

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**LA INFLUENCIA DEL COMPORTAMIENTO QUE PRESENTA LA MADRE
PRIMERIZA HACIA LOS SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS DEL INFANTE.**

**SUSI MARLENY
RODRÍGUEZ TECÚN**

GUATEMALA, JUNIO DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“LA INFLUENCIA DEL COMPORTAMIENTO QUE PRESENTA LA MADRE
PRIMERIZA HACIA LOS SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS DEL INFANTE”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**SUSI MARLENY
RODRÍGUEZ TECÚN**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, JUNIO DE 2012



**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs

Reg. 84-2011

DIR. 1,379-2012

De orden de Impresión Final de Investigación

22 de junio de 2012

Estudiante

Susi Marleny Rodríguez Tecún

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UNO GUIÓN DOS MIL DOCE (1,371-2012), que literalmente dice:

"UN MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UNO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **LA INFLUENCIA DEL COMPORTAMIENTO QUE PRESENTA LA MADRE PRIMERIZA HACIA LOS SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS DEL INFANTE,**" de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Susi Marleny Rodríguez Tecún

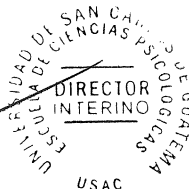
CARNÉ No. 9717947

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Cecilia Isabel Sicán Obregón y revisado por Licenciada Elena María Soto Solares. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



Igaby



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
 CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
 9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
 Tel. 24187530 Telefax 24187543
 e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
 Recepción e Información
 CUM/USAC

RECIBIDO
 13 JUN 2012

FIRMA: *[Signature]* HORA: 15:30 Registro: 84-11

CIEPs
 REG:
 REG:

763-2012
 084-2011
 084-2011

INFORME FINAL

Guatemala, 11 de junio 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Elena María Soto Solares ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“LA INFLUENCIA DEL COMPORTAMIENTO QUE PRESENTA LA MADRE PRIMERIZA HACIA LOS SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS DEL INFANTE”

ESTUDIANTE:
Susi Marleny Rodríguez Tecún

CARNE NO.
9717947

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 04 de Junio 2012 y se recibieron documentos originales completos el día 08 de junio 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
 Licenciado Marco Antonio García Enríquez
COORDINADOR

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
 Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usaopsic@usac.edu.gt

CIEPs: 764-2012
REG: 084-2011
REG: 084-2011

Guatemala, 11 de junio 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"LA INFLUENCIA DEL COMPORTAMIENTO QUE PRESENTA LA MADRE PRIMERIZA HACIA LOS SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS DEL INFANTE."

ESTUDIANTE:
Susi Marleny Rodríguez Tecún

CARNE NO.
9717947

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 17 de mayo de 2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Elena María Soto Solares
DOCENTE REVISOR



Areliis./archivo



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A. S.

AREA DE SALUD GUATEMALA CENTRAL
Maternidad Periférica Zona 13
7ª. Av. 6-20, Zona 13
Telefax 24720438



Guatemala 2 de Mayo del 2,012.

Licenciado:

Marco Antonio García
Coordinador Centro de Investigación en Psicología
-CIEPS "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM.

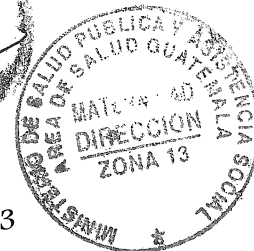
Licenciado García:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la Estudiante SUSI MARLENY RODRIGUEZ TECUN, Carne 9717947 realizó en esta Institución suficientes entrevistas a Madres Primerizas como parte del trabajo de Investigación titulado "La Influencia del comportamiento que presenta la madre primeriza hacia los síntomas Psicosomáticas del Infante", en el período comprendido del 1ro. De Diciembre 2,011 al 2 de Marzo del presente año, en horario de 8:00 a 12:00 horas de lunes a viernes.

La estudiante en mención cumplió lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra Institución.

Atentamente,
Dra. Evelyn K. Sican Olivares
GINECOLOGA Y OBSTETRA
COLEGIADA No. 122071

Dra. Evelyn K. Sican Olivares
Directora
Maternidad Periférica Zona 13



PADRINOS DE GRADUACIÓN

**POR
SUSI MARLENY RODRÍGUEZ TECÚN**

**MARÍA JOSÉ GÁLVEZ SÁNCHEZ
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 5832**

**CECILIA ISABEL SICÀN
LICENCIADA EN PSICOLOGÌA
COLEGIADO 835**

DEDICATORIA

Acto que dedico a

Dios y a mi Virgencita Santísima “Nuestra Señora del Rosario” por la ilusión de llegar a tan memorable día. Gracias por todo lo que en este año me diste. Gracias por las noches tranquilas y por las inquietas horas oscuras. Gracias Señor por la salud y la enfermedad, por las penas y las alegrías. Gracias por la soledad, por el trabajo, por las dificultades y las lágrimas, por todo lo que me acercó a Tí más íntimamente. Por haberme dejado vivir. Gracias Señor.

A mi esposo Tito Alfredo por brindarme siempre su amor, comprensión y apoyo en todo momento de mi vida, en especial a nuestra hija Lesly Rosario porque es el fruto de mi existencia, y por ser el regalo divino de Dios los dos forman parte de mi vida, los amo muchísimo.

A mis padres por brindarme su cariño, su apoyo y sobre todo su paciencia esperando que algún día puedan estar juntos de nuevo.

A mi hermana Mildred por ser una persona que me brindó su apoyo en el cuidado de mi hija. Gracias

A toda mi familia en general, en especial a mis abuelitas por sus consejos de toda la vida.

A mis queridísimas amigas inseparables Rossemmary, Viví que siempre estuvieron conmigo en los momentos más difíciles de mi vida, en las buenas y en las malas. Y especialmente a mi amiga de toda mi trayectoria de estudios Ceci por brindarme siempre su amistad, comprensión, apoyo y colaboración en todo momento. Gracias a todas ellas, las quiero mucho.

A todos mis compañeros y compañeras de estudio éxitos en donde quieran que estén y en especial a Karina, Miriam, María José por su cariño y amistad que Dios las Bendiga.

AGRADECIMIENTOS.

A la Universidad San Carlos de Guatemala
por ser mi casa de estudios

A la Escuela de Ciencias Psicológicas
Por ser mi fuente de enseñanza

A mis catedráticos
porque con ellos aprendí lo que ahora soy

También agradezco
al Centro de Salud Guatemala y
a la Maternidad Cantonal zona 13
porque sin esta institución no hubiera sido posible realizar este trabajo.

En especial
A todos los médicos que me ayudaron a la realización de este informe,
a la Dra. Torres, al Dr. Alejandro Santa Cruz
gracias por su ayuda, y por confiar plenamente en mí

A todo el personal auxiliar de enfermería
A todas ellas mi agradecimiento por su colaboración y apoyo.

A todas aquellas madres que asistieron a la maternidad
por confiar en la ayuda profesional. Gracias. Dios las bendiga a todas.

Y a Usted especialmente por asistir a tan memorable acto. Gracias.

ÍNDICE

RESUMEN

PRÓLOGO

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema y Marco Teórico

1.1.1 Planteamiento del Problema	3
1.1.2 Marco teórico	5
1. La infancia como objeto y como realidad	5
2. Trastornos Psicósomáticos	8
3. Patología de las Relaciones de Objeto	11
4. Trastornos Psicotóxicos (Perturbaciones)	17
5. Los efectos contraproducentes privados hacia los cuidados maternos	23
6. El vínculo afectivo entre la madre y el hijo	25
7. Influencias de la personalidad materna sobre la conducta infantil	32
8. Padres e hijos en sus Relaciones Humanas	35
1.1.3. Hipótesis de la investigación.....	37
1.1.4. Delimitación.....	37

CAPÍTULO II

II. Técnicas e instrumentos

2.1 Técnicas	38
2.2 Instrumentos.....	40

CAPÍTULO III

III Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

3.1 Características del lugar y de la Población

3.1.1 Características del lugar 41

3.1.2 Características de la Población 41

3.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados 42

CAPÍTULO IV

4.1 Conclusiones 52

4.2 Recomendaciones 53

BIBLIOGRAFÍA 54

GLOSARIO 56

ANEXOS 58

RESUMEN

La influencia del comportamiento que presenta la madre primeriza hacia los síntomas psicosomáticos del infante

