", un adulto agresor y el factor desencadenante del problema. La concatenación de estos tres elementos origina el fenómeno de maltrato en cualquiera de sus formas. Cada una de ellas presenta a su vez aspectos muy particulares que se discutirán de manera individual. (Loredo, A. 1994)

CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA: Está muy claro que el fenómeno de maltrato puede ocurrir en cualquier nivel socioeconómico. Sin embargo, en la mayoría de los estudios siempre es más evidente en la población socioeconómica más débil. Esto quizá se deba a que la clase media y media alta enmascaren el cuadro solos o con los pediatras privados, y así estos últimos no tienen la suficiente suspicacia o no saben cómo manejar este tipo de casos, generalmente fingen no darse cuenta y se desentienden del caso .

VIVIENDA: La inestabilidad económica habitualmente se traduce en un tipo de vivienda deplorable. Así, en la mayoría de los casos, las habitaciones no cuentan con los servicios mínimos indispensables. (Loredo, A. 1994)

ESTADO CIVIL: La mayoría de las parejas cuentan con una estabilidad en lo que se refiere al contrato matrimonial, tanto de tipo civil como religioso. Esto quiere decir, que una situación familiar inestable seguramente favorece el fenómeno de maltrato como un factor agregado a agravantes. (Loredo, A. 1994)

TOXICOMANÍAS: La existencia de adicciones como el alcoholismo la drogadicción en algún miembro del núcleo familiar en que está presente el fenómeno de maltrato ha sido establecido en diversas sociedades. México no está exento de este tipo de factores que contribuyen de una u otra manera a incrementar el riesgo de maltrato dentro del núcleo familiar. (Loredo, A. 1994)

NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA: Considerando que las familias mexicanas tienden a ser numerosas, es posible que esta característica se observe en aquellas en que exista maltrato. Quizá la carga económica que significa el atender a una familia

numerosa pueda, en un momento dado, constituir un factor que contribuya a incrementar el estado de tensión en el adulto y por lo tanto favorecer el desarrollo de maltrato. Aunque en un momento dado el número elevado de miembros de la familia pueda ocasionar un aumento del fenómeno del maltrato, también es factible observarlo cuando existen relativamente pocos hijos. (Loredo, A. 1994)

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA CON MALTRATO: La existencia de otros niños agredidos dentro del mismo núcleo familiar ha sido ampliamente estudiado. El fenómeno suele observarse incluso en 60 a 80% de los casos. La aplicación práctica de este hecho comprende que en todo caso de niño maltratado se necesita realizar una exhaustiva investigación de los demás menores del hogar para tratar de descubrir nuevos casos. (Loredo, A. 1994)

CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

EDAD: Con respecto a la edad del agresor, ésta en apariencia no constituye un factor de predicción en cuanto al comportamiento anormal. Cabe suponer que padres muy jóvenes o muy viejos son los que menos toleran a los hijos. Por ello se insiste que este dato por sí solo no es suficiente para explicar el problema del maltrato. (Loredo, A. 1994)

SEXO: En la mayoría de los estudios en que se ha encontrado maltrato físico, el agresor predominante es del sexo femenino y de éste, la madre constituye el principal agresor. Sin embargo, siempre es necesario considerar a otras personas como las tan temidas madrastras y, menos frecuentemente, otros familiares como abuelas, tías y a veces alguna hermana mayor. Para tratar de explicar de una manera simplista el porqué una mujer, y especialmente la madre, es la que con mayor frecuencia agrede al menor, se ha recurrido a la idea de que el problema se desencadena debido a que la madre pasa mucho más tiempo con el niño que otros adultos. Sin embargo, Fentana y Robinson sugieren que la madre no tiene suficiente capacidad para ver a su hijo como un ente separado, por lo que resulta incapaz de aceptar la individualidad de éste. Dicho fenómeno parece ser más marcado cuando el niño se encuentra alrededor del primer año de edad, etapa que se caracteriza por inmadurez emocional, excesiva

demanda y reducida autoestima; estas características hacen que la madre tema perder el control del niño, y por ello lo presiona constantemente para que realice tal o cual cosa, trata siempre de mantenerlo ocupado y lo abrumba. (Loredo, A. 1994)

ESCOLARIDAD: Aunque es muy factible pensar que los sujetos de condición socioeconómica baja poseen un grado de escolaridad mínimo, se ha demostrado que en México tiende a ser variable. Al igual que la pobreza, una deficiente preparación académica puede condicionar desconocimiento de cómo atender a un recién nacido o cualquier niño, hacer caso de tabúes o brujerías para evitar ciertos actos habituales en niños sanos como llanto continuo, salivación excesiva, cólicos, etcétera, o bien que se sigan patrones de conducta aprendidos en la propia infancia para manejar ciertas situaciones, predominantemente las disciplinarlas.

OCUPACIÓN: Probablemente la inestabilidad ocupacional de los padres agresores constituya un factor muy importante en la génesis de la agresión al menor. La escasa remuneración del trabajo, el horario requerido, la aceptación de la actividad, etcétera, son algunos de los factores que producen inseguridad, la cual repercute en el comportamiento general del maltratador. (Loredo, A. 1994)

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO AGREDIDO

EDAD: En el maltrato físico, niños de todas edades pueden sufrir agresión de todo tipo (agresión física, abuso sexual y privación emocional). Sin embargo, aquellos que requieren de mayor cuidado y protección por parte del adulto son los que sufren mayor de maltrato, es decir, recién nacidos, lactantes menores y preescolares que tienden a ser las víctimas más frecuentes. La correlación que puede existir entre edad y sexo en esta modalidad de agresión no parece ser importante; sin embargo, en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) se observó que la correlación se establecía más claramente entre sexo y lugar que ocupaba el niño dentro de la familia. Así, se encontró que seis de siete pacientes (hijos únicos), eran varones. Y cuando el sujeto ocupaba el último lugar de la progenie, 18 de 27 eran del sexo femenino. Independientemente de esta correlación, es necesario estar consciente de que la agresión también se puede establecer en niños escolares y, lo que es aún más grave,

en adolescentes. Se pone énfasis en esta última edad porque la repercusión que puede tener en la personalidad del menor y en su comportamiento posterior. (Loredo, A. 1994)

El problema del maltrato o abuso infantil es difícil de detectar, entre otras cosas porque los niños víctimas de éste son incapaces de denunciar a sus victimarios, ya sea por temor o por afecto, ya que generalmente son sus padres o algún otro familiar de quien ellos dependen y el miedo a represalias cada vez peores o al abandono les obliga a permanecer callados. El diagnóstico del Síndrome del Niño Maltratado no es fácil de hacer con precisión y en la mayoría de los casos es detectado solo en aquellos niños que llegan a centros hospitalarios con lesiones físicas importantes, esto nos impide tener un conocimiento de la situación real. (Padrón, S. Edith, 1995).

SEXO: En relación con este aspecto, no se ha encontrado que exista predominio marcado por uno u otro sexo si se analiza de manera aislada. Recuérdese que el maltrato probablemente es más frecuente en varones si son hijos únicos, o en mujeres si son el tercer o cuarto hijo. Con seguridad, el arribo de estos niños a este mundo no ha sido deseado y ello condiciona alteraciones en un equilibrio familiar muy precario. (Loredo, A. 1994)

TALLA PEQUEÑA: Este dato clínico es de especial importancia en algunos niños maltratados. Es bien conocido pero no está perfectamente bien estudiado y entendido que la privación emocional detiene el crecimiento físico sin que haya enfermedad de base. (Loredo, A. 1994)

ASPECTOS GENERALES DE LA CRISIS DESENCADENANTE

El tercer elemento del fenómeno de maltrato corresponde a lo que se ha denominado "crisis desencadenante", y aunque no sea la base etiológica, constituye el factor precipitante del síndrome y permite completar el "triángulo" característico de este problema. La muerte de un familiar, el divorcio reciente o inminente, la pérdida del empleo o incluso situaciones tan cotidianas como la descompostura de un aparato electrónico puede ser el detonador para que se establezca la agresividad. La crisis, por

lo tanto, debe conocerse y algo ha de llevarse a cabo para evitar que ocurra, aunque es muy probable que sin corregir el contexto integral que mueve al núcleo familiar, cualquier medida paliativa sea insuficiente y sólo se posponga el problema. (Loredo, A. 1994)

Es casi seguro que la inestabilidad ocupacional de los padres sea importante como detonador para que el menor sea agredido. Un porcentaje muy bajo de agresores masculinos tiene una ocupación estable y en el caso del agresor femenino, la mayoría esta dedicada al hogar. Esto supone, muy probablemente, una gran dependencia económica de otra persona. Es muy difícil precisar qué condiciona la conducta agresiva del mayor hacia el niño. Es muy importante tomar en cuenta que los agresores del niño generalmente presentan algún tipo de adicción como son: alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia. Así también el permanecer en constante stress es un factor desencadenante de agresión contra los niños. (Loredo, A. 1994)

CAPITULO III

SER MADRE

3.1.- MATERNIDAD

La maternidad se refiere a la relación de la madre y el hijo como un todo sociológico, fisiológico y afectivo. Esta relación comienza con la concepción, y se extiende a través de los ulteriores procesos psicológicos de la preñez, nacimiento, alimentación, asistencia, educación, orientación, hasta la autosuficiencia del hijo. Todas estas funciones se acompañan de reacciones afectivas, que son hasta cierto grado típicas de la especie o común a ellas. (Deutsch, Helene 1968)

En la maternidad la mujer experimenta directamente el sentido de la inmortalidad. La función reproductora de la mujer no es simplemente un acto individual, único o repetido, en el plano biológico. Por el contrario, los acontecimientos biológicos como tales pueden ser concebidos como manifestaciones individuales de la influencia humana universal, entre los dos polos de creación y destrucción, y como la victoria de la vida sobre la muerte. (Deutsch, Helene 1968)

La maternidad como experiencia individual es una expresión no sólo de un proceso biológico, sino también de una unidad psicológica que resume numerosas experiencias individuales, recuerdos, deseos y temores que han precedido por muchos años a la experiencia real. (Deutsch, Helene 1968)

Cuando hablamos de cuidados maternos tenemos presentes tres ideas: 1.- una cualidad definida del carácter que imprime toda la personalidad en la mujer; 2.- fenómenos afectivos que parecen estar relacionados con la impotencia del niño y la necesidad de cuidarlo; 3.- reparto de roles con la pareja sobre el cuidado del hijo. (Deutsch, Helene 1968)

El deseo de una mujer de tener un hijo es producto de muchos motivos e impulsos diferentes. En cualquier mujer en particular sería imposible discernir todos y cada uno de los factores que intervienen. Entre ellos se cuentan la identificación, la satisfacción de diversas necesidades narcisistas, los intentos de recrear viejos lazos en la nueva relación con el hijo y la necesidad de trascendencia.

1.- IDENTIFICACIÓN. A medida que desarrolle la mujer su propia autonomía, comenzará a asumir las posturas de las mujeres cercanas a ella. Aprenderá por imitación cómo se comportan las figuras maternas. Los que la rodean probablemente se deleiten con sus imitaciones, por lo que reforzarán y fortalecerán su identificación inconsciente con la madre y las figuras maternas.

Sus gestos, sus ritmos, su conducta facial y vocal los ha absorbido por imitación, a través de sus propias experiencias de ser abrazada y mecida y a través de la identificación con su madre o con otras figuras maternas con las que ha estado en contacto. No es ninguna casualidad que esta conducta se manifieste principalmente en su segundo año de vida, coincidiendo con su impulso hacia la autonomía.

A medida que evoluciona su identidad, el juego con el bebé pone en evidencia que la niña está incorporando partes importantes de su madre.

A los cinco o seis años, es imposible que la niña comience en ocasiones a negar este rol maternal. En nuestra sociedad, en la que en las últimas décadas y sobre todo en la capital se observan tendencias hacia el tratamiento unisexual de los niños pequeños, es posible que se encuentren niñas que sólo usan pantalones o que, delante de otras personas caminen con el porte "a lo macho" que suelen adoptar los niños pequeños. Pero el juego maternal suele reaparecer cuando la niña está sola con otras niñas o con su madre.

2.- EL DESEO DE SER COMPLETA Y OMNIPOTENTE. Entre los motivos narcisistas que fomentan el deseo de tener un hijo se cuenta el deseo de conservar una imagen idealizada de una misma como persona completa y omnipotente, el deseo de duplicarse o reflejarse y el deseo de cumplir con sus propios ideales.

El deseo de ser completa es satisfecho tanto por medio del embarazo como de un hijo. En algunas mujeres predomina el deseo de estar embarazada: el embarazo ofrece una oportunidad de ser plena, de ser completa, de experimentar su cuerpo como potente y productivo. El embarazo contrarresta la sensación de vacío y la preocupación de que el cuerpo sea incompleto. (según menciona Freud)

El deseo narcisista de completarse una misma a través de un hijo es más diferenciado: la madre contemplará al hijo deseado ante todo como una extensión de

su propio sí-mismo, como un apéndice a su cuerpo; la niña realza su imagen corporal dándole una dimensión adicional que puede ser exhibida con orgullo.

3.-EL DESEO DE FUSIÓN Y UNIDAD CON OTRO. Después del parto, el desarrollo y mantenimiento de actitudes maternas del vínculo dependen de que la mujer recobre estas fantasías de unidad con su propia madre. El futuro hijo encierra la promesa de una relación estrecha, del cumplimiento de las fantasías infantiles.

Aunque también hay que tomar en cuenta los cambios hormonales que se dan en el embarazo y la lactancia.