Rodríguez Tecún, Susi Marleny

En la presente investigación se dieron a conocer temas de gran importancia en relación a las conductas manifestadas por la madre en la crianza de sus hijos y como éstas influyen en el desarrollo tanto físico, social y emocional de los mismos. El papel que juega la madre en el desarrollo del niño es fundamental por tal razón se proporcionaron las razones de sus comportamientos y cómo éste puede influir en su hijo (a). Fue de mucha importancia que las madres primerizas aprendieran a diferenciar; cuándo el niño tiene una enfermedad física o cuándo es psicosomática, y de qué forma ellas pueden evitar el apareamiento de futuras enfermedades en el niño, y cómo la madre puede controlarlos ante esa reacción psicopatológica. Estas relaciones madre e hijo conflictivas son frecuentes en madres primerizas por todas las situaciones que giran alrededor de su familia, sociedad, cultura y otros; pero lo importante fue reconocer y trabajar en mejorar esas relaciones por el bienestar tanto de la madre como del niño. Los tipos de personalidad que mostraron la mayoría de estas madres; fueron: Temerosa, sobreprotección, Posesiva, apasionada y condescendiente; pues tienden a provocar reacciones psicopatológicas en el niño, como se mencionaban anteriormente, tales como; cólicos, espasmos, asma, eczemas entre otras. Estas se aplicaron por medio del test ¿Qué tipo de madre eres para tu hijo? El 40% de las madres eligió por una personalidad condescendiente, esto quiere decir que hacen todas sus actividades de acuerdo a sus horarios para acomodarse y estar bien consigo mismas. Los datos del test de inteligencia emocional dió como resultado que las madres primerizas se encuentran en un nivel de normalidad apto a la media que quiere decir que mantienen un positivismo para sus actividades diarias. Esta investigación se realizó en un período de 3 meses, dirigida a madres primerizas, que asistieron a la maternidad cantonal zona 13. Se trabajaron factores importantes que afectan el comportamiento de las mismas; y se dieron a conocer las causas y consecuencias por las que ciertas actitudes de la madre perjudican el desarrollo del bebé en los primeros meses de vida. Se trabajó en la clínica psicológica el problema del surgimiento de síntomas psicosomáticos en el bebé de acuerdo a la relación que sostiene con la madre, desde los primeros días de su nacimiento. Y se brindó apoyo y recomendaciones que la madre puede hacer en el momento de una manifestación sintomatológica que presenta su hijo, y que pueda aplicarlo a su vida diaria o a la crianza futura de su propio hijo. La importancia de esta investigación es llegar a demostrar que una enfermedad no solamente puede ser física (golpe, rasguños, etc.) ni biológica (diarreas, dolores de cabeza, etc.) sino psicológica o psicosomática (tristeza, depresión, ansiedad y otros) para dar a conocer que tanto pueden las propias madres influir para enfrentar dichos síntomas y cómo sus propios hijos reaccionan y afrontan para llegar a una solución.

PRÓLOGO

Durante años y a través de generaciones se han conocido diversas recomendaciones populares para sanar las enfermedades que manifiestan los niños (as) recién nacidos e incluso antes de nacer, lo cual ha sido de mucho valor cultural, pero que muchas veces crean angustias innecesarias o sin fundamento en las madres, principalmente si estas son Primerizas.

La madre juega un papel importante en el desarrollo emocional y de la personalidad del niño, entonces las manifestaciones que esta tenga durante este proceso van a influir de gran manera en las conductas futuras de su hijo. Los mitos, creencias, costumbres y las ideologías culturales siempre estarán presentes, pero es importante recordar que muchos estudios científicos nos pueden dar respuestas a esas problemáticas que antes nos parecían hasta mágicas.

Muchas madres no tienen conocimiento de cómo influye el comportamiento de ellas en el apareamiento de síntomas psicósomáticos en sus hijos, y mucho menos de cómo poder solucionarlo y por el mismo temor que manifiestan ante la experiencia de su primogénito se dejan influenciar por lo que les dicen, por lo que leen o por lo que han visto y esto ocasiona que las situaciones no se logren controlar.

Es bien conocido por todos que el principal vínculo y más firme de todos es el que se genera entre la madre y el hijo, el cual se desarrolla como consecuencia de las respuestas que esta da frente a las conductas del niño, por lo tanto la presente información, contribuye a que se puedan crear vínculos saludables para un normal desarrollo de la personalidad de ambos.

Por tal razón, la realización de esta investigación provee la oportunidad de conocer que toda esa sintomatología que muchas veces exteriorizan los infantes, son resultado de las manifestaciones emocionales y de personalidad que presenta la madre y es ella quien tiene que aprender a identificarlos para evitar futuras complicaciones en la personalidad del niño.

Lic. Cecilia Isabel Sicán
Supervisora - Asesora

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1. 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 Planteamiento del problema

La influencia del comportamiento que presenta la madre primeriza hacia los síntomas psicossomáticos del infante

La investigación planteada hace referencia a que muchas madres primerizas suelen manifestar actitudes que influyen en su comportamiento frente al cuidado y relación con sus hijos y como éstas puede causar diversas actitudes hacia ellas mismas, estas actitudes pueden ser: agresividad, depresión, hostilidad, autoridad, indiferencia, irritabilidad, entre otras. Dichas actitudes pueden provocar síntomas psicossomáticos en los niños tales como: cólicos, asma, espasmos, eczemas entre otras; cuyo origen provocan en el recién nacido una mala afectividad e irritabilidad y tienden a presentar un desarrollo interrumpido en el transcurso de la etapa de su vida. Esto crea una relación directa entre actitud de la madre y síntoma psicossomático del niño. Una de las características principales, es el vínculo afectivo entre madre e hijo y cómo influyen las actitudes maternas en el desarrollo del infante, y que el comportamiento es uno de los elementos importantes de una madre hacia su niño recién nacido.

Otra característica primordial son los síntomas que el infante presenta en relación a su desarrollo y la crianza que la madre muestra de acuerdo a su comportamiento dependiendo cómo se va presentando en la etapa maternal. Se muestra claramente qué enfermedades puede manifestar el infante con respecto a su edad, pues es importante que la madre atienda esta clase de sintomatología en el momento que son manifestadas y cómo pueden controlarse sin ninguna alteración como; cólicos, cefaleas, vómitos, migrañas, eczema infantil. Lo cierto es que de alguna manera la madre origina ese síntoma sin darse cuenta, y lo primero que hace es llevarlo al médico para que le proporcione un medicamento para que ella misma se controle de esa angustia hacia su hijo, sin embargo estos síntomas que presenta el infante es cuestión de abordarlos psicológicamente y que la madre logre afrontarlo sin ningún problema y sin molestias de preocupación.

Por lo tanto hay síntomas que la madre puede manifestar hacia las reacciones que sus hijos presentan en cierto tiempo como: angustia o ansiedad, depresión, estrés, intolerancia, baja autoestima, y otros; puesto que, a partir de esto puede que la madre muestre ciertas actitudes que pueden ser negativas y que pueden perjudicar al niño en sus emociones también. Las enfermedades psicosomáticas que manifiestan los niños durante su desarrollo o crecimiento en sus primeros años de vida, presentan también actitudes que por herencia son adquiridas de su progenitora y sin embargo alteran su estado emocional como por ejemplo: Problemas del lenguaje, Hiperactividad, Problemas de la presión entre otros.

Es importante señalar la relación de la madre hacia su hijo, ya que envuelve en su entorno ciertos factores que afectan psicológicamente la crianza del infante; puesto que perjudica el mantener controlado su estado de ánimo y su irritabilidad para el cuidado de su hijo.

En este proceso se desarrollan ciertas relaciones sociales que van desde el apego hijo–madre, hasta una cierta edad específica, que implica mantener la atención de la conducta que el infante adquiere de acuerdo a su crianza en relación con su madre.

1.1.2 MARCO TEÓRICO

1. La infancia como concepto y como realidad

1.1 Infancia

“Es la infancia una época clave de la vida, en la cual se configuran todos los resortes afectivos e intelectuales del individuo, de cuyo correcto desarrollo depende buena parte del éxito o fracaso posterior de cada individuo en su proyecto vital”¹

Dentro de esta definición de infancia se engloba en tres grandes fases:

a. - **Fase de lactancia:** Desde el momento del nacimiento hasta la adquisición del lenguaje y la capacidad de andar.

b. - **Primera infancia:** Período comprendido entre el final del primer año hasta el sexto o séptimo año de vida. Se caracteriza por un fuerte desarrollo de la capacidad exploradora del niño, así como, del desarrollo intelectual con un progresivo dominio del lenguaje. En esta etapa el niño descubre la relación familiar y comienza muy primariamente la relación con los compañeros.

c. - **Segunda infancia:** comprende desde los seis o siete años hasta la pubertad, con la cual se va iniciar la adolescencia. La principal característica de esta fase, es que ahora el niño ya se sumerge plenamente en el mundo real e intenta adaptar su comportamiento a las variables condiciones externas. Se produce asimismo una fuerte identificación del niño con el padre y con la madre, por lo que para ello supone una aceptación de papeles sexuales y sociales.

1.2. Características de la infancia:

- La edad cronológica se considera un referente indispensable ante cualquier definición planteada sobre el concepto de infancia.

- La infancia puede entenderse como un período determinado de la vida de un niño o niña, medible por un intervalo de edad.

¹ Prof. Dr. D. Agustín Morón Marchena, pedagogía social. Curso 2004-05. Grupo 4P3, (Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales. 1968) Pp. 1

- La infancia también puede entenderse, desde una perspectiva demográfica, como el conjunto de población de un territorio dado, que tiene la edad comprendida en el intervalo convencional 0-18 años.

- Se puede entender que cuando se habla de infancia se hace referencia a un conjunto de características psicosociobiológicas de unos sujetos en estado de desarrollo, hasta que no alcanzan las características consideradas como propias de otra etapa posterior al desarrollo.

- Los miembros de determinados grupos sociales o culturales desarrollan un conjunto de conocimientos lógicos, compartidos por la mayoría de los miembros de una comunidad acerca del concepto infancia y a través del mismo hacen su propia representación social.

1.3. Necesidades de la infancia:

- En lo referente a las necesidades de la infancia, hay que señalar que el niño o la niña está pre-programado para desarrollarse de una determinada forma, que es un proyecto que para cumplirse necesita de establecidas condiciones en su etapa de crecimiento.

- Estas necesidades son de naturaleza biológica y social y deben ser consideradas como características de la especie humana, aunque algunas de ellas son compartidas con otras especies.

- Todo ser humano necesita vincularse afectivamente a los demás para sentirse seguro y satisfecho emocionalmente. Los adultos debemos responder a estas necesidades de los menores, porque ellos no tienen la misma capacidad de autoprotección que los adultos.