La intervención de las hormonas en el embarazo empieza antes de la fecundación y de la implantación del huevo, pues todos los cambios uterinos de la fase posovulatoria del ciclo menstrual puede considerarse como preparatorio de dichos acontecimientos. En caso de fecundación e implantación.(Jay, Tepperman 1975)

Al crecer y diferenciarse la placenta, produce cada vez más estrógeno y progesterona, y conforme aumenta la producción de estos esteroides disminuye la de gonadotropina coriónica. Durante el embarazo, los cambios más notables son el enorme crecimiento del útero, para dar cabida a su contenido cada vez mayor, y el aumento de tamaño de las glándulas mamarias, como si anticiparan que se les va a necesitar después del parto. Tanto los estrógenos como la progesterona intervienen en el desarrollo continuo de estas dos estructuras. (Jay, Tepperman 1975)

La progesterona, en combinación con los estrógenos, ayuda a preparar las glándulas mamarias para el lactante, estimulando la formación de nuevos elementos glandulares.(Jay, Tepperman 1975)

La prolactina interviene en el crecimiento de la glándula mamaria y la secreción de leche, pero el inicio del flujo lácteo se logra mediante un reflejo neuroendocrino originado por la sensación táctil que se inicia en el pezón cuando el niño succiona. Los nervios aferentes del pezón llevan el mensaje al Sistema Nervioso Central, donde se hace una conexión con el núcleo preóptico, el cual "ordena" que la hipófisis posterior libere la hormona oxitocina. Esta hormona (un octapéptido) sale de la neurohipófisis y pasa con la corriente sanguínea a la glándula mamaria, donde facilita la expulsión de leche actuando sobre las células mioepiteliales. (Jay, Tepperman 1975)

En la mujer que amamanta, hay pruebas fehacientes de una cierta inhibición de las gonadotropinas (quizá más específicamente LH), cuyo resultado es que puede faltar por algún tiempo la ovulación y la menstruación. En muchas madres que alimentan a sus hijos, sin embargo, puede presentarse las condiciones necesarias para la ovulación durante la lactancia, y puede haber embarazo. (Jay, Tepperman 1975)

4.-EL DESEO DE REFLEJARSE EN EL HIJO. El deseo de una mujer de tener un hijo seguramente incluirá la esperanza de que ella habrá de duplicarse. Este esperanza mantiene viva una sensación de inmortalidad: el hijo representa una promesa de continuación, una encarnación de estos valores. Se ve al hijo como el siguiente eslabón de una larga cadena que une a cada progenitor con sus propios padres y antepasados. La fuerza de esta filiación crea infinitas expectativas: el hijo será portador de los rasgos de la familia, del apellido de la familia; es posible que asuma una profesión que caracteriza a la familia, o el nombre del antepasado famoso.

5.-CUMPLIMIENTO DE IDEALES Y OPORTUNIDADES PERDIDAS. El futuro hijo representa una oportunidad de superar una serie de transigencias y limitaciones, que los padres no superaron. Así como es fácil advertir que estos deseos narcisistas pueden interferir más adelante el desarrollo del niño, es vital entender que también son indispensables. Estos deseos preparan a la madre para el vínculo: ella debe ver e su hijo como algo único, como un potencial redentor de esperanzas perdidas y como un ser con pleno poder para cumplir sus deseos.

6.-EL DESEO DE RENOVAR VIEJAS RELACIONES. Un hijo encierra la promesa de renovar viejos lazos, los amores de la niñez, por lo que se le adjudicarán atributos de ciertas persona importantes en el pasado del progenitor. Un nuevo hijo nunc es un total desconocido. Los padres ven en cada futuro bebé una posibilidad de revivir vínculos que pueden haber estado inactivos durante años, una nueva oportunidad de concretarlos.

7.-LA OPORTUNIDAD TANTO DE REEMPLAZAR COMO DE SEPARARSE DE LA PROPIA MADRE. Al tener un hijo, concretará el sueño largamente acariciado de volverse igual a su propia madre. Ahora estará a la altura de su madre, traspasando su sometimiento a ella y su sensación de inferioridad en la rivalidad edípica.

3.2.- MADRES QUE SUFRIERON PRIVACIÓN AFECTIVA EN ETAPAS TEMPRANAS

Una explicación más probable del desarrollo del "ser madre" es la que procede de la propia infancia de la madre. Es decir: el amor se desarrolla precozmente en la vida, sobre una base de reciprocidad, en la que las experiencias de ser amado por los propios padres fomenta la capacidad de amar en el niño, permitiéndole responder en el mismo sentido y, más adelante, transferirlo a otras personas. El hecho de ser amado le permite estar dispuesto para amar, y de no tener esta experiencia su capacidad se atrofiaría. (Schaffer, R. 1985)

Se ha argumentado con frecuencia que las deficiencias de "ser madre" son debidas, al menos en parte, a la ignorancia, ya que muchos padres no saben cómo jugar, hablar, leer y en general, comunicarse con sus hijos, ni interpretar los diversos estadios del desarrollo mental, emocional, físico y social por los que pasan todos los niños, ya que para poder cumplir con este rol es necesario haberlo vivido con los padres. El aislamiento con respecto al núcleo familiar ha sido considerado como consecuencia de que los padres no hayan tenido la oportunidad de aprender de sus propios padres y de otras personas experimentadas en este sentido, dentro de la comunidad. (Schaffer, R. 1985)

El término "privación de madre" se ha aplicado a diferentes grupos de condiciones, que, aislados o en combinación, algunas veces parecen tener consecuencias similares. La privación que tiene lugar cuando un infante o niño pequeño vive en una institución u hospital donde no tiene una madre substituta principal y donde recibe cuidado materno insuficiente y, en consecuencia, no tienen oportunidad de interacción con una figura materna. La privación materna tiene lugar cuando un infante o un niño pequeño aún cuando vive con su propia madre, o madre substituta permanente, no recibe de ella cuidado capaz ni tiene con ella interacción suficiente. En ambas circunstancias, la privación de madre consiste en insuficiencia de interacción entre el niño y la figura materna. (Bowlby J. 1972)

La calidad del cuidado paterno y materno que reciba un niño en sus primeros años es de vital importancia para su futura salud mental. Lo que se cree esencial para la salud mental es que un infante y un niño pequeño deberían experimentar una

relación afectuosa, íntima y continua con su madre (o sustituto materno permanente, alguien que le dé cariño constante), en la que ambos encuentren satisfacción y gozo. Esta relación compleja, rica y satisfactoria con la madre en los primeros años, matizada de muchas maneras por las relaciones con el padre y los hermanos, es la base del desarrollo del carácter y la salud mental. (Bolwby J. 1972)

La situación genérica en la que un niño carece de esta relación se llama privación de madre o privación materna que abarca un buen número de diversas situaciones. Así pues, un niño puede hallarse privado aunque viva en el seno de su hogar, si su madre (o sustituto materno permanente) es incapaz de darle el cariño y el cuidado que necesitan los niños pequeños y aún si por cualquier motivo se aleja temporalmente del cuidado de su madre. Esta privación será relativamente leve si el niño pasa después a manos de alguien a quien haya aprendido a conocer y en quien confíe, pero será grave si la madre sustituta, aunque sea amorosa, le resulta totalmente extraña. No obstante, todos estos arreglos le dan a un niño cierta satisfacción y, por lo tanto, son ejemplos de "privación parcial". Puede comperarse con la casi completa privación que todavía es frecuente en instituciones, guarderías residenciales y hospitales, donde a menudo un niño no cuenta con una persona que lo cuide de una manera individual y con la que pueda sentirse seguro. (Bolwby J. 1972)

René Spitz, realizó estudios a largo plazo de la conducta infantil durante un período de doce a dieciocho meses, encontrando un síndrome sorprendente al que llamé "depresión anaclítica", que consistía en un estado disfórico en infantes que tenían una buena y normal relación con su madre durante los primeros seis meses de vida. Sin embargo en la segunda mitad del primer año de vida algunos de ellos desarrollaban una conducta de lloriqueo, dando paso posteriormente, al retraimiento, perdían peso, sufrían de insomnio y se mostraban susceptibles para los resfriados intercurrentes. Este síndrome duraba aproximadamente tres meses. Se percató de que todos los niños de esa población fueron privados de su madre durante un período, prácticamente ininterrumpido de tres meses. No obstante cuando la separación excede de cinco meses, la sintomatología cambia radicalmente y parece fundirse con el

síndrome escasamente pronosticable del hospitalismo. Este síndrome se refiere a la privación emocional total. En la privación total las cosas varían del todo. Si se priva a los infantes duramente el primer año de todas las relaciones de objeto por períodos que duren más de cinco meses, darán muestras de los síntomas cada vez más graves de un empeoramiento, que parece ser, en parte al menos, irreversible. La normalidad de la relación madre-hijo, si la hubo anteriormente a la privación, parece tener escasa influencia en el curso de la enfermedad. La depresión anaclítica y el hospitalismo demuestran, que una deficiencia grande en las relaciones de objeto lleva a una detención en el desarrollo de todos los sectores de la personalidad. (Spitz, René 1965)

Los efectos adversos de la privación varían con su grado. La privación parcial produce ansiedad, una excesiva exigencia de cariño, poderosos sentimientos de venganza y, como resultado de estos últimos, sentimientos de culpa y depresión. Un niño pequeño, aún inmaduro de cuerpo y mente, no puede hacer frente a todas estas emociones e impulsos. La manera en que responde a estos trastornos de su vida interior es provocando desórdenes nerviosos e inestabilidad de carácter. La privación completa tiene efectos de mayor alcance sobre el desarrollo del carácter y puede invalidar completamente la capacidad de relacionarse con otras personas. (Bolwby J. 1972)

Existen muchas otras maneras además de la privación, ya sea por separación o por franco rechazo, en las que las relaciones padre y madre-hijo pueden verse afectadas. Las más comunes son: a) una actitud de rechazo inconsciente oculta tras otra de amor;

b) una excesiva demanda de amor y seguridad por parte de una madre y;

c) la obtención inconsciente de satisfacción por parte de una madre a través del mal comportamiento de su hijo aunque ella lo reprenda y crea que está eliminando esta conducta con respecto al comportamiento de su hijo, aunque crea que lo está culpando. (Bolwby J. 1972)

Muchas de las características típicas que presentan los niños que han sufrido privación materna son las siguientes:

- Relaciones superficiales.
- Ningún sentimiento real, incapacidad de sentir afecto por las personas o de hacer amistades verdaderas.
- Inaccesibilidad exasperante para los que tratan de ayudar.
- Ninguna respuesta emocional a situaciones en las que sería normal.
- Falta de interés.
- Engaño y evasión frecuentemente sin objeto.
- Hurto
- Falta de concentración en la escuela.

Bowlby concluye que las separaciones prolongadas en la relación madre-hijo durante los tres primeros años de vida dejan un sello característico en la personalidad del niño. Estas criaturas se muestran emocionalmente retraídas y aisladas. No pueden crear lazos amorosos con otros niños o con adultos y en consecuencia no tienen amistades dignas de ese nombre. Es cierto que algunas veces son sociables en un sentido superficial, no habiendo sentimientos ni raíces en estas relaciones. Por lo tanto, como son incapaces de crear vínculos emocionales auténticos, el establecimiento de una relación en un momento dado carece de todo significado para ellos. (Bowlby, J. 1972)

3.3.- FACTORES DE PERSONALIDAD

Algunos individuos, por razones de personalidad, pueden presentar considerables dificultades para actuar como padres. Los ejemplos más extremos son aquellos sujetos que producen enfermedades mentales: la esquizofrenia, por ejemplo, puede en general invalidar la capacidad de contacto con los demás y, probablemente, introduce toda clase de distorsiones en la relación con un niño. La depresión puede ser también incapacitante en este sentido, pero es mucho menos probable que genere en el niño formas de conducta severas y permanentes. Pueden tratarse de estados de angustia: que en ocasiones es posible contenerlos dentro de los límites para que no influyan en la relación con el niño, de tal modo que la madre, por enferma que esté, puede seguir funcionando con normalidad como madre. (Schaffer, R. 1985)

La deficiencia mental también puede ser un factor importante en la relación madre-hijo, ya que la madre, debido a su incapacidad no cuenta con los recursos necesarios para brindar un cuidado adecuado al menor. (Schaffer, R. 1985)

Habría que considerar el hecho de un individuo que manifiesta problemas de tipo psiquiátrico, estos podrán afectar todos los aspectos de la vida, incluyendo el papel parental. (Schaffer, R. 1985)

Algunas madres hiperprotectoras descritas por David Levy (citado por Schaffer), y cuyo modo de tratar a sus hijos ejercía diversos efectos permanentes profundos, se incluyen claramente dentro de esta categoría: proyectaban sus propios temores, angustias, frustraciones y resentimientos sobre sus hijos y luego procedían a tratarlos de acuerdo con dichas proyecciones. (Schaffer, R. 1985)

En un grado variable en cada mujer, las funciones fisiológicas de la madre y las necesidades del hijo movilizan impulsos que antes ya estaban presentes, pero en un estado de relativo reposo. Sin embargo, encontramos que tales instintos en la mujer maternal se manifiestan también independientemente de la influencia directa de las funciones reproductoras de la relación temprana con su madre. El carácter e intensidad de estos impulsos varían, indudablemente, de acuerdo a la personalidad de un total. (Deutsch, Helene 1968)

La fractura de instituciones como el matrimonio y la paternidad hacen que las mujeres se encuentren con dificultades para casarse y/o dar el reconocimiento a sus hijos. Muchas de ellas no se casan porque son diferentes : su inserción en el estudio, en el trabajo, el desarrollo de conocimientos no tradicionales, hace de ellas mujeres no casaderas que se quedan solteras, y en muchas ocasiones solas . Otras más, no logran mantener y conservar a los hombres a su lado y son abandonadas con todo y sus hijos. (Lagarde, Marcela, 1990)

El alcoholismo, las adicciones y la prostitución son factores que intervienen en la personalidad de la madre, ya que cuando éstas se encuentran bajo el efecto del alcohol o de alguna droga, olvidan su papel de madre. En el caso de la prostitución, las mujeres que son madres, lo son por accidente, por lo que rechazan al niño, ya que les estorba en sus actividades cotidianas dejándolos encerrados y solos, no contando el bebé con los cuidados más básicos que necesita. (Lagarde, Marcela, 1990)

Los acontecimientos que tienen lugar en las primeras etapas de la vida desempeñan un importante papel en la configuración de la personalidad adulta. Las explicaciones de la personalidad adulta han de buscarse en los primeros encuentros del individuo con el mundo, en una etapa, en la que se sabe que el bebé se encuentra en un estado altamente impresionable. La personalidad adulta se halla directamente relacionada con el modo en el que fueron canalizadas las necesidades infantiles. El hecho de que el niño sea criado a pecho o con biberón, el que se alimente con arreglo a un horario o bien de acuerdo a su apetencia, la edad del destete y el hecho de que éste se realice bruscamente o no, así como la severidad con la que se lleve a cabo el entrenamiento al aseo, son las clases de influencia que Freud consideraba como las determinantes del estilo del desarrollo de la personalidad. (Schaffer, R. 1985)

Por lo cual se podría establecer que la madurez adulta está edificada sobre unos cimientos de "confianza básica" que han de establecerse en la infancia (como ha señalado Erik Erikson). (Schaffer R. 1985)

Muchas mujeres expresan que para desempeñar el rol de ser madre es necesaria sentir amor por el niño (amor materno).