- El niño es un agente activo en las decisiones que le afectan y en todas las actividades de interacción con los demás. Desde pequeño, en la medida de sus posibilidades, deben tenerse en cuenta sus peticiones, hacerle partícipe de las decisiones que le afectan y conseguir que sea agente activo que contribuya eficazmente a satisfacer sus propias necesidades y las de los demás.

1.3.1 Necesidades de carácter físico-biológico:

- Alimentación.
- Temperatura.
- Higiene.
- Sueño.
- Actividad física de ejercicio y juego.
- Integridad física
- Protección de riesgos reales.

1.3.2. Necesidades cognitivas:

- Estimulación sensorial.
- Exploración física y social.
- Comprensión de la realidad física y social.
- Adquisición de un sistema de valores y normas.

1.3.3 Necesidades emocionales y sociales:

a) - Sociales:

- Seguridad emocional, identidad personal y autoestima.
- Red de relaciones sociales.
- Participación y autonomía progresiva, que a su vez necesita establecer unos límites al comportamiento.

b) - Sexuales:

- Contacto sexual.

c) - Con el entorno físico y social:

- Protección de riesgos imaginarios.
- Interacción lúdica.

2. Trastornos Psicosomáticos

El síntoma psicosomático ocupa un lugar privilegiado en el sistema de interacción madre e hijo pues, debe ser enjuiciado desde esa perspectiva. Muchas manifestaciones psicosomáticas tienden a surgir en edades específicas, mostrando hasta qué puntos los trastornos deben relacionarse estrechamente con la maduración del funcionamiento de los distintos órganos y con las características del desarrollo psicológico. Las manifestaciones psicosomáticas, en función a la edad del niño son:

- Cólico idiopático entre 3 y 6 meses
- Vómitos en el primer semestre
- Anorexia en el segundo semestre
- Eczema infantil entre los 8 y 24 meses
- Dolores abdominales hacia los 3 y 4 años
- Asma del niño 5 años
- Cefalea del niño de 6 y 7 años

A partir de una evaluación caracterológica global de la madre (dominante, sobre protectora, rechazante y agresiva, o ansiosa) se ha deducido un modelo de interacción característico de una patología precisa. La madre es sensible a las manifestaciones psicosomáticas de su hijo, que a su vez provocan en ella nuevas actitudes. Por ejemplo; “la agresividad subyacente en relación madre-hijo, es totalmente anulada desde el momento en que aparecen síntomas psicosomáticos (agresividad que se desplaza hacia la relación madre-médico); la madre asume el papel madre-terapeuta y el niño obtiene como beneficio el “dejarse curar” por ella. Según la descripción de Winnicott”.²

Para descubrir el significado del síntoma psicosomático dentro del espiral de interacción madre-hijo, y el papel económico que ella ocupa, se analizará de la siguiente manera:

² “Manual de Psicopatología del Niño” Autor Julián de Ajuriaguerra. Trastornos psicosomáticos. Traducción Daniel Marcelli, Barcelona, Año 1996, Pp. 316.

2.1 Las enfermedades de la esfera digestiva:

- Cólico idiopático: Es una manifestación de la succión y del mecimiento psicossomático.
- Vómitos: Acto simple de regurgitación banal y fisiológica que afecta al recién nacido.
- Mericismo (Rumiación): Es la regurgitación provocada por una exagerada facilidad para retomar el alimento a la boca y volverlo a masticar y devolverlo a rugir.

2.2 Las enfermedades del Aparato Respiratorio

- Asma: Afecciones alérgicas e infecciosas que provocan descargas de histamina bronquiolar.
- Espasmos de llanto: Se caracteriza por una pérdida breve del conocimiento debido a anoxia cerebral.

2.3 Patología de la esfera cutánea:

- Eczema: Manifestación atópica en donde la piel se sonroja y de irritación de manchas en todo el cuerpo.
- Alopecias: Pérdida de todos los pelos (cabellos, cejas, pestañas, vellos axilar y pubiano)

2.4 Afecciones diversos:

- Cefaleas: Es el resultado directo de la tensión sostenida entre el miedo o la angustia y un deseo de autonomía o de afirmación del yo.
- Migraña: Se caracteriza por la aparición brusca de palidez acompañada de cefalea intensa y pulsátil.
- Enanismo por carencia: Se caracteriza por la existencia de un retraso de crecimiento asociado a un enlentecimiento de la velocidad de crecimiento, en una edad mayor de 3 años.

2.5 La relación del cuidado:

Esta relación de cuidado entre madre e hijo se considera una forma de interacción en la forma de concluir todos estos tipos de trastornos psicosomáticos, se describe en el recién nacido tipos de organización preciso y específico puesto que no ocurre cuando el niño crece. “Cuanto mayor es el niño menos vinculación parece existir entre un tipo de síntoma somático y una organización psicológica específica”.³

Para el niño como para los padres, el expresar la vertiente agresiva de la necesaria ambivalencia relacional, parece ser el origen de un gran número de manifestaciones somáticas; síntomas tales como: dolores abdominales, que son tan frecuentes en el niño, fuente de inquietud para las madres, constituye un ejemplo caricaturesco de ello. Muchas veces se ha tenido la ocasión de ver como se suaviza un conflicto agudo entre madre e hijo, especialmente en la alimentación y a la madre a no forzarle a ello. Por lo que se entiende que el conflicto en el niño, se halla en la regresión y los cuidados maternos.

³ “Manual de Psicopatología del Niño” Autor Julián de Ajuriaguerra. Trastornos psicosomáticos. Traducción Daniel Marcelli, Barcelona, Año 1996, Pp. 318.

3. Patología de las Relaciones de Objeto

3.1 Deformaciones y desviaciones de las relaciones objetales:

Las señales afectivas que el niño ha recibido por parte de la madre, su calidad, su constancia, la certidumbre y la estabilidad que esas señales ofrecen aseguran su normal desarrollo psíquico. Estas señales afectivas que le da la madre, están determinadas por su actitud afectiva inconsciente; es decir que su comportamiento se manifestará bajo ciertas formas sin que ella lo advierta necesariamente.

Las desviaciones de la norma pueden ser muy variadas; la madre puede sobre compensar la hostilidad o puede manifestarla; estas desviaciones tienden a traducirse en señales inconscientes y variables, inservibles para una orientación consistente del niño. Los afectos de la madre pueden ser variables y contradictorios, no le ofrecen seguridad, entonces el niño responderá con la formación de relaciones objetales impropias o insuficientes, o no formará relación alguna. Las relaciones objetales son una desviación patológica de la norma, su estudio es para el interés del problema la prevención de las afecciones del psiquismo. Sin embargo solo representa un principio de trabajos que forman adoptar deformaciones objetales.

3.1.1 Relaciones de objeto normales:

Se trata del primer año de vida del infante que ciertamente se puede representar en su edad cronológica. Dentro de su promedio estadístico están los test; que dividen logros del infante y sus realizaciones en el primer año de vida; come bien, duerme bien, crece como corresponde, su peso aumenta de modo regular, así como su talla y de mes en mes se vuelve más listo y más activo, siendo cada vez más un ser humano, emocionalmente disfruta con sus padres y su medio. Que los padres disfruten con el niño y que el niño disfrute con los padres es una descripción de las relaciones objetales normales; y éstas deben ser satisfactorias tanto para la madre como para el hijo. La madre busca una satisfacción que se origina del papel que representa hacia su personalidad, ya que especifica el hecho de gestar, tener y criar a su criatura.

Ha de tenerse en cuenta que éstas relaciones difieren de cualquier otra del mundo, pues se da el hecho de que ese mismo bebé que ahora sostiene en sus brazos, hace poco estuvo dentro de ella y fue una parte de su cuerpo. Entonces su apego al bebé era imposible distinguirlo del apego a su propio cuerpo. Cuando a través del parto, el recién nacido se convierte en algo separado de ella, la madre ha de sufrir un proceso de ruptura, de renuncia al sentimiento que de el niño era aún algo idéntico a ella.

El hecho de engendrar a la criatura le ha originado molestias, que el parto le causó los dolores y la crianza sacrificios y gozos, formará parte directa o indirectamente de sus sentimientos por el niño. Cuando se investigan una serie de sentimientos de la madre, se descubre una serie cada vez mayor de factores complejos que intervienen en la crianza del hijo: el sexo del infante, la personalidad de éste, el lugar que ocupa entre los hermanos de otros partos, la edad de la madre, las relaciones de él con sus padres, el lugar de ella entre sus hermanos de otros partos. “No se debe olvidar que para la madre, su niño es el principal objeto amoroso; y como los objetos amorosos, es para ella una fuente de satisfacción”.⁴ Estas satisfacciones un tanto narcisistas como objetos libidinales, es decir que la madre obtiene de su hijo satisfacciones para el ello, el yo y el superyó. Y estas satisfacciones que cualquier madre puede obtener de sus relaciones con el hijo están determinadas en varios elementos que son:

- a) A través de la naturaleza de los elementos constitutivos de su personalidad.
- b) A través de la transformación que esos elementos constitutivos han sufrido hasta el momento en que ha parido ha su hijo.
- c) De la manera en que ese hijo determinado, en virtud de su equipamiento congénital, tiene la capacidad de efectuar la síntesis de esos diversos elementos de la personalidad de la madre, así como de encajar en las circunstancias de la realidad exterior.

⁴ Spitz, René Arpad, El Primer Año de Vida del Niño. Génesis de las relaciones objetales. Trastornos Psicotóxicos, Ediciones Aguilar S.A. España. Año 1965. Pp. 138

Estas consideraciones demuestran que las satisfacciones que cada madre puede obtener de sus relaciones con su hijo, están determinadas por la naturaleza de los componentes de su personalidad. Desde el punto de vista del lactante, las relaciones objetales están llamadas a satisfacer necesidades diferentes.

Para mantener los progresos del infante, las respuestas de la madre a las iniciativas del niño han de hacer posibles la satisfacción de los impulsos libidinales y agresivos en la forma de interacciones en circuito, estas interacciones se reflejan entre la madre y el hijo, ramificándose y diversificándose a medida que pasa el tiempo.

Las respuestas maternas a los actos del infante facilitan hacer posible la integración del proceso de maduración en el infante. Al hablar de relaciones objetales que satisfacen tanto a la madre como al hijo, se refieren a fuerzas o relaciones que se completan de tal modo que no solamente proporcionan satisfacción a ambos compañeros madre e hijo, sino el modo de satisfacer a uno de ellos representan una satisfacción para el otro.

La misma perfección de una relación entre dos seres tan íntimamente armonizados entre sí y unidos por tantos lazos tangibles e intangibles, lleva consigo la posibilidad de graves perturbaciones si esa armonía falta. Las perturbaciones en relación entre madre e hijo, proporcionan una cantidad de información, tanto con respecto a la patología y su etiología, como respecto al desarrollo normal.

3.1.2 Factores Cuantitativos y cualitativos en las relaciones objetales

De las relaciones objetales, desde el punto de vista procedente de la madre en la relación madre e hijo, es la parte activa y dominante y esto señala lo importante en una primera proposición; las perturbaciones de la personalidad maternal se refleja en las perturbaciones del infante y tales afectividades en la infancia se obtienen influencias psicológicas dañinas que son las consecuencias de las relaciones insatisfactorias entre madre e hijo. El niño en los primeros tiempos, es el receptor pasivo, las desviaciones en la personalidad de la madre serán en los que se manifiestan en los trastornos del niño.

Las influencias psicológicas durante la infancia se limita a la sola relación madre e hijo y esta influencia psicológica nociva surgen en las relaciones no satisfactorias entre madre e hijo. René A. Spitz ordena los trastornos Psicósomáticos de acuerdo a dos grandes tipos de actitud maternal:

- a) Trastornos Psicotóxicos fruto de unas relaciones madre - hijo inadecuadas.
- b) Trastornos por déficit debido a unas relaciones madre-hijo cuantitativamente insuficientes.

En otras palabras la “deformación de las relaciones objetales es cualitativa en la primera categoría y cuantitativa en la segunda. Y cada uno de estos desórdenes es típico de una determinada actitud maternal”.⁵

3.1.3 Relaciones madre e hijo incorrectos:

Es un factor cualitativo, en la etiología de cuadros clínicos se demuestran factores psicógenos derivados de las relaciones madre e hijo. No se pretende señalar que en las deformaciones específicas de las relaciones objetales que puedan relacionar con cuadros patológicos se haya encontrado la etiología satisfactoria para cada una de estas enfermedades. Se hallan factores congénitos que en apariencia contribuyen al desarrollo de las enfermedades agregándoles a los factores psicógenos. Se ha establecido que el origen de estos cuadros clínicos pueden apreciarse factores psicógenos que proceden de la relación madre- hijo. Y es sorprendente que el niño, se encuentra en su primer año de vida en somato-psique, o sea de diferenciación insuficiente entre el soma y el psiquismo. Ciertas influencias psíquicas tengan efecto de irradiación en el soma, o que una influencia psíquica llegue hacer disminuir la resistencia del niño a todo género de enfermedades.

Estas relaciones incorrectas, debido a la naturaleza de las cosas, la personalidad de la madre es la dominante en la díada. Esta personalidad de la madre es incapaz de ofrecer al niño una relación normal o por razones de su personalidad, la madre es compelida a perturbar la relación normal que ésta debe mantener de ordinario con su hijo.

⁵ H. Buss Arnold, Psicología de la Agresión. Psicósomática. Traducción Jorge L. García. Ediciones Troquel. Buenos Aires Argentina. Año 1969. Pp. 120.

La personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica, por lo que recibe el nombre de perturbaciones de las relaciones de objeto capaz de distinguir una serie de patrones de conducta maternal dañina, que están vinculados con una perturbación psicotóxica, específica del infante. Las conductas maternas son:

- a). Repulsa primaria: Activa – pasiva: Abandono, rechazo de la madre hacia el niño.
- b). Tolerancia excesiva angustiosa primaria: Protección maternal excesiva hacia el niño.
- c). Hostilidad disfrazada de angustia: Sentimientos reprimidos inconscientes hacia el niño
- d). Oscilación rápido entre el mimo y hostilidad: Carencia agresivo de la madre al niño.
- e). Oscilaciones del humor de la madre: Cambios de humor de la madre hacia el niño.
- f). Hostilidad consciente compensada: Actitud manipuladora improvisa hacia el niño.

3.1.4 Relaciones madre e hijo insuficientes:

Es un factor cuantitativo que lleva a los infantes a graves perturbaciones emocionales causadas por la actitud de la madre. “Se les priva a los infantes de la relaciones con las madres sin ofrecimiento de sustituto adecuado y se les priva de suministros libidinales. Lo cual es llamado enfermedades defectivas psicógenas o enfermedades defectivas emocionales. Pues se le deriva la ausencia física maternal por enfermedad, muerte u hospitalización del infante”.⁶ Por ende es privado del cuidado materno y se le proporciona un sustituto. A esta deficiencia emocional se ha dividido en dos subcategorías: según la extensión de la privación del infante (de los suministros libidinales):

- a) Defectividad parcial
- b) Defectividad total

Estas manifestaciones que presentan los infantes desde los primeros meses de vida, persisten en cambios actitudinales que presenta la madre y estas dolencias que se muestran, pueden ser físicos y aparentemente psicológicos causadas por factores que alteran el estado emocional y comportamiento de la madre.

⁶ De Ajuriaguerra, Julián, Manual de Psicopatología del niño, Trastornos psicósomáticos, Traducción Daniel Marcelli, Barcelona, Año 1996, Pp. 320

Se presenta la relación existente entre las actitudes maternas y las perturbaciones emocionales correspondientes; en la siguiente tabla:

Cuadro I. – Clasificación etiológica de las enfermedades psicógenas en la infancia
Correspondientes a las actitudes maternas

	Factor Etiológico Aportado Por las Actitudes Maternas	Enfermedades del niño
Trastornos Psicotóxicos (factor cualitativa)	1°. Repulsa Primaria pasiva 2°. Repulsa primaria activa 3°. Tolerancia excesiva angustiosa primaria 4°. Hostilidad disfrazada de angustia. 5°. Oscilación rápida entre el mimo y la hostilidad agresiva. 6°. Cambios de humor cíclicos catatímicos de la madre. 7°. Hostilidad Consciente-mente compensada.	Coma del recién nacido (Margaret Ribble) Vómitos del recién nacido y enfermedades respiratorias. Cólico del tercer mes Eczema infantil. (salpullido) Hipermotilidad (balance, Rebeldía del niño) Juegos fecales (jugar con sus propias heces) Hipertimia agresiva (bowly) (manipulación del niño)
Defectiva Emocional (factor cuantitativo)	1°. Privación emocional parcial 2°. Privación emocional total	Depresión Anaclítica (análisis en la expresión). Marasmo (enflaquecimiento exagerado del cuerpo)

4. Trastornos Psicotóxicos (Perturbaciones)

Las enfermedades psicotóxicas tienen un concepto de enfermedades defectivas emocionales individuales de la madre, puesto que se alteran de acuerdo a las estadísticas examinadas para controlar su minuciosa personalidad maternal y de esto se deriva el infante a estados emocionales que presentan a través de un cuadro clínico examinado y de privación analítica. Se presentan los factores etiológicos suministrados por las actitudes maternas de acuerdo a las enfermedades psicosomáticas del infante:

4.1 Franca repulsa primaria materno:

Estos trastornos son las actitudes en relación a madre-hijo, de las cuales para su estudio se analizan en diferentes criterios:

4.1.1. Repulsa Primaria activa: La actitud materna en este síndrome consiste en una repulsa global de la maternidad; repulsa que incluye tanto la preñez como al infante; es decir del embarazo y del niño; y probablemente en los aspectos en acto sexual.

4.1.2 Repulsa Primaria Pasiva: La reacción del recién nacido ante una madre que no le acepta ha sido descrita por la doctora Margareth Ribble en 1937. “Los recién nacidos se ponen agonizantes, con una disnea de tipo Cheyne-Stokes, palidez extrema y sensibilidad reducida. Deben tratarse a estos niños como si estuvieran en estado de Shock, con enemas salados, glucosa intravenosa o transfusión de sangre”.⁷ Hay que enseñarles a mamar estimulando su boca, tales estados ponen en peligro la vida del recién nacido. Es decir la repulsa materna, la inaceptación, es de naturaleza no objetal; no se dirige hacia el niño en cuanto a individuo, sino hacia el hecho de tener un niño. La repulsa de la maternidad, es un comportamiento que solo se encontrará en las primeras semanas incluso durante los primeros meses de vida del niño. La individualidad misma de este se hace sentir, y la hostilidad materna se desarrollará en forma más específica y más en función del individuo particular que es su hijo.