El amor materno supone una vinculación emocional con respecto al bebé. Representa la capacidad de experimentar multitud de sentimientos centrados en su objeto, desde una infinita ternura, hasta un fiero afán de posesión, desde una disposición a sacrificarse uno mismo por el bienestar del otro, hasta furiosas oleadas de hostilidad y agresión hacia el niño. La madre se identifica con su hijo, le considera como parte de sí misma y experimenta como propio, tanto sus alegrías, como sus sufrimientos. Se alegra de lo que su hijo consigue, porque es como si lo hubiese logrado ella, siente vergüenza y enojo cuando piensa que falla en algo. Existe así una estrecha relación emocional entre madre e hijo. (Schaffer, R. 1985)

Es importante advertir que una relación amorosa implica una acentuación de todas las emociones, tanto de los sentimientos positivos, como de los negativos. El odio no está nunca muy lejos del amor; la más afectuosa de las madres puede ser capaz de intensa ira con respecto a su hijo. (Schaffer R. 1985)

El amor significa, por lo tanto, una sensibilidad incrementada con respecto a su objeto. Es decir, el amor conlleva sensibilidad; sin ella no se puede mantener la constante presencia del otro en uno mismo, que hace posible la rápida respuesta a su comportamiento y anticipación del mismo, y que hemos visto existe entre madre e hijo. Mary Ainsworth (citada por Schaffer) ha señalado que subyacente a la sensibilidad de una madre está la capacidad para ver las cosas desde el punto de vista del hijo; implica una empatía que depende del hecho de superar la madre su egocentrismo y esto, al parecer, es algo que no toda madre ha logrado con éxito. (Schaffer, R. 1985)

Mary Ainsworth ha creado una escala de sensibilidad-insensibilidad. (Schaffer R. 1985)

"Esta escala se refiere a la respuesta de la madre a las señales y comunicaciones de su hijo lactante. La madre sensible es capaz de ver las cosas desde el punto de vista de su bebé. Está sintonizada para recibir las señales del niño; las interpreta correctamente y responde a las mismas de forma rápida y adecuada. Aún cuando casi siempre da al niño aquello que éste parece desear, cuando no lo hace así reconoce su comunicación con tacto y, también con tacto, le ofrece una alternativa aceptable. Hace que sus respuestas concuerden en el tiempo con las señales y comunicaciones del niño. La madre sensible, por definición, no puede rechazar, interferir o ignorar". (Schaffer, R. 1985)

"La madre insensible, por el contrario, realiza sus intervenciones e inicios de interacciones casi exclusivamente en términos de sus propios deseos, estados de humor y actividades. Tiende más bien a perturbar las implicaciones y el significado de las comunicaciones de su hijo, interpretándolas a la luz de sus propios deseos o defensas, o no responde a ellas en lo absoluto. (Schaffer, R. 1985)

De acuerdo con Ainsworth resulta posible clasificar a las madres dentro de un continuo sensibilidad-insensibilidad. Las madres sensibles tienen hijos más seguros, que son capaces de explorar situaciones desconocidas, utilizando a la madre como puerto de refugio al cual puede volver de cuando en cuando. Los hijos lactantes de madres insensibles, por el contrario, muestran más bien acentuada inseguridad, que

no pueden perder a la madre de vista o, por el contrario, son incapaces de utilizar a la madre como una base segura durante sus juegos y exploraciones, que tienden a proseguir como si, sencillamente, la madre no estuviese presente. (Schaffer R. 1985)

La sensibilidad parece ser una condición previa para que el niño se desarrolle normalmente, las madres deben ser sensibles y la ausencia de este rasgo ha de considerarse como patológica.

Una explicación del desarrollo del "ser madre" es la que procede de la propia infancia de la madre. Es decir: el amor se desarrolla precozmente en la vida, sobre una base de reciprocidad, en la que la experiencia de ser amado por los propios padres fomenta la capacidad de amar en el niño, permitiéndole responder con el mismo sentimiento y más adelante, transferirlo a otras personas. El hecho de ser amado le permite estar dispuesto para amar, y de no tener esta experiencia, su capacidad se atrofiaría. (Schaffer, R. 1985)

3.4.- CONDICIONES AMBIENTALES

En la actualidad se ha acumulado suficiente experiencia entre los profesionales que se ocupan del niño, como para que podamos afirmar, que es probable que ciertas condiciones ambientales ejerzan una influencia perjudicial sobre el "ser madre". La pobreza extrema, el número excesivo de hijos, las deficientes condiciones de vivienda, el desempleo, la mala nutrición, la salud deficiente, son algunos de los factores que ocasionan estrés y ansiedad y pueden perjudicar la conducta materna en el trato a sus hijos. No obstante, hay que ser prudentes en cuanto a establecer afirmaciones relativas a causa y efecto: las malas condiciones están con frecuencia asociadas con personalidades parentales inadecuadas y muy bien podría ser que estas características personales sean las que perjudiquen el desarrollo sano del niño. Es cierto, sin embargo, que las capacidades propias de "ser madre" pueden ejercitarse mejor dentro de un medio ambiente favorecedor y puede suceder muy bien que si las condiciones son desfavorables, como las mencionadas, falle incluso, la mejor de las madres. (Schaffer R. 1985)

El desarrollo de la personalidad es el nombre que se ha dado a la transformación gradual del organismo biológico en persona psicobiosocial. Gracias a una interacción continua con otros seres humanos, todo niño termina por sentir, pensar y actuar de modo muy semejante a como los demás sienten, piensan y actúan. Se elige un mundo externo estable compuesto de espacio y tiempo, en el que hay personas, cosas y relaciones causales; un mundo que con el tiempo corresponderá al que experimentan los adultos pertenecientes a su cultura. (Cameron, Norman 1982)

La madre misma, mucho antes de tener al niño, ha internalizado ya la organización social en la que ha estado viviendo. Sus hábitos son los de su sociedad y sus valores reflejan los de ésta. Estos hábitos y valores se los transmite a su hijo, en un idioma muy personal, a través de su conducta materna, durante una relación de muchos años. Una vez que el infante ha madurado perceptivamente lo suficiente, esa relación se vuelve tan íntima que por un tiempo madre e hijo parecen uno mismo. (Cameron, Norman 1982)

Es principalmente a través de la madre que el niño se prepara para volverse parte de la sociedad. Es la madre quien lo debe ayudar a formar con ella un nexo íntimo y quien lo debería guiar constantemente hacia la meta de volverse un miembro autónomo en la familia y la sociedad. (Cameron, Norman 1982)

3.5.- VISITUDES DE LA RELACIÓN MADRE-HIJO.

Cuando no se dan los cuidados necesarios al niño pueden ocurrir diversos trastornos en el desarrollo normal. Freud menciona que existen fijaciones de la vida temprana, como son rasgos y reacciones de un período de vida anterior, que no se supera reemplazados normalmente por rasgos y reacciones más maduras. Freud llegó finalmente a la conclusión de que las tendencias infantiles se convertían en rasgos permanentes de la personalidad del adulto. En la persona anormal, los rasgos infantiles persiste y crean muchas dificultades, porque se expresan a menudo directamente en sus formas primitivas y de una manera que provoca desaprobación social. (Dicaprio S. Nicholas 1976).

Para Freud las dos causas que provocan una detención del desarrollo son: frustración excesiva y satisfacción excesiva, los motivos podrán adquirir eventualmente un alto nivel del valor y obstaculizar el desarrollo (Dicaprio S. Nicholas 1976).

Los padres ejercen la influencia más importante durante los primeros años de vida del niño. Gradualmente otras personas e instituciones desempeñan también su papel.

A la primera fase de la vida Freud la llamó etapa oral: en la que la principal fuente del placer se obtiene a través de la boca, los labios y la lengua; chupar, mascar, comer, morder, vocalizar. Y sus principales rasgos de personalidad son: Optimismo-Pesimismo impaciencia-envidia-agresividad, es decir, si existe una fijación en esta etapa se puede presentar estos rasgos.

De los 18 meses a los 3 años y medio, la fuente del placer se obtiene por el ano: retención, expulsión, control, disciplina higiénica, limpieza. Y los rasgos de personalidad que se puede presentar si existe una fijación son: avaricia, obstinación, orden compulsivo, meticulosidad, si se da la retención anal, y la crueldad, destrucción y desorden si se da la expulsión anal.(Dicaprio S. Nicholas 1976)

Para Melan Klein, quien también considera, que el yo puede presentar una fijación en las diferentes etapas de su desarrollo. La posición depresiva es fundamental ya que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto, es decir, con la madre. Comienza a percatarse que sus experiencias buenas y malas no proceden de un pecho o madre buena y de un pecho o madre mala, sino de la misma madre. Al mismo tiempo, la introyección de un objeto cada vez más total estimula la integración del yo. Estos cambios psicológicos estimulan la maduración psicológica del yo; la maduración del sistema nervioso central permite la mejor organización de las percepciones provenientes de diferentes áreas fisiológicas y el desarrollo y organización de la memoria. (Segal, Hanna 1991)

La posición depresiva comienza en la primera fase oral del desarrollo, en que el amor y la necesidad provocan el deseo de devorar.(Segal, Hanna 1991)

El punto de fijación de las enfermedades psicóticas yacen en la posición depresiva. Cuando se produce una regresión a estos puntos tempranos del desarrollo, el sentido de realidad se pierde y el individuo se psicotiza. Pero si se alcanzó la posición depresiva y se elaboró por lo menos en parte, las dificultades que aparecen en el desarrollo posterior no son de carácter psicótico, sino neurótico.

Bowlby dice que un amor materno sin fallos ni fisuras es vital durante los primeros años de vida y que cualquier aporte ulterior de amor no podrá ya reparar las diferencias en un principio acaecidas.

El carácter sin afectividad esta representado por un individuo que no puede dar amor durante su temprana infancia o posteriormente. Pero incluso no podemos establecer tal interrelación con plena fe en la misma, es decir, los efectos inmediatos de la separación de un niño con respecto a su madre. Es muy probable que un bebé experimente la ruptura del vínculo materno como algo devastador, si por ejemplo, la separación tiene lugar en circunstancias traumáticas y es enviado a un medio ambiente extraño, siendo atendido por personas extrañas, como sucede en la hospitalización. El niño presentará aflicción, llanto, desesperación y finalmente un período de desapego, cuando la separación es transitoria, el niño continuará alterado durante cierto período al volver al hogar: inicialmente puede continuar despegado; pero después puede caer en el extremo contrario y no querer que lo dejen sólo.

Se ha descubierto que la privación materna en la infancia resulta en grados muy variable de daño. Esto quizás se deba a las diferencias en la forma o severidad de la experiencias.

Por otros lado Winnicott, menciona que al niño se le debe de proveer el medio ambiente que facilite la salud mental y el desarrollo emocional del individuo. (D.W. Winnicott, 1981)

El desarrollo emocional del niño tiene lugar cuando se han provisto de condiciones adecuados para ello; el impulso a desarrollarse nace del mismo niño; de su interior. Las fuerzas que impelen hacia la vida, hacia la integración de la personalidad, hacia la independencia; son inmensamente potentes y hacen que el niño, en condiciones favorables, haga progresos; cuando la condiciones son suficientemente

positivas, estas fuerzas quedan retenidas en el interior del niño, al que, de una forma u otra, tienden a destruir. (D.W. Winnicott, 1981)

Al proveer al niño se proporciona la independencia del menor; pero también los extremos de dependencia pueden causar alteraciones:

a) *Dependencia extrema*: Las condiciones deben ser lo bastante buenas, de lo contrario la criatura no puede iniciar el desarrollo que nace con ella.

Fallo ambiental: Defecto mental no orgánico; esquizofrenia en la niñez; propensión a trastorno mental hospitalizable más adelante.

b) *Dependencia*: Las condiciones fallidas de hecho traumatizan, pero existe ya una persona susceptible de ser traumatizada.

Fallo ambiental: Propensión a trastornos afectivos; tendencia antisocial.

c) *Mezclas de dependencia-independencia*: El niño experimenta con la independencia, pero necesita ser capaz de revivir la dependencia.

Fallo ambiental: Dependencia patológica.

d) *Independencia-dependencia*: Se trata de lo mismo, pero con la independencia acentuada.

Fallo ambiental: Carácter desafiante; estallidos de violencia.

e) *Independencia*: Entraña en un medio ambiente interiorizado: la habilidad por parte del niño o de la niña cuidar de sí mismo o de sí misma.

Fallo ambiental: no es forzosamente perjudicial.

f) *Sentido social*: Queda implicado que el individuo puede identificarse con los adultos y con un grupo social o con la sociedad, sin pérdida excesiva del impulso y la originalidad personal, y sin pérdida excesiva tampoco de los impulsos destructivos y agresivos que, es de presumir, habrán encontrado formas desplazadas de expresión satisfactoria.

Fallo ambiental: Responsabilidad parcial del individuo, a su vez padre o madre, o de una figura paterna en la sociedad.

g) La provisión de un factor ambiental satisfactorio tiende a prevenir los trastornos psicóticos o esquizofrénicos.

Todo esto puede provocar trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, la dependencia patológica y estallidos de violencia.

4.- METODOLOGÍA

4.1.- JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los accidentes por quemadura que ocurren frecuentemente en niños en edad preescolar, suceden con mayor frecuencia en la casa, en presencia de la madre. Los casos de niños quemados que se observaron pertenecen a familias de bajos recursos económicos, que cuentan con espacios reducidos, malas condiciones higiénicas, alimentación inadecuada, escasos cuidados maternos para el desarrollo físico y emocional de los hijos. Las madres no prestan la debida atención a sus hijos pequeños, en muchos casos los niños accidentados son hijos de madres solteras, algunas jóvenes, que no asumen la responsabilidad de atender a su hijo, o comparten está responsabilidad con las abuelas .

Esto nos llevó a preguntarnos ¿Hay características de personalidad comunes en las madres de los niños quemados de edad preescolar?. ¿Se observan cambios de conducta en las madres, durante la hospitalización del niño quemado?. ¿Se eleva el nivel de ansiedad al suceder el accidente y cómo reacciona a la recuperación de sus niños?

4.2.- HIPÓTESIS CONCEPTUAL

Existen características de personalidad comunes entre las madres de los niños quemados, se dan cambios en el nivel de ansiedad ante el accidente, así como en el comportamiento de las madres durante la hospitalización.

4.3.- HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.

HO¹: Las madres de los niños quemados no presentan características de personalidad semejantes.