⁷ René A. Spitz y W. Godfrey Cobliner. El primer año de vida del niño. Patología de las relaciones de objeto. Traducción de Manuel de la Escalera. Fondo de Cultura Económica. Pp.112

Cuanto más crece el niño más rico y variado se hace su personalidad infantil más desarrollada, y de ello resultará una serie de modalidades de hostilidad materna, individuales y variables. Se deduce que la actitud de estas madres, su hostilidad, generalizada en torno a la maternidad tiene su raíz en la vida privada, en sus relaciones con el padre del niño, con su forma particular de resolver el complejo de Edipo y su angustia de castración. La repulsa manifiesta primaria ejerce su influjo sobre un niño que aún no ha comenzado a desarrollar un método cualquiera de defensa o de adaptación. Está desarrollando las formas más arcaicas de oralidad, que se transformarán en lo que los psicoanalistas conocen con el nombre de estadio oral. En esta etapa arcaica los contactos del lactante con lo que le rodean, acaban de ser transferidos del cordón umbilical a la boca y la incorporación durante los primeros días de vida.

4.2. Tolerancia excesiva angustiosa primaria:

Es una actitud maternal que puede ser considerada una subdivisión, es decir una forma especial de lo que David Levi ha llamado “Protección maternal excesiva”. Relacionada con la tolerancia excesiva de angustia está creó la perturbación que Benjamín Spock ha llamado “cólico de los tres meses del lactante”. En los círculos pediátricos el cólico del tercer mes es un cuadro clínico que se conoce como en la tercera semana de vida y continuando hasta el final del tercer mes de vida, el infante empieza a quejarse a gritos por la tarde. Si bien ciertos casos se aprecian ligeras diarreas. Los dolores del niño duran varias horas se calma; y vuelven a empezar al día siguiente. Después de tres meses aproximadamente, este trastorno tiende a desaparecer de forma inexplicable como cuando aparecieron, con gran satisfacción de la madre y el pediatra. La observación de pediatras que investigan ampliamente a los infantes pasa por un período en que presentan problemas en instituciones, en donde estos infantes son privados del cuidado materno, el cólico está ausente por completo. Las relaciones entre madre e hijo están relativamente de lo mejor, los cólicos se dan de vez en cuando. Los niños que son cuidados o criados por los familiares son frecuentes a tales relaciones. Se considera necesario llegar a una hipótesis con datos recogidos, sobre el cólico del tercer mes; lo cual se observan dos factores en la etiología del trastorno, por un lado la exageración o preocupación maternal y por el otro lado una hipertensión del nacimiento del infante.

La hipótesis de una etiología del factor doble: si ciertos niños recién nacidos con hipertonicidad de nacimiento congénita son criados por madres que muestran exceso de preocupación, angustiada que padecerán el cólico del tercer mes. Y debe suponerse que después de tres meses hasta las madres con sentimientos de culpabilidad o sin experiencia se habrán cansado del constante sacrificio por la auto demanda exagerada, o interpretar los gritos y vocalizaciones del infante, renunciando a toda interpretación demasiadas ingenuas de las demandas del niño.

4.3 Hostilidad enmascarada de angustia:

La actitud materna que se observa en la mayoría de las madres consiste en las manifestaciones que ella presenta, sobre todo en lo que se refiere a su hijo. Resulta evidente que esta angustia manifiesta correspondía a la presencia de cantidades inusitadamente grandes de hostilidad inconsciente reprimida. Michael Balint observó que niños amenazados por una dermatitis atópica en la segunda mitad del año, tienen una excitabilidad refleja creciente. Puesto que los reflejos al nacer son una conducta no aprendida y el cutis de estos niños es más vulnerable de lo habitual. Esto quiere decir “en realidad que al nacer, el niño tendrían en el futuro eczema, poseían una excitabilidad a la angustia refleja creciente. Esto no es un síntoma patológico; al contrario es un síntoma del progreso en el desarrollo de la personalidad, un síntoma de que el niño ha alcanzado la capacidad de distinguir entre amigo y extraño”.⁸ La personalidad de las madres de niños con exageración de eczema aportó una información significativa, la mayoría de madres muestran una actitud de angustia manifiesta acerca de sus hijos. Y quedó claro que bajo esa angustia manifiesta, se ocultaba una proporción inusitadamente grande de hostilidad inconsciente reprimida. Se reveló que los infantes que padecían eczema muestran dos anormalidades;

a) Los infantes tenían madres de personalidad infantil que delataban una hostilidad disfrazada de angustia hacia su hijo, madres que no gustaban tocar a su hijo o cuidar de él y que, sistemáticamente, les privaban del contacto cutáneo.

⁸ René A. Spitz y W. Godfrey Cobliner. El Primer año de vida del niño. Patología de las relaciones de objeto. Traducción Manuel de la Escalera. Fondo de Cultura Económica. Pp. 140.

b) La madre se niega a satisfacer al infante con predisposición genital a respuestas cutáneas crecientes que llevan aumento de catexia de la representación psíquica de la percepción cutánea, es decir la libidinización de la superficie de la piel.

4.4 Oscilación rápida entre el mimo y la hostilidad agresiva:

Es una perturbación de la movilidad muy corriente conocida como cabeceo de los infantes, es frecuente en el ambiente institucional. Esta conducta aparece antes de los seis meses, el cabeceo es raro, pues después de los seis meses aparecen con rodillas y codos. Después de los diez meses el cabeceo se efectúa en pie. Las relaciones se dan cuenta que el niño cabeceante y sus madres eran muy peculiantes. La relación no se halla ausente, pero es se mantiene lejos de ser una relación, estrecha y bien equilibrada.

Sin embargo la madre de estos niños del cabeceo resulta tener una personalidad extravertida, con una predisposición al contacto intensivo, positivo y tendencias alóplásticas. Se trataba de personalidades infantiles, que carecen de control de agresividad, la cual se expresa en explosiones frecuentes de emociones negativas y de hostilidad manifestada violenta.

Hay madres que son víctimas de sus propias emociones y, debido a su personalidad infantil, son capaces de darse cuenta de las consecuencias de su conducta e inusualmente contradictorias en sus tratos con el medio. Con colaboración de la Dra. Katherine M. Wolf establece que para estudiar al niño por su cabeceo, se buscan factores etiológicos posibles, las cuales se dividen en; congénitos, hereditarios y del medio.

Wolf anticipó la proposición de que solo después de haber establecido relaciones con el objeto libidinal, tuvo que haberse logrado la permanencia de objeto y será capaz el infante de relacionarse con las cosas inanimadas. En otras palabras la conducta de la madre, autocontradictoria e inconsecuente, lleva al niño almacenar en su memoria representaciones objeto-conflictivas. La madre carece de agresividad en el caso de niños cabeceantes, entorpece el establecimiento del objeto libidinal, lo que hace que las relaciones de objetos posteriores sean difíciles o imposibles para el niño.

4.5 Cambios de humor cíclicos de la madre a largo plazo:

Entre una investigación de población de madres de dieciséis años se descubre un trastorno psicossomático sufren una serie de cambios de humor, pues se descubre la depresión. ¿Qué lazo existe entre depresión de la madre, sus saltos de humor, y la presencia de juegos fecales en niño de primera edad? ¿Y en qué forma se diferencian los saltos humor de las madres deprimidas y la oscilación entre hostilidad extrema y mimo en las madres de niños que se balancean? Lo que hace diferencia fundamental está en lo que se llama longitud de las ondas. En las madres deprimidas de ondas que se balancean la onda es corta, brusca y rápida constantemente repetidas. Y las madres de ondas largas tienden a deprimirse al tener saltos de humor que duran semanas y meses. El cambio de humor de la madre y su actitud de repulsa en el segundo período representa para el niño la pérdida del objeto, a estas madres deprimidas se trata de un clima constante de gran solicitud hacia el niño, que al cabo de algunas semanas, se transformará en el clima opuesto, de una repulsa total del niño durante una serie de semanas o meses. Hay una cuestión que permiten asimilar el estado afectivo del niño coprófago en relación con la dinámica materna filial ¿En que se diferencia la actitud inconsecuente, oscilante de las madres de los niños que cabecean de los cambios de humor de las madres de niños coprófagos? Los niños cabeceantes han sido expuestos por sus madres alternativamente a explosiones intensas pero breves de amor y otras intensas y breves de cólera. Estas madres tienen una personalidad infantil incapaz de adoptar una actitud consecuente que duren unos días o meses. Según Ana Freud su proposición de niños coprófagos padece de síntomas y la identificación del niño hacia la madre imita las actitudes de su progenitora, pero la imita en términos globales, que capaz de asimilar. Estas son la actitud “a favor” y la actitud “en contra” y se muestran ciertos rasgos de niños en relación con la madre depresiva. El humor depresivo de la madre genera en el niño una inclinación a las tendencias depresivas. La madre depresiva se retira del niño y éste se sigue adentrándose en el humor depresivo de ella. Ana Freud considera este fenómeno de la naturaleza propia de la infección que no es una imitación de los ademanes de la madre lo que produce este humor en el niño, sino que éste simplemente responde al clima afectivo, no a la causa del afecto; así se infecta con dicho afectivo.

4.6 Hostilidad materna conscientemente compensada:

El comportamiento materno es el resultado de un conflicto consciente y para las madres el hijo es un objeto de satisfacción narcisista y exhibicionista, no de amor; pero tienen plena conciencia de que su actitud para con el hijo es impropia e intentan compensarla con una actitud muy típica, mezcla de dulzura angelical, untuosidad y acidez al mismo tiempo. La conducta maternal en estos casos es el resultado de un conflicto consciente y para tales madres, el hijo sirve de desahogo para sus satisfacciones narcisistas y exhibicionistas, no como objeto amoroso. Una madre así se da cuenta de que su actitud hacia al hijo es impropia, se siente culpable y compensa con exceso su actitud mediante una dulzura almibarada o agridulce. Esta actitud se encuentra principalmente en los círculos intelectuales y profesionales.

Los niños mismos impresionan al observador por su destreza manipuladora. Naturalmente los niños se familiarizan con objetos inanimados y se prestan para ser manipulados por sus mismos objetos, pero en el sector de sociabilización su personalidad de desarrollo muestra un tipo de relación humana que les brindan sus padres. “Pero cuando llegan a su segundo año de vida, son aptos para la hiperactividad, no muy sociables y destructivos con los juguetes. No muestran interés por el contacto con los seres humanos y se vuelven hostiles cuando alguien se les acerca, los cuales fueron referidos y realizando investigaciones por John Bowlby por lo que a éstos fueron llamados “Hipertímicos agresivos”⁹ La razón para esta carencia de casos es bien sencilla: esta actitud maternal es poco destacada y sólo se hace perceptible al observador psiquiátrico de gran sutileza. Para los padres, se vuelven agresivos y muy afortunados en sus profesiones. En sus relaciones con el hijo son poco cordiales, ruidosos, un tanto exhibicionistas, que no saben donde detenerse y que varias veces asusta al niño con sus exagerados ruidos y fácilmente por encima de la protesta de la madre ocupada.

⁹ René A. Spitz. El primer año de vida del niño. Génesis de las relaciones objétales. Ediciones Aguilar S.A España. Año 1965. Pp. 131

5. Los efectos contraproducentes privados hacia los cuidados maternos

5.1 Causa de las perturbaciones maternas:

Se considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad, y la relación constante de la madre (o de quien con carácter permanente la sustituya) en los que ambos encuentran satisfacción y goce. Las emociones de ansiedad y culpa que caracteriza en gran parte las perturbaciones mentales se manifestarán en forma moderada y armónica. En la compleja relación madre e hijo, en los primeros años de vida, modificada e infinita forma es donde se encuentran el origen del desarrollo del carácter y de la salud mental. La ausencia de esa relación materno-filial se denomina “privación materna”. Al niño se le considera privado cuando vive en el mismo hogar que su madre (o quien sustituya con carácter permanente) y ésta es incapaz de proporcionarle al amoroso cuidado que la infancia necesita. También se le considera privado al niño por cualquier motivo se le separa del cuidado materno. El efecto de esta privación resulta leve si el niño lo atiende alguien con quien se ha encariñado y en quien confía, pero puede ser grave si la madre adoptiva, aún cuando sea amable, le es extraña.

Los contraproducentes efectos de esta privación varían en intensidad. La privación parcial trae consigo ansiedad aguda, excesivo anhelo de amor, de poderosos sentimientos de venganza y, como consecuencias de éstos, los de culpabilidad y depresión. Esas emociones y esos impulsos son demasiado poderosos para los tiernos medios de dominio y organización inmaduro (tanto fisiológica como psicológicamente) con que cuenta el niño. La privación absoluta constituye el objeto principal de este informe, determina otros efectos de mayor alcance en el desarrollo del carácter que pueda llegar hasta invalidar por entero su capacidad de adaptación social. Los investigadores con inquietudes estadísticas como Menut han trabajado en el concepto del “hogar deshecho” y algunos estudios han venido a demostrar la correlación existente entre la inadaptabilidad social del niño y el antecedente de su hogar. El lugar del concepto de hogar deshecho se necesita poner la anomalía de las relaciones entre los padres y el niño que aparece con frecuencia, aunque no muy ligada de aquel concepto. El desarrollo de las relaciones del niño con la madre y con su padre, aparecerá en orígenes sobre las perturbaciones mentales.

El estadístico y Pedagogo Stott explica en uno de sus recientes estudios que la ansiedad nacida en el niño, como consecuencia de la falta de relaciones normales en sus primeros años de vida, le predispone a reacciones antisociales frente a determinadas situaciones posteriores. La mayor parte de los estados de ansiedad descritos por Stott son aspectos especiales de la falta de cuidados maternos.

Las relaciones entre los padres y el niño ofrecen muchos matices y además de la privación, existen muchos otros problemas, nacidos de la separación o del repudio, que pueden llegar a producir estados patológicos. Los más frecuentes son:

- a) La actitud del inconsciente rechazo oculta bajo la apariencia de otra de afecto.
- b) La excesiva exigencia de cariño y de confianza requeridos por el padre o la madre.
- c) La inconsciente y substitutiva satisfacción obtenida por uno de los padres como consecuencia de la conducta del niño.

“Durante su primera infancia es la madre quien lo alimenta y le limpia, la que le abraja y le presta las atenciones que constituyen sus primeras necesidades de bienestar. Es hacia su madre donde vuelve los ojos cuando siente una inquietud o zozobra. Las referencias a la relación materno-filial se surgen continuamente, mientras que en las relaciones paterno-filiales tienden a hacer muy poco”.¹⁰

¹⁰ Bowlby John, Los cuidados Maternos y la Salud Mental. Las perturbaciones maternas. Traducción Aníbal Villa Verde. Editorial hmanitas. Buenos Aires Argentina. Año 1964. Pp.121

6. El vínculo afectivo entre madre e hijo

Durante los primeros seis meses de vida, el bebé tiene los rudimentos de un lenguaje de amor. Es el lenguaje del abrazo, de la mirada, de la sonrisa, de las comunicaciones de placer y molestia, este es el vocabulario amoroso antes de que se pueda hablar de amor. El lenguaje rudimentario del amor en el bebé es innato. Está ahí, programado, pero debe ser despertado por su madre. Las manifestaciones de amor que la madre tiene para con su bebé deben ser iniciadas lo antes posible, desde el momento mismo en que nace. Las necesidades físicas y las emocionales están íntimamente ligadas y el bebé se guía por el patrón del placer. La necesidad del bebé de recibir atención amorosa por parte de sus padres tiene un origen biológico. A tal punto que si se atienden solamente sus necesidades físicas, aún de manera impecable, el bebé puede llegar a morir. Pero es biológico también, porque la mera supervivencia no hace a nadie un ser humano completo. El lactante necesita la estimulación del amor a través de los sentidos: tacto, vista, oído, (y esto sólo se puede lograr si lo amamantamos y al hacerlo le hablamos, si al dormirlo le cantamos, si al cambiarlo nos acercamos a él a una distancia en la que pueda distinguirnos bien para sonreírle, si al bañarlo lo acariciamos y le damos masajito, si reímos y jugamos con él).

Después del nacimiento la madre y el niño son todavía una unidad psicológica y una estrecha relación entre ellos es tan importante para el desarrollo, como lo fue la más primitiva conexión con el feto; pero nuestra cultura ha perjudicado insidiosamente la naturaleza instintiva de la mujer y la ha cegado frente a uno de los derechos más naturales: el de enseñar a amar, amándolo a su vez, durante el período de su infancia desvalida.

La madre debe tener la certeza de que su cariño es biológicamente necesario para el desarrollo del bebé. Según Margaret Ribble. Tres circunstancias afectan básicamente la manera de como se inicie la relación afectivamente de la madre con su bebé y que comienza mucho antes del nacimiento, pues a esto se da a conocer de la siguiente manera:

a) **Durante el embarazo.**- Aún antes de conocerlo, la embarazada se imagina y fantasea con el hijo por nacer. El nacimiento obliga a la madre a comparar entre el bebé real que ha nacido y el de sus sueños, fantasías y expectativas. Si la realidad y las expectativas son congruentes, el apego o vínculo afectivo se inicia muy pronto después del nacimiento. Si en cambio, realidad y expectativas son diferentes, la madre primero tiene que resolver la pérdida de sus fantasías y expectativas.

b) **Durante el parto.**- La manera como se desarrolla el evento del nacimiento y la experiencia gratificante o no de esta experiencia para la mujer, puede interferir en el proceso del apego o vínculo materno-infantil. La sensación por parte de la mujer de haber tenido control sobre los acontecimientos durante el nacimiento, permite que inmediatamente después de que nace el hijo, entre verdaderamente en un estado de éxtasis y esto ayuda a la nueva madre a sentir confianza en su capacidad de crianza para con el hijo y la relación afectiva se inicia con mayor facilidad. Si en cambio, el evento del nacimiento no cubre sus expectativas y lo vive como un proceso violento y dramático en el que ella es un mero objeto del cuidado médico-hospitalario, en el que adicionalmente se le separa del hijo sin permitir un contacto temprano y prolongado, el apego se inicia tardíamente.

c) **Durante el postparto.**- Los investigadores Klaus y Kennel han demostrado que inmediatamente después de nacido, el bebé tiene un período muy sensible de alerta que dura aproximadamente una hora y que permite iniciar el vínculo afectivo temprano con su madre. Si se cuenta con una madre alerta y despierta a la que se le permite sostener a su bebé en los brazos para darle la bienvenida, acariciarlo y manifestarle su amor, se aprovecha este período de sensibilidad inicial para el establecimiento de este fundamental requisito en la relación madre-hijo: el apego. Este período sensible puede verse como el período de consolidación de la conducta maternal. Después de este período, el vínculo puede aún integrarse, pero es más difícil y no cuenta con los mecanismos naturales de la especie para ayudar a dicho proceso.