HA¹: Las madres de los niños quemados sí presentan características de personalidad semejantes.

HO²: La conducta de la madre del niño quemado no presenta cambios a lo largo de la hospitalización del menor.

HA²: La conducta de la madre del niño quemado sí presenta cambios a lo largo de la hospitalización del menor.

HO³: No se presentan cambios en el manejo de la ansiedad en las madres antes y después de la hospitalización del niño quemado.

HA³: Si se presentan cambios en el manejo de la ansiedad en las madres antes y después de la hospitalización del niño quemado.

HO⁴: No existen diferencias en el nivel de ansiedad del grupo de madres que tienen hijos de 0 años a 2 años y el grupo de madres que tienen hijos de 2 años 1 mes a 4 años.

HA⁴: Si existen diferencias en el nivel de ansiedad del grupo de madres que tienen hijos de 0 años a 2 años y el grupo de madres que tienen hijos de 2 años 1 mes a 4 años.

4.4.- DISEÑO EXPERIMENTAL

Esta investigación es un estudio *ex post facto*, porque es una búsqueda empírica en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones.

4.5.- VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- EDAD DEL NIÑO
- GRADO Y EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA
- TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA DEL NIÑO.

VARIABLES DEPENDIENTES:

- FACTORES DE PERSONALIDAD MEDIDOS A TRAVÉS DEL 16 PF DE CATTELL.
- LA ANSIEDAD MEDIDA POR EL IDARE.
- EL COMPORTAMIENTO DE LA MADRE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN Y AL TÉRMINO DE ESTA MEDIDA POR EL REGISTRO OBSERVACIONAL.

4.6.- MUESTRA

La muestra constó de dos grupos de madres de niños quemados.

GRUPO A) El primer grupo estuvo formado por 15 madres con niños hospitalizados de 0 a 2 años de edad, con un mínimo de estancia de dos semanas y cuyas quemaduras tuvieron una superficie corporal (sct) de 5% en adelante.

GRUPO B) El segundo grupo estuvo constituido por 15 madres que tuvieron hijos hospitalizados entre los 2 años 1 mes a los 4 años de edad. Con un mínimo de estancia hospitalaria de dos semanas, y una extensión de superficie corporal quemada (sctq) del 5% en adelante.

La presente investigación se basó en un muestreo No Probabilístico de tipo intencional, por lo cual únicamente fueron tomados en cuenta aquellos casos que tuvieron las características que se piden de la población.

4.7.- INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron son los siguientes:

A) Cuestionario: se elaboró un cuestionario que exploró los datos demográficos de madre e hijo. (ver anexo 1)

B) Para determinar la personalidad de la madre se aplicó el cuestionario de 16 factores de la personalidad de Cattell (forma A).

C) Se llevó un registro observacional que se realizó entre las 10 de la mañana a las 3 de la tarde, con intervalos de una hora entre cada observación, y está abarcó un lapso de media hora cada registro, hasta completar cuatro registros al día. Se llevó a cabo la observación en una forma discreta para que las madres no se sintieran observadas. (ver anexo 2)

Las conductas que se registraron durante la observación fueron definidas operacionalmente, con el fin de identificar adecuadamente cada conducta. (ver anexo 3)

D) Se aplicó el test de IDARE para obtener el grado de ansiedad de las madres al ingreso y egreso del niño hospitalizado.

4.8.- ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo en la Sala de Quemados del Hospital Pediátrico de Xochimilco y en el local que ocupa el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado; el cual se encuentra en la misma Institución.

4.9.- PROCEDIMIENTO

Al ingreso del niño al hospital se llevó a cabo la aplicación del cuestionario, para obtener los datos demográficos y tener información de la madre y el niño. Este fue aplicado por las psicólogas personalmente, ya que el nivel escolar de las madres es bajo.

Se administró la prueba de IDARE para conocer el grado de ansiedad de la madre ante la quemadura de su hijo, al segundo día de estancia hospitalaria, al igual que se inició el registro observacional, ya que el primer día son llevados a la unidad de urgencias, donde la madre no puede estar presente. La observación se llevó a cabo durante todo el tiempo de la hospitalización del niño.

La prueba de 16 PF de Cattell se aplicó a la madre después de la primera semana de estancia hospitalaria del niño.

Por último al ser dado de alta el niño, se hizo la segunda aplicación de IDARE.

4.10.- PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Cuando se tuvieron los treinta casos se procedido a la calificación de las pruebas psicológicas y al vaciado de los datos del registro observacional.

En el cuestionario demográfico se obtuvieron las frecuencias, las medias y las desviaciones estándar, según el caso, en cada pregunta. Mediante un análisis de frecuencias.

En el vaciado de los datos del registro observacional se tomaron los cinco primeros días, los cinco días intermedios y los cinco últimos días de estancia hospitalaria con el fin de homogenizar los datos.

En el IDARE se determinaron las medias y desviaciones estándar de cada grupo, posteriormente se realizó una comparación entre grupos, con la prueba estadística *t* de Student. En el I6 PF se obtuvieron las medias y las desviaciones estándar y se realizó una comparación entre grupos aplicando la prueba estadística de *t* de Student. En la prueba de personalidad se utilizaron las medias para convertirlas en estenes, realizando el perfil de la muestra total y de cada grupo.

En el registro observacional se procedido a obtener la frecuencia y los porcentajes de cada reactivo. Con el registro observacional se hizo, también una comparación entre los grupos para determinar si existían cambios en la actitud de ambos grupos durante la hospitalización, utilizando la prueba U de Man Whitney y la suma de rangos de Wilcoxon.

5.- RESULTADOS

A) COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA.

Cuadro 1. Estado civil de las madres de los niños quemados

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casadas	15	50
Unión libre	13	44
Solteras	1	3
Separadas	1	3
Total	30	100

El Estado Civil que predomina entre las madres de los niños quemados es el de casadas con un porcentaje del 50% de la muestra.

Cuadro 2. Edad de las madres de los niños quemados.

Edad de la Madre (años)	Frecuencia	Porcentaje
18-22	7	23
23-27	14	47
28-34	6	20
33-38	3	10
Total	30	100

El 47% de las madres que componen la muestra tienen una edad entre 23 a 27 años.

Cuadro 3. Edad del padre del niño quemado.

Edad del Padre (años)	Frecuencia	Porcentaje
19-24	6	20
25-30	16	56
31-36	4	10
37-42	2	10
43-48	2	7
Total	30	100

El 56% de los padres del niño quemado, se encuentran dentro del rango de edad de 25 a 30 años.

Cuadro 4. Lugar de procedencia y residencia de las madres.

Lugar de Procedencia y Residencia	Procedencia		Residencia	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Distrito Federal	18	60	23	77
Provincia	12	48	7	23

El 60% de las familias de la muestra investigada son originarias del Distrito Federal. Actualmente 17% de las familias de los Estados de la República se quedaron a residir en la Ciudad de México.

Cuadro 5. Religión de la Familia.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	27	90
No Católica	3	10
Total	30	100

El mayor porcentaje de las familias de niños quemados son Católicos.

Cuadro 6. Escolaridad de las madres.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	14	47
Secundaria	13	43
Preparatoria	3	10
Total	30	100

El 47% de las madres de los niños quemados cuentan con una escolaridad de primaria.

Cuadro 7. Ocupación de las madres.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	26	87
Empleada	2	7
Comercio	1	3
Empleada Doméstica	1	3
Total	30	100

En la muestra investigada el 87% de las madres se dedican al hogar y cuidado de sus hijos.

Cuadro 8. Número de Hijos en la familia de la madre.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1 - 2	6	20
3 - 5	13	43
6 - 8	8	27
9 - 11	3	10
Total	30	100

En el 43% la familia de origen de la madre está integrada de 3 a 5 hijos.

Cuadro 9. Lugar que ocupa la madre entre sus hermanos.

Lugar que ocupa	Frecuencia	Porcentaje
1° - 2°	8	27
3° - 4°	14	46
6° - 7°	8	27
Total	30	100

El lugar que ocupa la mayoría de las madres entre sus hermanos es el 3° ó 4° lugar con un porcentaje de 46%.

Cuadro 10. Antecedentes de Accidentes y Atención Médica de las madres.

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje	At. Médica	No At. Médica
Accidentes	17	57	33%	24%
No Accidentes	13	43		

El 57% de las madres de los niños quemados han sufrido accidentes en edades tempranas, siendo atendidas el 33% de ellas.

Cuadro 11. Estado Civil de los abuelos maternos.

Edo. Civil Abuelos	Frecuencia	Porcentaje
Casados	17	57
Unión Libre	7	23
Separados	4	13
Viudos	2	7
Total	30	100

El Estado Civil de los abuelos maternos que predomina es casados en un 57% de la muestra investigada.

Cuadro 12. La relación de la madre con su propia madre.

Relación	Frecuencia	Porcentaje
Agresión Física	3	10
Abandono	10	33
Indiferencia	4	13
Desconfianza	4	13
Confianza	2	7
Comunicación	4	13
Apoyo	3	10
Total	30	100

La relación de la madre y la abuela materna del niño quemado es predominantemente de abandono, en un 33% de la muestra.

Cuadro 13. Principales motivos de disfunción familiar.

Motivos de Disfunción	Frecuencia	Porcentaje
Agresión Física	8	27
Infidelidad	4	13
Problemas Económicos	3	10
Abandono Transitorio	2	7
Divorcio	1	3
Comunicación	5	17
Apoyo	7	23
Total	30	100

En las familias de los niños quemados de la muestra investigada el principal motivo de disfunción familiar es la agresión física en un 27%. Aunque en el 25% de la muestra se da apoyo entre sus miembros.

Cuadro 14. Existencia de alcoholismo en los padres.

Adicciones	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo	14	47
No Alcoholismo	16	53
Total	30	100

En el 53% de la población investigada no existe alcoholismo.

Cuadro 15. Manifestación de enojo entre la pareja.

Manifestaciones de Enojo	Frecuencia	Porcentaje
Golpes	3	10
Gritos	7	23
Ausencia de Diálogo	20	67
Total	30	100

Cuando existen problemas entre la pareja, la ausencia de diálogo es la manifestación más frecuente con un 67%.

Cuadro 16. Actividades recreativas de la familia.

Actividades Recreativas	Frecuencia	Porcentaje
Paseos	15	50
Reuniones Familiares	2	7
Ninguna	13	43
Total	30	100

Las actividades recreativas en las que participa el 50% de la población son paseos. Pero también el 43% no realiza ninguna actividad.

Cuadro 17. Personas que viven en la casa del niño.

Quien vive en casa	Frecuencia	Porcentaje
Familia Nuclear	23	77
Familia Materna	4	13
Familia Paterna	3	10
Total	30	100

En el hogar del niño quemado el 77%, vive familia nuclear, es decir, padres e hijos.

Cuadro 18. Zona donde habita la familia del niño.

Zona en que habitan	Frecuencia	Porcentaje
Zona Urbana	21	70
Zona Suburbana	9	30
Total	30	100

El 70% de la muestra habita en una zona donde se cuenta con todos los servicios públicos.

Cuadro 19. Número de personas que duermen en un cuarto.

Número de personas	Frecuencia	Porcentaje
dos	6	20
tres	4	13
cuatro	9	30
cinco	8	27
seis	3	10
Total	30	100

En un 30% de la muestra, son 4 las personas que duermen en una habitación.

Cuadro 20. Ocupación de los adultos de la familia.

Ocupación de los adultos	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo	7	23
Trabajo y Hogar	23	77
Total	30	100

En el 77% de la muestra, la ocupación de los adultos de la familia, es el trabajo y el hogar.

Cuadro 21. Ocupación de los niños de la familia.

Ocupación de menores	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	13	43
Estudio y Hogar	17	57
Total	30	100

En un 57% de la muestra investigada, los niños se dedican a estudiar y el hogar, ya que en las familias que integran la muestra hay tanto niños pequeños, como escolares.

Cuadro 22. Personas que aportan dinero a la familia.

Quien aporta dinero	Frecuencia	Porcentaje
Padre	19	64
Madre	1	3
Parientes	1	3
Padre y Madre	4	14
Padre - Parientes	3	10
Madre - Parientes	1	3
Hijos - Parientes	1	3
Total	30	100

Principalmente es el padre quien aporta la ayuda económica de estas familias, siendo un 64% de la muestra.

Cuadro 23. Número de hijos de la madre del niño quemado.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1 - 2	17	57
3 - 4	12	40
5 - 6	1	3
Total	30	100

La mayoría de las madres de la muestra investigada tienen entre 1 a 2 hijos, que es el 57%.

Cuadro 24. Lugar que ocupa el niño quemado entre sus hermanos.

Lugar que ocupa	Frecuencia	Porcentaje
1° - 2°	18	60
3° - 4°	11	37
5° - 7°	1	3
Total	30	100

El niño quemado ocupa el 1° ó 2°, lugar en el 60% de las familias.

Cuadro 25. Circunstancias del embarazo del niño quemado.

Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Planeado	13	37
No Planeado	19	63
Total	30	100

En un 63% las madres no planearon embarazarse de los niños quemados de esta muestra.

Cuadro 26. Reacción de los padres ante el embarazo del niño quemado.

Reacción	Frecuencia	Porcentaje
Alegría	22	74
Enojo	1	3
Resignación	7	23
Total	30	100

La principal reacción de la pareja al saber que se encuentra embarazada del niño quemado es de alegría en un 74%.

Cuadro 27. Presencia de abortos.

Presencia de abortos	Frecuencia	Porcentaje
Si han presentado	8	27
No han presentado	22	63
Total	30	100

El 63% de las madres no han presentado abortos.

Cuadro 28. Antecedentes de otros accidentes en el niño quemado.

Accidentes del N.O.	Frecuencia	Porcentaje
Si han presentado	9	30
No han presentado	21	70
Total	30	100

En un 70% los niños quemados no se han presentado otro tipo de accidentes.

Cuadro 29. Antecedentes de Accidentes en los hermanos del niño quemado.

Accidentes Hermanos	Frecuencia	Porcentaje
Si han presentado	8	27
no han presentado	22	63
Total	30	100

Los hermanos del niño quemado no han presentado accidentes en un 73% de la muestra.

Cuadro 30 Agente causante de la quemadura.

Agente Causante Ox.	Frecuencia	Porcentaje
Agua Caliente	18	60
Alimento Caliente	9	30
Fuego Directo	2	7
Electricidad	1	3
Total	30	100

El principal agente causal de la quemadura del niño es el agua caliente en un 60% de la muestra investigada.