Observando la conducta de los recién nacidos durante este período sensible (la primera hora después de nacer), fue posible demostrar que el niño puede ver, tiene preferencias visuales y que voltea la cara a la palabra hablada (las voces de sus padres); además se observó que todas las madres se comportan de la misma forma: primero tocan las extremidades de su bebé con la yema de los dedos, posteriormente acarician su espalda con toda la mano y luego proceden al abrazo total. El contacto visual es muy intenso; la madre mira al bebé y éste le regresa la mirada. La madre automáticamente cambia el tono de su voz y el número de palabras que emite cada vez que se dirige a su bebé; por su parte, el bebé responde más a una voz aguda que grave.

Esta comunicación entre la madre y su hijo no es solamente sonora sino que incluye también movimiento: así el bebé se mueve en sincronía con las palabras de su madre en una especie de danza. El bebé no responde de igual manera a otros sonidos distintos al lenguaje. Esta interacción entre la madre y el hijo inmediatamente después del nacimiento no es solo satisfactoria para ambos, sino que también es fisiológicamente necesaria.

El estímulo que representa la boquita del bebé en el pezón de la madre (cuando se le amamanta en sala de expulsión), hace que el útero se contraiga, facilitando la salida de la placenta y ayudando al útero a su involución. Es decir, que la naturaleza es muy económica y aprovecha una sola función para cumplir múltiples objetivos. Fomentar el inicio del vínculo materno-infantil inmediatamente después del nacimiento, ayuda a una apertura hacia la conducta maternal que se organiza durante la experiencia del parto y se consolida por la presencia del bebé.

Los mismos investigadores Klaus y Kennel han descubierto que “la visión del recién nacido desencadena el mismo repertorio de comportamientos afectivos en el padre que en la madre: también el padre hace ruiditos, contempla a su hijo y le habla y sonríe con naturalidad. Si se le da oportunidad, el hombre puede ser tan "maternal"¹¹ como la mujer, protector, generoso, estimulante, receptivo a las necesidades de su hijo y cuidadoso.

¹¹.El artículo fue descrito por Dra. Guadalupe Trueba, fuente de artículo [El vínculo afectivo madre e hijo](http://www.rebozoway.org/espanol/vinculo.htm). México. Año 1993. <http://www.rebozoway.org/espanol/vinculo.htm> Pp. 2

Se ha llevado demasiado tiempo y muchos choques culturales en comprender estos hechos simples de la vida y ello se debe en gran medida a que las frases hechas y los malentendidos sobre los padres están muy arraigados en nuestra cultura.

Como quiera que sea, la confianza en sí mismo y la imagen de sí mismo del niño, serán resultado de todos los mensajes que recibe de sus padres. Si esto ocurre a través de las caricias y abrazos de su madre, del juego físico del padre, o viceversa, no importa en realidad: lo importante es que en conjunto recibe de sus padres los estímulos que lo llevan a ser él mismo. El objetivo es que los futuros padres aprovechen el movimiento actual en el que se propone que el bebé al nacer, pueda permanecer en la sala de expulsión recibiendo las manifestaciones de amor de sus padres y se mantenga a su lado en lo que se conoce como alojamiento conjunto durante su estancia en el hospital.

6.1. La relación más importante en la vida del niño

El principal vínculo y el más persistente de todos es habitualmente el que se establece entre la madre y el niño, y se consolida como un vínculo afectivo cuando existe un amor recíproco entre el recién nacido y su madre. Este vínculo será la base sobre la cual se desarrollarán las demás relaciones que establecerá el ser humano con las demás personas a lo largo de vida. Desde que el bebé está en el vientre, la madre empieza a relacionarse con el bebé, siente sus movimientos, sus pataditas, le habla y comienza a pensar y a crearse imágenes sobre él, posteriormente cuando el bebé nace, la madre tendrá la necesidad de tenerlo en sus brazos, de contemplarlo, acariciarlo, mecerlo y protegerlo. El contacto corporal, el intercambio de miradas y sonrisas entre la madre y el bebé y todas las expresiones de afecto entre ambos son las que irán formando el vínculo madre-hijo.

6.1.1 ¿Cómo se forma el vínculo afectivo madre-niño?

El vínculo se desarrolla como consecuencia de las repuestas de la madre ante las conductas innatas del niño. Desde que él nace, empieza a interactuar con la madre a través del contacto piel a piel, las miradas y la interacción entre ambos en el momento de la lactancia.

El bebé empieza a reconocer y diferenciar a la persona que lo acompaña y lo cuida siempre, posteriormente mostrará preferencia por esa persona, estará contento con su compañía y se disgustará en su ausencia, éstas son las manifestaciones que indican el desarrollo del vínculo entre la madre y su hijo.

6.1.2 Importancia del vínculo afectivo madre-niño

Las investigaciones que hacen mención en la relación afectiva madre-hijo desde su nacimiento, indican que un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para establecer relaciones sanas a lo largo de su vida, cuando los primeros vínculos son fuertes y seguros la persona es capaz de establecer un buen ajuste social, por el contrario la separación emocional con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad poco afectiva o desinterés social. Según indican estas investigaciones, la baja autoestima, la vulnerabilidad al estrés y los problemas en las relaciones sociales están asociados con vínculos poco sólidos. Si las experiencias de vínculo han sido negativas y graves, el ser humano es más propenso a desarrollar trastornos psicopatológicos. Son las interacciones madre-niño las que influyen en el desarrollo socio-emocional y en la conducta actual y futura del menor.

6.1.3 Estableciendo un apego saludable madre-hijo

El apego es considerado como la búsqueda de compañía o proximidad de alguien, se forma a partir de experiencias de vinculación con la madre o persona que cuida al niño y es saludable si es que desde el nacimiento se establece un contacto directo con el bebé. Al mirarlo directamente y acariciarlo mientras está lactando, estamos brindándole experiencias positivas que van a consolidar una base segura en su desarrollo emocional.

La lactancia brinda un espacio de contacto íntimo entre la madre y el bebé, puesto que al succionar se estimula al pezón produciendo la prolactina, sustancia que estimulará a la vez las conductas maternas, el contacto corporal, el olor, la voz, las miradas, serán las primeras demostraciones de amor y de comunicación entre la madre y el bebé. Amamantar ofrece un espacio para el contacto íntimo y es una forma de compartir amor con el bebé. Es una relación sentimental basada en contacto, olor, sabor, miradas y el inicio de un diálogo que luego se producirá a través de las palabras.

Por otro lado la leche materna es especial, es importante para el cerebro que se alimenta de nutrientes que consolidan el sistema inmunológico del recién nacido. El tomar al bebé en brazos (holding) es otra expresión de apego. Este determina los procesos de maduración. Cumple esencialmente una función de protección contra todas las experiencias, a menudo angustiosas, que se siente desde el nacimiento, ya sean de naturaleza fisiológica, sensorial o las vivencias psíquicas del cuerpo.

Además de la manifestación de estas conductas, es necesario el establecimiento de la empatía entre los padres y el bebé, comprenderlo, sentir cuales son sus necesidades, cuándo está contento y cuándo está molesto, acudir a su llamado y sostenerlo en brazos hará que calme sus sensaciones de angustias de naturaleza psíquica o fisiológica.

6.1.4 Expresiones del vínculo

a. La alimentación en la acción de amamantar, confluyen la necesidad de dar satisfacción a un deseo imperioso y la sensación de calidez y ternura que percibe en el regazo de la madre. El intercambio de miradas y sonrisas, el tacto delicado de la piel y toda la situación en conjunto le ayudan a sentirse querido. La alimentación está llena de contenidos de naturaleza afectiva, social, así como de connotaciones individuales y grupales.

b. El llanto del bebé es el primer lenguaje. El adulto tiene que llegar a comprender lo que quiere decir el llanto. Es muy importante para los padres aprender a distinguir los distintos llantos. Eso evitará tensiones en el adulto, que, con frecuencia, acaban transmitiéndose al bebé, complicando y llenando a menudo de temores las relaciones entre éste y el adulto.

c. El estado de vigilancia, a partir de los seis meses, el bebé se da cuenta de que el sueño es una especie de viaje durante el cual pierde contacto con el entorno inmediato y con los personajes más importantes para él. Justamente, alrededor de este momento se instala la angustia de separación, situada durante el octavo mes de vida. El pequeño se asusta de los extraños porque los ve como la no-mamá, es decir la ausencia de ella.

6.2 Patologías del vínculo

6.2.1 Etiología:

La carencia y frustración de los cuidados, es decir las separaciones precoces o carencias ligadas a la ausencia de preocupación afectiva y parte de la madre o del padre por su bebé cuando están físicamente son factores que predisponen el desarrollo de patologías. La sobre-excitación está ligada a un vínculo ansioso y controlador por parte de la madre o del padre donde expone al bebé a un exceso de estimulación que traba su propio ritmo y estilo.

6.2.2 Sintomatología:

El ritmo del desarrollo lo coloca cada bebé, en su momento y en el tiempo que esté preparado para pasar a la siguiente fase. La perturbación de la actividad motora y de tono estructural, se trata de hipotonías o hipertónicas corporales concomitantes al sobre o subestimulación del ambiente. También numerosas actividades motoras repetitivas pueden aparecer dentro del desarrollo de los primeros meses como desviaciones de la mirada, succiones desenfrenadas o su ausencia, balanceos del cuerpo, manipulación excesiva de una parte del cuerpo, morderse, pellizcarse. La expresión psicósomática, manifestada en desórdenes alimentarios (regurgitar, vómitos, anorexias), desórdenes del sueño (hiposomnio, hipersomnio) y desordenes digestivos (cólicos, males cutáneos, asma).