Cuadro 31. Reacción de la madres ante el accidente.

Reacción de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Tristeza	7	23
Preocupación	23	77
Total	30	100

El 77% de las madres se preocupa ante el accidente que sufrió el menor.

Cuadro 32. Reacción del padre ante el accidente.

Reacción del padre	Frecuencia	Porcentaje
Enojo	7	23
Tristeza	5	17
Preocupación	14	47
Indiferencia	4	13
Total	30	100

El 47% de los padres se preocuparon, pero también es importante hacer notar que el 23% de ellos se enoja con su pareja al saber del accidente del menor.

Cuadro 33. Primeras ayudas después del accidente.

Primeras ayudas	Frecuencia	Porcentaje
Quitar la ropa	7	23
Agua Fría	6	20
Tratamiento Casero	6	20
Ninguna	11	37
Total	30	100

El 37% de los niños quemados no recibieron ningún tipo de ayuda después del accidente, hasta ser llevados al Hospital.

Cuadro 34. Persona responsable del niño en el Hospital.

Responsable en el hospital	Frecuencia	Porcentaje
Madre	15	50
Madre - Padre	7	23
Madre - Parientes	8	27
Total	30	100

La madre es quien se hizo cargo del niño en el hospital en un 50% de la muestra.

Cuadro 35. Persona que se hace cargo del niño en casa habitualmente

Responsable en casa	Frecuencia	Porcentaje
Madre	26	87
Hermanos	1	3
Parientes	2	7
Madre - Parientes	1	3
Total	30	100

En un 87% es la madre quien se hace cargo del cuidado del niño en casa.

Cuadro 36. Persona que se hará cargo del niño cuando sea dado de alta.

Responsable al salir	Frecuencia	Porcentaje
Madre	27	90
Hermanos	1	3
Parientes	2	7
Total	30	100

El 90% de las madres se harán cargo del niño cuando sea dado de alta.

Cuadro 37. Cuenta con información del estado de salud del niño.

Estado de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Si sabe	20	67
No sabe	10	33
Total	30	100

Durante la hospitalización del niño el 67% de las madres tenían conocimiento del estado de salud del menor.

B.- PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

1.- En el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado las madres presentaron los siguientes resultados:

Cuadro 3B. Test y Retest del IDARE.

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)	Grupo Uno		Grupo Dos	
	media	d.e.	media	d.e.
Ansiedad Estado 1	53.00	12.50	50.47	10.52
Ansiedad Rasgo 1	43.40	13.49	43.80	11.50
Ansiedad Estado 2	37.53	7.91	36.73	7.66
Ansiedad Rasgo 2	38.07	10.19	40.87	9.57

La ansiedad estado es superior a la ansiedad rasgo en la primera aplicación en ambos grupos, disminuyendo en el retest.

2.- En el test de 16 Factores de Personalidad de Cattell los resultados son los siguientes:

Cuadro 39. Resultados de la muestra total del 16 Factores de personalidad de Cattell.

FACTORES	MUESTRA TOTAL	
	media	desviación estandar
Factor A	11.967	2.428
Factor B	4.733	1.741
Factor C	13.567	4.023
Factor E	9.833	3.239
Factor F	10.867	3.104
Factor G	11.633	3.045
Factor H	11.967	4.214
Factor I	12.233	2.239
Factor L	9.833	3.086
Factor M	10.000	2.841
Factor N	10.667	3.457
Factor O	11.300	3.780
Factor Q1	7.700	2.818
Factor Q2	11.467	3.224
Factor Q3	12.100	2.510
Factor Q4	12.833	4.194
Factor SQ1	5.200	1.669
Factor SQ2	7.833	1.663
Factor SQ3	5.533	1.833
Factor SQ4	4.433	1.382

En la muestra total el factor C obtiene la media más alta con 13.567, seguidos por los factores Q4 con una media de 12.833, el factor I con una media de 12.233 y finalmente el factor Q3 con una media de 12.100.

Cuadro 40. Resultados del grupo uno y grupo dos del 16 PF de Cattell.

FACTORES	GRUPO 1		GRUPO 2	
	media	d. e.	media	d.e.
Factor A	12.667	3.016	11.267	1.438
Factor B	5.200	2.274	4.267	0.799
Factor C	14.867	4.580	12.267	2.987
Factor E	9.267	3.390	10.400	3.089
Factor F	11.800	3.052	9.933	2.963
Factor G	11.333	3.309	11.933	2.840
Factor H	12.867	4.518	11.067	3.826
Factor I	12.533	1.995	11.933	2.492
Factor L	9.533	3.114	10.133	3.137
Factor M	10.200	3.098	9.800	2.651
Factor N	11.133	3.720	10.200	3.234
Factor O	11.667	3.922	10.933	3.731
Factor Q1	7.667	3.436	7.733	2.154
Factor Q2	10.800	3.406	12.133	2.997
Factor Q3	12.400	2.694	11.800	2.366
Factor Q4	12.133	4.612	13.533	3.758
Factor SQ1	5.733	1.624	4.667	1.589
Factor SQ2	7.533	1.846	8.133	1.457
Factor SQ3	5.400	1.724	5.667	1.988
Factor SQ4	3.933	1.223	4.933	1.387

En el grupo uno las medias más elevadas se encuentran en los factores C con una media de 14.867, el factor H con una media de 12.867, el factor A con una media de 12.667, el factor Y con una media de 12.533, el factor Q3 con una media de 12.400 y por último el factor Q4 con una media de 12.133. En el grupo dos las medias más altas fueron los factores Q4 con una media de 13.533, el factor C con una media de 12.267, y finalmente en factor Q2 con una media de 12.133.

Se obtuvieron los perfiles de la muestra total, del grupo 1 y del grupo 2, los cuales se observan en la figura 1.

PERFIL DEL QUESTIONARIO 16 FP

Escala	Puntuación bruta			Puntuación estandarizada	BAJA PUNTAJACION DESCRIPCION	PUNTAJACION EN ESTENES ← Promedio →	ALTA PUNTAJACION DESCRIPCION
	Forma I	Forma II	Total				
1					RESERVADO, DISCRETO, CRITICO, APARTADO, INFLEXIBLE (Espiritual)		EXPRESIVO, AFECTIVO, COMPASIVO, PARTICIPATIVO (Socializado)
2					MEJOS INTELIGENTE, PENSAMIENTO CONCRETO (Baja capacidad mental escalar)		MAS INTELIGENTE, PENSAMIENTO ABSTRACTO, BRILLANTE (Alta capacidad mental escalar)
3					AFFECTADO POR SENTIMIENTOS, MENOR ESTABILIDAD EMOCIONAL, PERTURBABLE (Desgaste del yo)		EMOCIONALMENTE ESTABLE, MADURO, DE ENFRENTAMIENTO, INDEPENDENCIA (Plena personalidad)
4					SUMISO, INDOLENTE, COEDIENTE, SOCIAL SERVICIAL (Sumisión)		AFIRMATIVO, ENFRENTADOR, COMPETITIVO (Dominante)
5					SOBRIO, TACTURNO, SERIO (Pensamiento)		DESOCUPADO, ENFANTIL (Impulsividad)
6					ACTIVO, DESACATA LAS REGLAS (Sustero del yo)		RESERVADO, PENSATIVO, MODERADO, CONSERVADOR (Sustero del yo)
7					REGATADO, TIMIDO, REPRIMIDO (Yo)		AVENTURADO, DEFIANZA, CONFIANZA (Yo)
8					CALCULATOR, CONSERVADOR, PENSATIVO, REALISTA (Severidad)		ESTUDIOSO, SERIO, INDEPENDIENTE (Yo)
9					CONFIADO, OPTIMISTA (Confianza)		DESCONFIADO, SORPRESA (Desconfianza)
10					PRACTICO, TIENE PREOCUPACIONES REALES (Objetividad)		IMAGINATIVO, ENFANTIL (Yo)
11					INGENUO SIN PRETENSIONES, SINCERO PERCIBIENDO LA TORPE (Ingeniería)		ACTIVO, ENFRENTADOR, AMBITIVO, CONSCIENTE (Yo)
12					SEGURO DE SI MISMO, APACIBLE, SEGURO, COMPASIVO, SERENO (Adecuación Sereno)		APREHENSIVO, INSEGURO, ENFANTIL, INDEPENDIENTE (Yo)
13					CONSERVADOR, RESPECTUOSO DE LAS IDEAS ESTABLECIDAS (Consecuencia)		EXPERIMENTADOR, PENSAMIENTO LIBRE (Yo)
14					DEPENDIENTE DEL GRUPO, SE ADHIERE A LOS ESTANDARES DEL GRUPO (Dependencia del grupo)		INDEPENDIENTE, ENFRENTADOR (Yo)
15					INCONTINENTE, PENSATIVO, SUS PHRASAS SON MAS INDEFINIDAS Y MAS RELEVANTES (Yo)		CONSERVADOR, ENFRENTADOR (Yo)
16					RELAJADO, TRANQUILO, SERENO (Yo)		PENSATIVO, ENFRENTADOR (Yo)

MUESTRA GLOBAL
GRUPO 1 - - - - -
GRUPO 2 - - - - -

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

110-1

Cuadro 41. Resultados del registro observacional.

Grupo 1

VARIABLES	PRIMERA SEMANA	SEGUNDA SEMANA	TERCERA SEMANA
	MODO	MODO	MODO
Acercamiento	13.000	6.000	1.000
Carga al niño	1.000	2.000	0.000
Arrullo	3.000	4.000	0.000
Caricias	10.000	7.000	0.000
Gestos Agrado	0.000	2.000	0.000
A. Alimenticia	0.000	1.000	1.000
N. Escretoras	1.000	1.000	0.000
Rehabilitación	1.000	2.000	0.000
A. otro niño	0.000	1.000	0.000
Golpes	0.000	0.000	0.000
Somnolencia	8.000	1.000	4.000
Aburrimiento	1.000	0.000	0.000
G. Desagrado	0.000	0.000	0.000
Ausencia	12.000	7.000	4.000
Se miran	39.000	40.000	66.000
Mira Ambiente	30.000	29.000	90.000
Obse. Personal	70.000	39.000	42.000
Sonríe	0.000	4.000	2.000
Sonríe a Per.	6.000	6.000	7.000
Se tocan	11.000	4.000	12.000
A. Recreativas	4.000	17.000	6.000
Dormir	7.000	1.000	0.000
Despertar	3.000	0.000	0.000
Deambulaci3n	16.000	10.000	6.000
Salí obser.	3.000	1.000	0.000
Entra obser.	3.000	0.000	0.000
Inquietud	11.000	20.000	0.000
LLanto	17.000	14.000	0.000
Lo tranquiliza	6.000	2.000	0.000
Tono suevo	1.000	0.000	0.000
El3gios	0.000	0.000	0.000
Rega3os	0.000	0.000	0.000
Gritos	0.000	0.000	0.000
P. Altisonantes	0.000	0.000	0.000
Llama Atenci3n	0.000	0.000	0.000
Informa Edo.	0.000	0.000	0.000
Platican	10.000	33.000	0.000
Platica Adulto	33.000	13.000	0.000
Platica Ni3o	0.000	0.000	0.000
Rechazo	0.000	0.000	0.000
Aus. Di3logo	0.000	0.000	0.000
LLama	9.000	1.000	0.000
Demanda	0.000	4.000	0.000

Las conductas que más se presentaron fueron "observa al personal" con 70 registros en la primera semana, "se miran" con 40 registros en la segunda semana, "mira su ambiente" con 90 registros en la tercera semana.

Cuadro 42. Resultados del registro observacional.

Grupo 2

VARIABLES	PRIMERA SEMANA	SEGUNDA SEMANA	TERCERA SEMANA
	MODC	MODO	MODO
Acercamiento	5.000	10.000	9.000
Carga al niño	1.000	0.000	0.000
Arrullo	5.000	0.000	0.000
Caricias	3.000	1.000	1.000
Gestos Agrado	0.000	0.000	0.000
A. Alimenticia	8.000	5.000	8.000
N. Escretoras	0.000	0.000	1.000
Rehabilitación	4.000	4.000	3.000
A. otro niño	0.000	0.000	0.000
Golpes	0.000	0.000	0.000
Somnolencia	2.000	0.000	0.000
Aburrimiento	0.000	0.000	0.000
G. Desagrado	0.000	0.000	0.000
Ausencia	8.000	8.000	7.000
Se miran	57.000	76.000	48.000
Mira Ambiente	98.000	66.000	78.000
Obse. Personal	30.000	26.000	28.000
Sonríe	1.000	0.000	2.000
Sonríe a Per.	1.000	2.000	10.000
Se tocan	10.000	10.000	5.000
A. Recreativas	3.000	0.000	61.000
Dormir	3.000	0.000	0.000
Despertar	5.000	0.000	0.000
Deambulaci3n	12.000	4.000	13.000
Sale obser.	3.000	1.000	1.000
Entra obser.	0.000	0.000	1.000
Inquietud	11.000	3.000	4.000
LLanto	10.000	0.000	4.000
Lo tranquiliza	1.000	0.000	0.000
Tono suave	0.000	0.000	0.000
El3glos	0.000	0.000	0.000
Rega3nos	0.000	0.000	0.000
Gritos	0.000	0.000	0.000
P. Altisonantes	0.000	0.000	0.000
Llama Atenci3n	0.000	0.000	0.000
Informa Edo.	1.000	0.000	0.000
Platican	46.000	10.000	67.000
Platica Adulto	35.000	43.000	11.000
Platica Ni3o	0.000	0.000	0.000
Rechazo	1.000	0.000	0.000
Aus. Di3logo	0.000	0.000	0.000
LLama	12.000	0.000	20.000
Domanda	3.000	1.000	1.000

Las conductas que fueron más frecuentes son: "mira su ambiente" con 98 registros durante la primer semana, "se miran" con 76 registros en la segunda semana, "mira su ambiente" con 78 registros durante la tercer semana.

En la prueba de IDARE se aplicó la prueba estadística *t* de Student para determinar las diferencias entre el grupo uno y el grupo dos, no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos.

En el Test de 16 Factores de Personalidad de Cattell se aplicó la prueba estadística *t* de Student para hacer una comparación entre el grupo uno y el grupo dos, obteniéndose los siguientes resultados:

Cuadro 43. Resultado de la *t* de Student del 16 PF de Cattell.

Factor SQ4	media	<i>t</i> de Student	significancia
Grupo Uno	3.93	-2.09	0.046
Grupo Dos	4.93		

El único factor en donde se encuentran diferencias significativas es el factor SQ4 que se refiere a Dependencia vs Independencia, obteniendo un mayor puntaje tendiendo a la dependencia en el grupo dos.

En el registro observacional se aplicó la prueba estadística de U de Man Whitney y la prueba de rangos de Wilcoxon, para detectar las diferencias de las conductas entre el grupo uno y dos, obteniéndose los siguientes resultados:

Cuadro 44. Resultados de las pruebas estadísticas aplicadas al Registro Observacional.

VARIABLES	MEDIA DE RANGOS		VALOR DE U	VALOR DE W	SIGNIFICANCIA
	GRUPO 1	GRUPO 2			
Gritos Primer semana	11.80	19.20	57.0	177.0	0.020
Platican Primer semana	11.07	19.93	46.0	166.0	0.004
Arrullo Segunda semana	19.20	11.80	57.0	288.0	0.020
Golpes Segunda semana	19.20	11.80	57.0	288.0	0.020
Llanto Segunda semana	18.90	12.10	61.5	283.5	0.032
Rechazo Segunda semana	19.97	11.03	45.5	299.5	0.004
Acercamiento Tercer semana	12.13	18.87	62.0	182.0	0.036
Caricias Tercer semana	12.33	18.67	65.0	185.0	0.050
Platican Tercer semana	9.57	21.43	23.5	143.5	0.000
Demanda Tercer semana	11.37	19.63	50.5	170.5	0.008

La conducta que presenta un nivel de significancia más elevado es "platican" en la tercera semana, existiendo una diferencia de 11.86 puntos entre las medias del grupo uno y el grupo dos, siendo más frecuente esta conducta en el grupo dos.

6.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

A) COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación y a los diversos postulados teóricos, podemos concluir que: La muestra investigada tiene algunos factores en común con las características de las familias donde existe maltrato físico, como es, el nivel socioeconómico. Estas familias en su gran mayoría provienen de una población con pocos recursos económicos (ver cuadro 18), viven en hacinamiento (ver cuadro 19), en algunos existe alcoholismo (ver cuadro 14), la gran mayoría se encuentran casados o en unión libre (ver cuadro 1), pero no por esto son familias estables, ya que existe falta de comunicación entre sus miembros, propiciando la agresión física (ver cuadro 13), los regaños y en muy rara ocasión se utiliza el dialogo en el establecimiento de límites.

La escolaridad de las madres nos muestra una deficiente preparación académica (ver cuadro 6), lo cual puede condicionar que desconozcan como atender a sus hijos y acudir a los remedios "tradicionales" como solución a sus problemas. En este caso se observó en las primera ayudas que recibió el niño después de la quemadura, en donde se utilizó en algunos casos un tratamiento casero como poner aceite comestible, clara de huevo, pasta de dientes, hasta tinta de pluma en la herida. Otra forma de atender al niño era ponerle agua fría en exceso lo que en muchas ocasiones provocó que la quemadura se profundizara (ver cuadro 33).

Con respecto a la edad de las madres el rango de edad de la muestra investigada es de 23 a 27 años (ver cuadro 2), que comparado con el estudio realizado en el Instituto Nacional de Pediatría sobre maltrato al menor ambas concuerda; en este estudio también se observó que con frecuencia el agresor era la madre del menor.

En su gran mayoría, la muestra es originaria del Distrito Federal (ver cuadro 4), en donde cotidianamente se presentan estímulos estresantes que afectan la relación de estas madres con sus niños. Apesar de que 26 de las 30 madres se encuentran únicamente dedicadas al cuidado de sus hijos (ver cuadro 35), hay que tomar en cuenta que estas familias en ocasiones tienen pocas actividades recreativas que les permitan disminuir el estres, debido a restricciones económicas (ver cuadro 16).

Por lo tanto, las familias de los niños quemados que se observaron cuentan con una dinámica disfuncional, con pocos cuidados y estimulación inadecuada, a veces por tener un nivel cultural bajo que les impide desarrollarse y convivir adecuadamente.

En especial, la madre carece de conocimientos que le permitan cuidar y prevenir los accidentes, además de no establecer un vínculo afectivo satisfactorio con sus hijos, debido a su propia frustración temprana y conyugal (ver cuadros 12, 13 y 15).

Además de la poca comunicación que existe en la familia de origen de estas madres, donde predomina un sentimiento de abandono, agresión física, indiferencia, desconfianza y en pocas ocasiones apoyo (ver cuadro 12), lo que afecta su relación con sus hijos, ya que el modelo aprendido impide que la relación madre-hijo se forme adecuadamente como menciona Winnicott, pues al no contar con un ambiente favorecedor, que propicie un desarrollo normal de su personalidad, tampoco ella podrá ofrecer a sus hijos la confianza y seguridad que el bebé necesita para su desarrollo óptimo.

B) PRUEBAS PSICOLÓGICAS

1.- IDARE

Las madres de la muestra investigada presentan una ansiedad rasgo moderado que se ve alterado cuando se presenta una situación estresante, en este caso el accidente. Regresando a su estado normal, "para ellas", cuando el evento deja de ser amenazante (ver cuadro-38).

Lo cual afecta su relación con el niño durante la hospitalización, al mostrarse poco tolerantes a las necesidades y demandas del menor no considerando que el niño se encuentra en un ambiente desconocido, que ha sido separado de ella, además de ser expuesto a un constante dolor físico y emocional donde se necesita el apoyo y la seguridad que la madre pueda brindarle.

Considerando la baja capacidad intelectual de las madres y el grado de ansiedad que presentan, la comunicación entre madre e hijo se ve afectada, no permitiendo que la madre sea capaz de explicarle al niño la situación por la cual está atravesando, esto en el caso de los niños mayores de dos años, y mucho menos de interactuar con él, con el fin de favorecer su adaptación, disminuir su ansiedad y evitar la depresión durante la hospitalización, por que todo esto interfiere con la evolución física, ya que

provoca una baja en las defensas del sistema inmunológico lo que propicia las infecciones que pueden llevar a la muerte al paciente.

2.- 16 FACTORES DE PERSONALIDAD DE CATTELL

En lo que se refiere a la personalidad de las madres de los niños quemados las características son las siguientes:

PERFIL DE PERSONALIDAD DE LA MUESTRA TOTAL

En general las madres de los niños quemados son personas dispuestas a cooperar en diversas actividades, en donde pueden convivir con otras personas, ya que su superego fue adecuadamente introyectado, por lo tanto les es fácil seguir las normas sociales pero no asumen demasiadas responsabilidades.

Emocionalmente son personas inestables, fácilmente perturbables, con poca tolerancia a la frustración, desistiendo continuamente de sus objetivos, parecen ser personas con muy poco afecto, que probablemente cuentan con relaciones tempranas conflictivas, tienen poca energía, no cuentan con las habilidades necesarias por su baja capacidad intelectual y su deficiente capacidad de juicio para poder adaptarse a la vida en sus múltiples aspectos, dando soluciones concretas a los problemas cotidianos que se les presentan. Son madres con preocupaciones reales, interesadas por los asuntos inmediatos, con poca capacidad de planeación.

Son mujeres aprehensivas, conservadoras, susceptibles a las amenazas, son inseguras, buscan la simpatía de los demás, son indulgentes con ellas mismas, ansiosas, autorecriminales.

En lo que se refiere a su autoestima son madres interesadas por su imagen, pero sin excederse, siguen los patrones sociales (ver figura 1).

PERFIL DE PERSONALIDAD DE LAS MADRES DEL GRUPO 1

Las madres de este grupo son de buen carácter, les gusta compartir sus experiencias con los demás son complacientes; adaptables a las circunstancias, en ocasiones se dejan llevar por otras personas, son un poco descuidadas, respetan ideas establecidas siempre y cuando no afecten sus intereses, procurando no rebasar límites. Participan en actividades de la comunidad y según sus conveniencias expresan sus acuerdos y desacuerdos.

Emocionalmente son sensibles ante las situaciones estresantes, evaden sus responsabilidades y se preocupan fácilmente, son inconsistentes.

Su capacidad intelectual es baja, cuentan con un pobre ambiente cultural, son inconsistentes en las actividades académicas, su capacidad de juicio es bajo.

Son inseguras, esperan atención y afecto de otros sin dar nada a cambio, amenos que les convenga, son personas que lloran fácilmente, son aprehensivas, sensibles a la crítica, les cuesta trabajo espesar sus sentimientos, son personas que exigen que los demás asuman sus responsabilidades en los errores, tienen poca tolerancia a la frustración, poca confianza en sí mismas.

Son madres convencionales que asumen su rol psicosocial, son mujeres ansiosas (ver figura 1).

PERFIL DE PERSONALIDAD DE LAS MADRES DEL GRUPO 2

Las madres que pertenecen a este grupo son personas discretas, un poco desconfiadas, propensas al mal humor, son mujeres conservadoras que respetan las normas sociales, pero que cuando están en una situación que afecta sus intereses rebasan los límites establecidos. Son mujeres poco participativas en actividades de la comunidad, inconsistentes en sus actividades sociales y académicas, tienen un bajo coeficiente intelectual, con incapacidad para resolver problemas abstractos, su capacidad de juicio es débil, su capacidad de planeación y anticipación es deficiente. Son mujeres desorganizadas, inestables emocionalmente, inseguras, fácilmente perturbables, con poca tolerancia a la frustración por lo cual evaden sus responsabilidades, son indulgentes consigo mismas, buscan la simpatía y ayuda de la gente esperando la atención y el afecto de estos. Son personas ansiosas, aprehensivas y autorecriminales, convenencieras y ambivalentes, además de pobremente controlables.

En lo que se refiere a la personalidad de las madres de los niños quemados de esta investigación, tomando en cuenta el 16 PF de Cattell y las teorías de personalidad, son mujeres que no están capacitadas para desarrollar el rol de madres, ya que no cuentan con la capacidad intelectual que les permita entender las necesidades de sus hijos, transmitirles seguridad y confianza, pues ellas no la recibieron de sus propios padres, por lo que es imposible que den lo que nunca aprendieron.

Su personalidad impide tener una buena relación con sus hijos; presentan un vínculo materno filial que fácilmente se ve perturbado por la incapacidad de la madre para entender y satisfacer las necesidades fisiológicas del menor y establecer una relación de apego. Todo lo anterior perjudicará las relaciones futuras del menor y determinará los rasgos de personalidad del niño, que a su vez repetirá, probablemente, el mismo modelo (ver figura 1).

3.- REGISTRO OBSERVACIONAL

De acuerdo a los datos obtenidos en el registro observacional se hace notar que estas madres, son poco expresivas en el afecto hacia sus hijos durante la hospitalización del menor, lo cual nos hace inferir que el vínculo afectivo madre e hijo no ha sido adecuadamente establecido. De acuerdo a los citados por Bowlby, Freud, Melanie Klein, Winnicott, y otros autores los cuales mencionan que el niño establece el vínculo afectivo con la madre por que depende de ella como fuente de gratificación fisiológica; se puede afirmar que estas mujeres no satisfacen las necesidades básicas adecuadamente, como son el hambre, las necesidades escrotoras y en este caso la ayuda en rehabilitación física que es tan importante para la recuperación del menor. Y en las pocas ocasiones que realizan estas actividades, lo hacen de manera indiferente no relacionándose adecuadamente con el menor, ya que no le hablan, ni lo miran y cuando lo hacen fácilmente se distraen con otros estímulos que los parecen más interesantes que la atención a su niño, como puede ser, el platicar con otra persona, observar las actividades del personal o ha los otros niños que en ocasiones atienden en lugar de a su hijo (ver cuadro 41 y 42).

En pocas ocasiones expresan frases cariñosas a sus hijos que los alienten y tranquilicen por estar en un lugar desconocido y agresivo para ellos, ya que todo el personal que esta a su alrededor lo agrede y su madre no le proporciona el apoyo necesario, ni la seguridad cuando está con él. Se podría pensar que las restricciones del hospital intervienen en la interacción de la madre y el niño, pero cuando estas madres están presentes la interacción es deficiente y poco gratificante para el menor, además de que las madres suelen delegar su papel maternal al personal de enfermería y a los demás familiares. Su ausencia en el hospital es evidente en la muestra investigada; en el caso de los niños menores de dos años las madres están más

tiempo con los niños, pero esto no quiere decir que la calidad de la interacción sea adecuada; en el caso de los niños mayores de dos años las madres están presentes más tiempo los primeros días, pero cuando el menor se va recuperando lo dejan más tiempo sólo, al cuidado del personal. De acuerdo a lo que menciona Bowlby estas madres ejercen en sus hijos la privación materna pues al no interactuar con sus niños no les brindan la seguridad que les permita adaptarse a su medio ambiente de manera satisfactoria.

En ambos casos las madres de los niños no se preocupan por informarse del estado físico del niño. Además estas madres son poco sensibles a las señales que les envían sus hijos, no permitiendo iniciar, mantener y modular la interacción social.

Aunque al parecer no existe un maltrato físico de los niños de la muestra investigada, si se encuentran formas de maltrato de tipo emocional como son: el descuido que provocó el accidente, el abandono con sus constantes ausencias durante la hospitalización y la indiferencia y rechazo en la relación madre-hijo.

La presencia de las madres en el ambiente hospitalario sólo es adecuada si ellas establecen una relación cálida y cercana con sus niños, no importando el tiempo que permanezcan a su lado sino la calidad de la interacción, la cual va a permitir que la madre se integre al tratamiento de su pequeño y ayude a su recuperación.

7.- CONCLUSIONES

La investigación permite concluir lo siguiente:

Las madres de los niños quemados presentan características de personalidad semejantes. Por tal motivo se acepta la hipótesis alterna uno.

La conducta de la madre no presenta cambios a lo largo de la hospitalización del menor, aceptándose la hipótesis nula dos.

Si se presentan cambios en el manejo de la ansiedad en las madres antes y después de la hospitalización del niño quemado, aceptándose la hipótesis alterna tres.

No existen diferencias en el nivel de ansiedad del grupo de madres que tienen hijos de 0 a 2 años y el grupo de madres que tienen hijos de 2 años 1 mes a 4 años, por lo que se acepta la hipótesis nula.

En lo que se refiere a las características de personalidad de las madres de los niños quemados, estas son las relevantes: Son mujeres que tienen una baja capacidad intelectual, son emocionalmente inestables, inseguras, que se preocupan ante situaciones que producen cambios negativos en su vida cotidiana, son conservadoras, con poca tolerancia a la frustración e impulsivas.

Las madres del primer grupo sólo difieren significativamente en que son un poco más afectuosas, transgreden más fácilmente las normas establecidas, son aprehensivas, autorecriminales, inseguras y se preocupan fácilmente ante cualquier cambio que se presente. Las madres del segundo grupo son más retraídas que las madres del primer grupo. En los otros rasgos son muy semejantes a la muestra global.

A continuación se presentan dos ejemplos más representativos de la muestra que nos permiten conocer más a fondo a las madres de los niños quemados.

PRIMER CASO.

El menor inicia su padecimiento cuando al estar desayunando la madre deja en la mesa una taza de té hirviendo, y sale en busca de agua fría; al entrar a la habitación observa que el niño jala el mantel y se vierte la taza encima. Rápidamente la madre le pone agua fría y posteriormente aceite comestible en la herida, después es llevado al Hospital General del Estado de México de donde es trasladado a el Hospital Pediátrico de Xochimilco, determinando que el menor sufrió una quemadura del 20% de SCTO, en cara, cuello y tórax.

La madre es una mujer de 21 años que vive en unión libre con un hombre de 26 años de edad, ambos de religión católica. La madre nació en el Estado de México donde actualmente residen. Tienen una escolaridad de quinto de primaria y se dedica al hogar.

La familia de origen de la madre está formada por sus padres que están casados por el civil y la Iglesia, además de nueve hijos, ocupando ella el sexto lugar entre ellos.

En los antecedentes de accidentes en edades tempranas de la madre; se cayó a los 14 años no siendo atendida apesar de que recibió un fuerte golpe en la cabeza.

La relación con su madre la considera distante y con poco afecto. Su relación de pareja es agresiva, ya que cuando su pareja se enoja o ingiere bebidas alcohólicas la golpea y la insulta. Llevan 5 años juntos y nunca se han separado y es la primera pareja para ambos.

La zona donde habita la familia es suburbana, ya que no cuentan con los servicios públicos necesarios; como el agua y el drenaje. La vivienda donde habitan consta de dos cuartos; uno que utilizan como recámara y otro como cocina. No tienen baño sólo fosa séptica.

El padre del menor es albañil por lo que no cuentan con los recursos económicos suficientes; lo cual tampoco les permite tener actividades recreativas en las que participe la familia.

Esta pareja procreó tres hijos que actualmente tienen 4 años, 2 años, y el paciente que tiene 1 año 3 meses. La madre no ha presentado aborto, y ninguno de sus embarazos han sido planeados. La reacción de ambos padres hacia el embarazo del niño quemado fué de indiferencia.

La disciplina la aplica la madre mediante golpes y regaños.

Durante la estancia hospitalaria del menor, la madre estuvo la mayor parte del tiempo ausente; interesándose en pocas ocasiones por la salud del menor.

En la Prueba de IDARE se observa que la madre es una persona con una ansiedad moderada como rasgo, que al enfrentarse a una situación estresante, en este caso el accidente; aumenta su ansiedad a un estado grave, que no puede tolerar y del que prefiere huir. Cuando el evento estresante desaparece vuelve a su estado original el nivel de ansiedad, es decir, a una ansiedad moderada.

En la Prueba de 16 Factores de Personalidad de Cattell, la madre se percibe como una persona sociable, aceptando las normas sociales cuando no afectan sus intereses personales, es decir, su superego no adecuadamente introyectado.

Su capacidad intelectual es baja, con incapacidad para resolver problemas abstractos; su juicio es pobre, su capacidad de planeación y anticipación es deficiente. Es desorganizada en su actividades, desertando continuamente de ellas, se preocupa sólo por intereses y asuntos inmediatos.

Emocionalmente es inestable; insegura, con poca tolerancia a la frustración, evade sus responsabilidades, busca pleitos y situaciones problemáticas. Es una persona convencional, ansiosa, aprehensiva y autorecriminante, impulsiva, sensible a la aprobación y desaprobación de los demás.

En el registro observacional, la conducta de la madre es la siguiente:

Es una madre que al inicio del padecimiento del niño delegó en el personal sus responsabilidades al personal, ya que ella se mantuvo ausente la mayor parte del tiempo, y en las pocas ocasiones en que estuvo la interacción con su hijo fué deficiente; no satisfaciendo las necesidades básicas del niño como son: alimentarlo, atenderlo en sus necesidades escretoras, ayudarlo en su rehabilitación física, etc.. Emocionalmente no le brindó apoyo al niño, ya que cuando estaba presente, en pocas ocasiones se acercaba, lo miraba, le sonreía, platicaba con él o lo tranquilizaba. En el tiempo de estancia hospitalaria del menor agredió en varias ocasiones al niño con golpes, gritos y llamadas de atención.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el 16 Factores de Personalidad de Cattell y el registro observacional de la madre, se puede concluir que es una madre distante que no ha establecido un vínculo afectivo adecuado con su hijo, su interacción con el pequeño es deficiente portandose indiferente ante las señales que el niño le manda, desentendiéndose del cuidado del menor, delegando al personal sus responsabilidades. Es una madre que abandonó y rechazó a su hijo cuando sucedió el accidente y no ayudó al menor en su adaptación al medio hospitalario, y en su recuperación.

Por lo que se puede inferir que el cuidado del menor en general no es el adecuado, ya que la madre no cuenta con la capacidad intelectual y emocional para que proporcione al niño una estabilidad que favorezca su desarrollo físico, emocional e intelectual.

Aunque no se puede determinar que el accidente fué causa de un maltrato físico existen formas de maltrato como es la indiferencia, el rechazo y el abandono.

SEGUNDO CASO.

A continuación se presenta otro caso; el cual pertenece al grupo de madres cuyo hijo tiene una edad de 2 años 1 mes a 4 años.

Se trata de paciente femenino la cual inicia su padecimiento cuando la abuela paterna deja una cubeta de agua caliente en el piso y al entrar la niña a la casa tropieza con la cubeta cayendo dentro de está. Inmediatamente la abuela la sacó del agua, quitándole la ropa y aplicando huevo en la herida, posteriormente la madre la lleva a un médico particular; quien le realiza curaciones y sugiere canalizarla al Hospital Pediátrico de Xochimilco, donde se determina que la quemadura abarca 17% de SCTQ (Superficie Corporal Total Quemada), localizada en genitales, glúteos, muslos y tórax.

La madre es una mujer de 30 años; casada por el civil con un hombre de 29 años, ambos profesan la religión católica. Ella es originaria del Distrito Federal en donde actualmente reside. Posee una escolaridad de sexto año de primaria, dedicada al hogar.

Su familia de origen está integrada por sus padres que están casados por el civil y la iglesia. Los cuales procrearon 8 hijos; ocupando ella el tercer lugar entre sus hermanos.

Le relación con su madre la considera lejana, ya que existe desconfianza y agresión física desde temprana edad.

Su relación de pareja es ambivalente, ya que su esposo constantemente se encuentra de mal humor y en ocasiones la golpea. Por lo cual se han separado en varias ocasiones, estas son temporales. Actualmente se encuentran juntos, siendo su primer pareja para ambos.

La zona donde habita la familia es urbana, ya que cuentan con todos los servicios públicos.

La vivienda donde habitan tiene seis habitaciones; la comparten con la abuela paterna y dos tías paternas, ellos utilizan dos habitaciones; las otras dos recamaras, la cocina; y la estancia son compartidas con la abuela.

El padre de la menor es chofer de un taxi que no es de su propiedad. Por lo cual no cuenta con los recursos económicos suficientes, y esto les impide realizar actividades recreativas en las que conviva la familia.

La pareja tiene tres hijos: la mayor de 8 años, un niño de 6 años y Martha de 4 años de edad. La madre niega haber presentado algún aborto, todos sus embarazos han sido planeados, utilizando como método anticonceptivo el coito interrumpido. La reacción de los padres ante embarazo fue alegría.

La disciplina a los hijos es ejercida por la madre por medio de regaños y llamadas de atención.

Durante la hospitalización la madre y el padre estuvieron la mayor parte del tiempo con la menor y constantemente se informaban del estado de salud de la niña.

En la prueba de IDARE se observa que la madre tiene una ansiedad rasgo con un nivel moderado que ante el evento estresante se elevó a un nivel de grave, y que al paso de la evolución favorable de la menor descendió a moderada.

Durante los primeros días de hospitalización la madre estuvo presente, pero su ansiedad le impidió relacionarse adecuadamente con la niña, mostrándose muy angustiada.

En la Prueba de 16 Factores de Personalidad de Cattell se observa que es una persona sociable, pero es torpe en sus actividades, convenenciera, que sólo acata las reglas que le convienen por lo cual su superego no fue adecuadamente introyectado.

Su capacidad intelectual es baja, su capacidad de juicio es pobre, se le dificulta resolver problemas abstractos, se preocupa por intereses y asuntos inmediatos, su capacidad de planeación y anticipación es deficiente.

Emocionalmente es inestable, insegura, evade sus responsabilidades, desiste de sus actividades sociales y académicas, tiende a la represión, tiene poca tolerancia a la frustración, es muy ansiosa, es susceptible a las amenazas y desconflada, generalmente busca la ayuda y comprensión de los demás sin dar nada a cambio.

En el registro observacional la madre de la menor estuvo presente la mayor parte del tiempo con la niña al inicio de su hospitalización, siendo escasas las interacciones de la madre con la niña, ya que al encontrarse ésta inquieta, la madre se acercó en pocas ocasiones para tranquilizarla, hablarle, mirarla, percibiéndose a la madre muy ansiosa lo que le impidió interactuar con la niña, aún cuando la menor lo

demandase. Es una mujer que participó poco en la adaptación de la menor a la hospitalización, así como en su recuperación, ya que sus ausencias fueron evidentes con el transcurso del tiempo; por lo que delegó el cuidado de la menor al padre y en ocasiones al personal de enfermería.

El padre releva a la madre, pero su actitud no era cariñosa y de acercamiento, sino que actuaba en forma autoritaria y represiva de modo que la niña ante su presencia permanecía inmóvil y callada en su cama, mientras el padre leía su periódico.

La relación de los padres es sadoomasoquista; él es autoritario y agresivo y exige sumisión tanto de la madre como de los hijos; siendo la madre incapaz de defenderse ni de rescatar a los hijos del dominio paterno.

La madre es introvertida y no establece fácilmente relaciones interpersonales, ya que se le dificulta relacionarse con las personas a su alrededor, así como con su familia siendo deficiente la comunicación entre la niña y su madre, aún cuando participan juntas al realizar una actividad.

En general la actitud de la madre durante la hospitalización fué de indiferencia, no favoreciendo el vínculo afectivo, ya que la madre no permitió el acercamiento de la niña debido a la ansiedad que ella presentaba, la cual le impide actuar de manera adecuada ante alguna situación estresante como es el accidente de la menor y la hospitalización. Así también su baja capacidad intelectual le impide dar solución a los problemas que se le presentan, por lo cual los evade no haciéndose responsable de lo que pueda pasar. Es una mujer que en etapas tempranas no tuvo un modelo que favoreciera el establecimiento de la relación madre-hijo, por lo cual ella no sabe como actuar ante tales situaciones.

Al igual que el caso anterior también encontramos aspectos que son considerados como maltrato emocional tal es el caso: del rechazo, indiferencia y abandono.

8.- SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Se sugiere que se realicen investigaciones con pacientes de enfermedades crónicas, que tengan características semejantes a la muestra investigada para comparar si existen semejanzas entre diferentes padecimientos.

Otra sugerencia es tomar en cuenta en futuras investigaciones, la extensión, profundidad y localización de la quemadura. Además de aumentar los casos, ya que la muestra de esta investigación no fue extensa como para poder generalizar las características en ella encontradas.

Se sugiere realizar grupos de autoayuda con las madres de los niños quemados durante la hospitalización, para sensibilizar a las madres sobre las necesidades emocionales y físicas del niño al enfrentarse a una situación traumática.

En la realización de esta investigación se presentaron algunas limitaciones que fueron:

El no contar con un espacio adecuado para realizar el registro, y de tal manera no interferir en la conducta de las madres al ser observadas.

Otra limitación fué que no se tomó en consideración la profundidad de la quemadura y esto propiciaba que el niño no cumpliera con los 15 días de estancia hospitalaria como mínimo para ser tomado en cuenta en la muestra.

Por último la baja capacidad intelectual de las madres obstaculizó la comprensión de la prueba de personalidad de Cattell.

9.- BIBLIOGRAFÍA

- ABBOTT LABORATORIOS. LIQUIDAS Y ELECTROLITOS (GUÍA PRACTICA PARA SU USO CLÍNICO). EDITORIAL ABBOTT LABORATORIOS. MÉXICO, 1990.
- ACHAVER BRECE M. ATENCIÓN DEL PACIENTE QUEMADO. EDITORIAL MANUAL MODERNO. MÉXICO D.F, 1987.
- BENDLIN ARNALDO Y COL. TRATADO DE QUEMADURAS. EDITORIAL MANUAL MODERNO. MÉXICO D.F., 1987.
- BERKOW ROBERT. MANUAL MERCK EDITORIAL INTERAMERICANA 7a EDICIÓN MÉXICO 1986.
- BERRY BRAZELTON, T., BERTRAN G., CRAMER, LA RELACIONA MAS TEMPRANA PADRE, BEBES, Y EL DRAMA DEL APEGO INICIAL. EDITORIAL. PAIDOS, BUENOS AIRES, 1993.
- BOWLBY JOHN. UNA BASE SEGURA. EDITORIAL PAIDOS. BUENOS AIRES, 1989.
- BOWLBY JOHN. CUIDADO MATERNO Y AMOR. EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. MÉXICO, 1972.
- BOWLBY JOHN. LA SEPARACIÓN AFECTIVA. EDITORIAL PAIDOS. BUENOS AIRES, 1985.
- BOWLBY JOHN. EL VINCULO AFECTIVO . EDITORIAL PAIDOS . BUENOS AIRES 1990.
- BOWLBY JOHN. UNA BASE SEGURA. EDITORIAL PAIDOS . BUENOS AIRES 1989
- CAMERON, NORMAN DESARROLLO Y PSICOPATOLOGIA DE LA PERSONALIDAD "UN ENFOQUE DINÁMICO". EDITORIAL TRILLAS. MÉXICO, 1982.
- CRAIG, GRACE DESARROLLO PSICOLÓGICO. EDITORIAL PRENTICE HALL HISPANOAMERICANA, MÉXICO 1988
- COLIN CALDERON A. ESTUDIO DE FRUSTRACIÓN EN MADRES DE NIÑOS QUEMADOS. TESIS DE LICENCIATURA UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL 1989.
- CURTIS P. ARTZ Y JOHN A. MONCRIEF. TRATADO DE QUEMADURAS. EDITORIAL INTERAMERICANA 2DA. EDICIÓN. MÉXICO, 1972.

- DE LA VEGA SALAS M, RAMÍREZ MT. UN ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS FANTASÍAS QUE PRESENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS, CONTRACTURAS Y NORMALES. TESIS DE LICENCIATURA FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM 1986.
- DEUTSCH HELENE . PSICOLOGÍA DE LA MUJER. TOMO II EDITORIAL LOSADA S.A BUENOS AIRES 1968
- DICARPIO S., NICHOLAS. TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. EDITORIAL INTERAMERICANA. MÉXICO, 1976.
- HOMILTON H. K. CLÍNICA Y TERAPÉUTICA. EDITORIAL INTERAMERICANA. MÉXICO, 1986.
- INFORMES ESTADÍSTICOS DEL PRIMER QUINQUENIO 1985-1989.
INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO.
- JEPPEMAN, JAY FISIOLOGIA METABÓLICA Y ENDOCRINA. EDITORIAL INTERAMERICANA. MÉXICO, 1975.
- JOHNSON CAROL, L O'SHAUGHNESSY EDWARD J. TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS. EDITORIAL MANUAL MODERNO.MÉXICO D.F, 1987.
- KARSON, SAMUEL., O'DELL, TERRY W., 16 PF GUIA PARA EL USO CLÍNICO. EDITORIAL TEA. 4ta EDICIÓN. MADRID, 1989.
- SEGAL, HANNA. INTRODUCCIÓN A LA OBRA DE MELANIE KLEIN. EDITORIAL PAIDOS. BUENOS AIRES, 1991.
- LOREDO A. MALTRATO AL MENOR . EDITORIAL INTERAMERICANA. MC GRAW-HILL . MÉXICO 1994
- LOPEZ VARGAS SILVIA, ZAMUDIO SALAS SANDRA I. LA ANSIEDAD EN PACIENTES QUEMADOS. TESIS DE LICENCIATURA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM 1993.
- MACFARLANE, A. PSICOLOGÍA DEL NACIMIENTO. EDITORIAL MORATA. MADRID, 1978.
- MUNDO MEDICO, TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS VOL. XV. NUM. 151 OCTUBRE DE 1986.
- PADRON S. EDITH. LA SALUD EN LAS NIÑAS MALTRATADAS. REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRA, 1995.

- PETRILLO M , SANGER S . CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO. EDITORIAL PRENSA MEDICA MEXICANA. MÉXICO 1975.
- PICK SUSAN ; LOPEZ ANA LUISA. COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES. EDITORIAL TRILLAS. MÉXICO 1990
- SABISTON DAVID C. PRINCIPIOS DE CIRUGÍA. EDITORIAL INTERAMERICANA. MÉXICO 1991.
- SCHAFFER R. SER MADRE . EDICIONES MORATA S.A. MADRID 1985
- SPITZ, RENE. EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO. EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA. MÉXICO, 1965.
- STERN DANIEL, LA PRIMERA RELACIÓN MADRE E HIJO. EDITORIAL MORATA,MADRID 1983.
- WINNICOTT, D. W. EL PROCESO DE MADURACIÓN EN EL NIÑO. EDITORIAL LARA, 3 EDICIÓN. BARCELONA, 1981.

ANEXO

CUESTIONARIO

NOMBRE DE LA MADRE. _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ RELIGIÓN _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ RESIDENCIA _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

EDAD DE LA PAREJA. _____

- 1.- CUANTOS HERMANOS TIENE LA MADRE DEL NIÑO.
- 2.- LUGAR QUE OCUPA LA MADRE ENTRE SUS HERMANOS.
- 3.- TIPO DE RELACIÓN DE LOS ABUELOS MATERNOS. (CASADOS, SOLTEROS, UNIÓN LIBRE, SEPARADOS, ETC...)
- 4.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES QUE HAYA SUFRIDO LA MADRE EN ETAPAS TEMPRANAS Y COMO FUE ATENDIDA.
- 5.- COMO ES LA RELACIÓN ENTRE LA MADRE Y SU MADRE
- 6.- COMO ES LA RELACIÓN DE LOS PADRES DEL NIÑO QUEMADO.
- 7.- SE HAN PRESENTADO SEPARACIONES EN LA FAMILIA Y SI HUBO SEPARACIÓN, HAY UNA NUEVA PAREJA.
- 8.- TIENE MEDIOS HERMANOS EL NIÑO QUEMADO.
- 9.- EXISTE ALGUNA ADICCIÓN EN LOS PADRES.
- 10.- COMO SE EXPRESA EL ENOJO ENTRE LA PAREJA.
- 11.- COMO SE EXPRESA EL ENOJO HACIA LOS HIJOS
- 12.- QUIEN APLICA LA DISCIPLINA Y COMO ES EJERCIDA.
- 13.- EN QUE ACTIVIDADES RECREATIVAS PARTICIPA LA FAMILIA.
- 14.- QUIEN VIVE EN LA CASA EN LA QUE HABITA LA FAMILIA.
- 15.- CUENTAS CON SERVICIOS BÁSICOS.
(AGUA, LUZ, DRENAJE, ALUMBRADO PUBLICO, ETC...)
- 16.- NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UN CUARTO
- 17.- A QUE SE DEDICAN LOS MIEMBROS ADULTOS DE LA FAMILIA.

- 18.- QUE HACEN LOS HIJOS
- 19.- QUIENES APORTAN DINERO AL GASTO FAMILIAR
- 20.- CUANTOS HIJOS TIENE, HUBO ABORTOS.
- 21.- QUE LUGAR OCUPA EL NIÑO QUEMADO ENTRE LOS HIJOS.
- 22.- SUS EMBARAZOS HAN SIDO PLANEADOS.
- 23.- REACCIÓN DE LOS PADRES ANTE EL EMBARAZO DEL NIÑO QUEMADO.
- 24.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES DEL NIÑO QUEMADO, Y ANTECEDENTES DE ACCIDENTES EN SUS HERMANOS
- 25.- AGENTE CAUSANTE DE LA QUEMADURA.
- 26.- REACCIONÓ DE LA MADRE Y EL PADRE ANTE EL ACCIDENTE.
- 27.- PRIMERAS AYUDAS DESPUÉS DEL ACCIDENTE.
- 28.- QUIEN SE HACE CARGO DEL NIÑO EN EL HOSPITAL.
- 29.- QUIEN SE HACE CARGO DEL NIÑO EN LA CASA HABITUALMENTE
- 30.- QUIEN SE HARÁ CARGO DEL NIÑO CUANDO SEA DADO DE ALTA.
- 31.- QUE SABE LA MADRE DEL ESTADO FISCO DEL NIÑO.

REGISTRO OBSERVACIONAL

ANEXO 2

NOMBRE DEL NIÑO _____ FECHA _____
 FECHA DE INGRESO _____ EDAD _____
 NUMERO DE REGISTRO _____ HORA _____

CONDUCTAS NO VERBALES	MADRE	NIÑO
a) Acercamiento		
b) Carga al niño		
c) Arrullo		
d) Caricias		
e) Gestos de agrado		
f) Ayuda alimenticia		
g) Atención en necesidades escretoras		
h) Ayuda en la rehabilitación física		
i) Atiende a otro niño		
j) Golpes		
k) Somnolencia		
l) Aburrimento		
m) Gestos de desagrado		
n) Ausencia		
ñ) Se miran		
o) Mira su ambiente		
p) Observa al personal		
q) Sonríen		
r) Sonríe a otra persona		
s) Se tocan		
t) Actividades recreativas		
u) Duerme		
v) Despierta		
w) Deambulación		
x) Sale del campo observacional		
y) Regresa al campo observacional		
z) Inquietud		
A) Llanto		

ANEXO 2

NOMBRE DEL NIÑO _____ FECHA _____
 FECHA DE INGRESO _____ EDAD _____
 NUMERO DE REGISTRO _____ HORA _____

CONDUCTAS VERBALES	MADRE	NIÑO
a) Lo Tranquiliza		
b) Tono suave		
c) Elogios		
d) Regaños		
e) Gritos		
f) Palabras altisonantes		
g) Llama la atención		
h) Se informa del estado del niño.		
i) Platican		
j) Platica con un adulto		
k) Platica con un niño		
l) Rechazo		
m) Ausencia de diálogo		
n) Llama		
ñ) Demanda		

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 3

DEFINICIÓN DE ACTITUDES

ACERCAMIENTO. Aproximación de la cara de la una persona a la cara de la otra.

CARGA AL NIÑO. Levantar al niño en brazos.

ARRULLO. Cantarle al niño en voz baja para dormirlo.

CARICIAS. Tocarse en repetidas ocasiones deslizando suavemente la mano, o besándolo en diferentes partes de su cuerpo.

GESTOS DE AGRADO. Movimientos faciales los cuales expresen sorpresa, alegría, ternura, aceptación.

AYUDA ALIMENTICIA. Que se le de la comida al niño en la boca o acercar los alimentos para que el niño los coma.

ATENCIÓN EN NECESIDADES ESCRETORAS. Cambiar el pañal al niño cuando se encuentra sucio o llevar al niño al baño, cuando él lo pida.

AYUDA EN REHABILITACIÓN FÍSICA. Que la persona que se encuentre con el niño realice junto con el niño los ejercicios indicados por las rehabilitadoras, ayudar a darle los medicamentos.

ATIENDE A OTRO NIÑO. Que se le preste atención en las diferentes actividades a otro menor.

GOLPES. Agresión física hacia una persona.

SOMNOLENCIA. Bostezar, Pesades de los parpados, Dormitar.

ABURRIMIENTO. Cansancio, Fastidio, Indiferencia.

GESTOS DE DESAGRADO. Movimientos faciales que expresen enojo, ira, coraje, rechazo, enfado.

AUSENCIA. Que la madre o el niño no se encuentren en la sala de Quemados, que es donde se realiza el registro.

SE MIRAN. Dirigir la mirada hacia el rostro del otro.

MIRA SU AMBIENTE: Ver en diferentes direcciones sin un punto fijo (observar a su alrededor).

OBSERVAR AL PERSONAL. Fija su mirada en el personal que labora en la sala de Quemados.

SONRÍEN. Que la madre o la persona que se encuentra cuidando al niño o el menor, emita una leve sonrisa hacia el otro.

SONRÍE A OTRA PERSONA. Que se emita una sonrisa hacia las personas que se encuentran a su alrededor.

SE TOCAN. Palpar una parte del cuerpo.

ACTIVIDADES RECREATIVAS. Realizar dibujos, Leer, Contar cuentos, Jugar, Ver Televisión.

DUERME. Quedar en reposo natural llamado sueño, es decir dormir.

DESPERTAR. Volver al estado de conciencia.

DEAMBULACION. Caminar por la sala de Quemados.

SALE DEL CAMPO OBSERVACIONAL. Salir de la sala de quemados.

REGRESA AL CAMPO OBSERVACIONAL. Entra a la sala de quemados.

INQUIETUD. Movimientos bruscos, Exaltación, Agitación, Perturbación.

LLANTO. Derramar lágrimas a causa de dolor o tristeza.

LO TRANQUILIZA. Hablarle al niño dándole palabras de aliento para disminuir su angustia.

TONO SUAVE. Tono de voz baja expresando cariño.

ELOGIOS. Alabar la conducta y el físico de alguien, felicitaciones, aprobación.

REGAÑOS: Reprimenda verbal en la cual se puede agredir, recriminar.

AUSENCIA. Que la madre o el niño no se encuentren en la sala de Quemados, que es donde se realiza el registro.

SE MIRAN. Dirigir la mirada hacia el rostro del otro.

MIRA SU AMBIENTE: Ver en diferentes direcciones sin un punto fijo (observar a su alrededor).

OBSERVAR AL PERSONAL. Fija su mirada en el personal que labora en la sala de Quemados.

SONRÍEN. Que la madre o la persona que se encuentra cuidando al niño o el menor, emita una leve sonrisa hacia el otro.

SONRÍE A OTRA PERSONA. Que se emita una sonrisa hacia las personas que se encuentran a su alrededor.

SE TOCAN. Palpar una parte del cuerpo.

ACTIVIDADES RECREATIVAS. Realizar dibujos, Leer, Contar cuentos, Jugar, Ver Televisión.

DUERME. Quedar en reposo natural llamado sueño, es decir dormir.

DESPERTAR. Volver al estado de conciencia.

DEAMBULACION. Caminar por la sala de Quemados.

SALE DEL CAMPO OBSERVACIONAL. Salir de la sala de quemados.

REGRESA AL CAMPO OBSERVACIONAL. Entra a la sala de quemados.

INQUIETUD. Movimientos bruscos, Exaltación, Agitación, Perturbación.

LLANTO. Derramar lágrimas a causa de dolor o tristeza.

LD TRANQUILIZA. Hablarle al niño dándole palabras de aliento para disminuir su angustia.

TONO SUAVE. Tono de voz baja expresando cariño.

ELOGIOS. Alabar la conducta y el físico de alguien, felicitaciones, aprobación.

REGAÑOS: Reprimenda verbal en la cual se puede agredir, recriminar.

GRITOS. Elevar el tono de voz de manera agresiva.

PALABRAS ALTISONANTES. Que la persona que se encuentre con el niño o el propio niño se exprese al otro con groserías, palabras descortéses, insultos.

LLAMAR LA ATENCIÓN. Reprender, corregir la conducta o el lenguaje del niño.

SE INFORMA DEL ESTADO DEL NIÑO. Preguntar al médico sobre la salud del menor.

PLATICAN: Conversación entre el niño, la madre o la persona que se encuentre cuidando al menor.

PLATICA CON UN ADULTO: Que la persona que esta cuidando al niño o el niño converse con un adulto ajeno a ellos.

PLATICA CON UN NIÑO. Que la persona que es cuidando al niño o el menor converse con un niño ajeno a ellos.

RECHAZO. No aceptar contacto físico, visual ni verbal.

AUSENCIA DE DIALOGO. La no existencia de una conversación entre el cuidador del niño y el menor.

LLAMA. Pedir la presencia o el acercamiento de una persona en especial.

DEMANDA. Exigir que se cumpla una petición.