La depresión del recién nacido se presenta bajo las formas muy variadas que se describen anteriormente. Se le suele denominar “depresión blanca” que se observa en los infantes bruscamente confrontados a una ausencia o una falta de holding maternal. La secuencia angustia-desesperanza-desapego es característica de la depresión del niño de pecho”.¹² El bebé va a desarrollar una fase ansiosa de llamada y búsqueda. Los signos son llantos, desórdenes de sueño. Así, poco a poco, empieza a transformarse en la forma más severa, traduciéndose en un infante sentado, acostado, el rostro fijo, mirada vacía, como sordo y ciego al ambiente. Se desvincula de todo, incluso de su madre, su objeto de amor.

¹² www.tekiero.tr. Familia y Hogar. Ser madre. Relaciones de madre a hijo. Ediciones Luis Tellar. España. Año 2008. Pp. 2

7. Influencias de la personalidad materna sobre la conducta infantil

7.1 La personalidad, concepto y definición:

La personalidad se entiende como el conjunto de actitudes y estilo de comportamiento de una persona, todo aquel conjunto de características psicológicas que caracterizan a una persona y permiten distinguirla de todas las demás. La psicología presenta definiciones aditivas, las que describen la personalidad como la suma de todos aquellos aspectos que definen al individuo. Además, es posible encontrar definiciones jerárquicas, las que ven la personalidad integrada por un conjunto de dimensiones, en las que unas se imponen más que otras. Existen otras definiciones que hacen alusión a la personalidad en cuanto a la importancia de sus características ante la adaptación del sujeto al medio. Por último, es posible concebir la personalidad poniendo especial énfasis en las diferencias que implica frente a los demás, otorgándole características únicas y distintivas al individuo. Existen ciertos factores comunes al abordar el concepto de personalidad y su definición. Entre ellos se encuentran frente al hecho de que se trata de algo que se describe a partir de las inferencias en torno al comportamiento visible que presenta el sujeto, sin clasificarse según sus juicios de valor. Se trata además de un conjunto de características que suelen mantenerse estables en el tiempo, por lo que en gran parte de los casos permiten realizar predicciones de conducta, lo que no sólo incluye lo manifiesto, sino que también aquello que ocurre en el mundo interno de las personas. Estas conductas no responderían tan sólo a patrones personales, sino que también serían influidos por el medio sociocultural en el que se desarrollan.

7.2 Implicaciones para la atención temprana

El ser humano desde el momento de su nacimiento, establece diversas relaciones sociales; unas son breves y sin consecuencias. En cambio otras como las que se desarrollan con los padres, son mucho más duraderas y pueden influir de forma importante en el desarrollo posterior del niño y en su personalidad (Ainsworth, 1989). Estas interacciones que comienzan muy pronto en la vida, están influidas no sólo por el entorno social sino también por el estilo conductual del niño.

El concepto de estilo conductual ha sido definido por la mayoría de diversos investigadores como las “diferencias individuales en las tendencias de conducta, constituidas biológicamente, que se presentan de forma temprana en la vida y que son relativamente estables en las distintas situaciones y a lo largo de la vida”¹³ Estas interacciones están determinadas por la etapa del desarrollo en que se encuentre el niño. Entre los seis y doce meses de edad los niños no sólo muestran conductas de preferencia por determinadas personas o situaciones sino que ante personas o acontecimientos desconocidos reaccionan con precaución, miedo o incluso rechazo. Si estos modos de respuesta se mantienen a lo largo del desarrollo podrían ocasionar algunas alteraciones de personalidad, como por ejemplo: la timidez o inhibición conductual, rasgos que definen el temperamento “difícil”. Los niños que muestran este patrón de conducta son retraídos, reservados y temerosos, especialmente cuando se enfrentan a situaciones o personas desconocidas o novedosas. Los rasgos de personalidad de la madre parecen estar implicados en las interacciones tempranas del niño con el entorno. En este sentido, se ha encontrado que las madres de niños inhibidos o tímidos, con mayor frecuencia, suelen ser madres depresivas. Aunque estos hechos podrían tener una base genética, los investigadores apuntan otras causas posibles: las madres depresivas pueden tener dificultades en integrarse en las actividades diarias de cuidado, además de servir como modelos de conducta pasiva, temerosa o de rechazo para sus hijos (Kochanska, 1991).

Se indican que el estilo conductual del bebé durante el primer año de vida puede predecirse acertadamente mediante el estudio de las características personales de la madre. Por ejemplo, Campbell (1979) y Milliones (1978) encontraron que las madres de niños evaluados con temperamento difícil se valoraron a sí mismas como menos sensibles hacía sus hijos. También en los estudios de Mednick, Hocevar, Baker y Schulsinger (1996); Sameroff, Seifer y Elias (1982) y Vaughn *et al.* (1987) se encontró que incluso se podía pronosticar el temperamento fácil o difícil del niño a partir de los rasgos de personalidad de la madre evaluados prenatalmente, siendo la ansiedad materna uno de los rasgos principalmente relacionado con la dificultad del niño.

¹³ Julio Pérez López. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Edificio “Luis Vives”. Universidad de Murcia. campus de Espinardo, España, 2000 Pp. 4

En definitiva, parece que los altos niveles de ansiedad de las madres se relacionaban con bebés temperamentamente difíciles. Es decir, las madres ansiosas tenían hijos anormales en sus funciones biológicas, con elevadas respuestas evitativas ante situaciones novedosas, con un humor altamente negativo y con una pobre capacidad de adaptación. También Daniels y Plomin (1985) y Weber, Levitt y Clark (1986) encontraron que las madres que son más introvertidas y tienen dificultad para adaptarse a nuevas situaciones y personas, tienen bebés que se perturban más fácilmente ante la separación y en presencia de extraños; probablemente porque estas madres tienden a alejar a sus bebés de la estimulación novedosa, en congruencia con su personalidad. La afectividad positiva como la sensibilidad y el apoyo materno están asociados positivamente con la emocionalidad del bebé a los 9 meses de edad. Es decir, los niños cuyas madres disfrutaban de la compañía de otras personas son menos propensos a sentir malestar cuando están solos o en interacción con personas extrañas. Por último, cabe citar las investigaciones de Matheny y colaboradores (1986; Matheny, Wilson y Thoben, 1987) en las que se destaca que los niños más dóciles (es decir, menos negativos emocionalmente, más atentos y más orientados socialmente), en comparación con los menos dóciles, tenían madres emocionalmente más estables, socialmente más dominantes y más expresivas e implicadas con sus hijos.

Belsky, Fish e Isabella (1991) encontraron que el cambio en los bebés que inicialmente presentaban emocionalidad negativa y posteriormente positiva parecía verse facilitado por la capacidad de sus madres para iniciar y mantener interacciones armoniosas con ellos. Las relaciones entre las características de personalidad materna y el estilo conductual del niño, no se especifica si las reacciones del niño se producen ante estímulos sociales o físicos. Asumiendo como punto de partida teórico que el estilo conductual del niño puede estar modulado por las características de personalidad maternas, las reacciones temperamentales (tono emocional actividad y vocalizaciones) mostradas por el niño a los 9 meses en presencia de personas y objetos físicos no familiares, podrían estar relacionadas con los rasgos de personalidad de su madre.

8. Padres e hijos en sus relaciones humanas

8.1. Relaciones de la madre hacia el hijo:

“El papel de los padres es muy importante, ya que en ciertas investigaciones se ha señalado que la conducta de los niños en el hogar es en gran parte, una reacción del comportamiento de los padres, en especial en el de la madre, que es la que se adhiere a la cercanía del niño, y tales comportamientos pueden ser; la falta de atención, la brutalidad, o la inestabilidad, que tienen por causa la conducta y las actitudes de los padres”.¹⁴

Se describe a continuación algunas de esas actitudes que muestran cómo se comportan y cómo reaccionan los niños de acuerdo con ellas:

8.1.1 Actitud de Indiferencia y Rechazo:

Con la madre que siempre se ingenia para no tomar a su hijo en sus brazos. Siempre encuentra una excusa: tiene mucho que hacer, tiene muchas obligaciones para con sus amigas. El hecho es que en el mismo momento en que el niño reclama alguna atención o caricia, la madre la evita. Se trata de una conducta de origen inconsciente que proviene, de celos de la pequeña respecto del marido, o de una notable parecido físico de la misma niña con una hermana o de una pariente con la quien la madre tuvo conflictos en su niñez.

8.1.2 Actitud Super protectora:

Es una actitud opuesta a la anterior. Hay padres que, en vez de privar al niño de atención y de ternura, lo miman y no lo dejan un minuto en paz. “Ten cuidado, te vas a lastimar”. Estas son las frases que llueven sobre los pobres niños, que no pueden dar un paso sin ser ayudados; son niños criados entre algodones.

¹⁴. Weil Pierre G, Relaciones Humanas entre los niños, sus padres y sus maestros Padres e hijos en sus relaciones humanas. Traducción Marina E. Arater de Hombría. Buenos Aires Argentina. Año 1982 Pp. 121

8.1.3 Actitud de Brutalidad:

En esta actitud reciben golpes con chinelas (Calzado o zapato, sin talón, de suela ligera) o correas, o bofetadas; y esto sucede en todos los medios sociales; de clases rica, media o pobre. Esta forma de educación provoca dos reacciones de acuerdo al temperamento de los niños: el niño comienza a imitar a los padres y golpear también a sus compañeritos, o sus amiguitos en sus primeros años de sociabilidad y escolaridad o bien toma la actitud en extrema timidez o inhibición total de cualquier adulto.

8.1.4 Actitud Rígida y Autoritaria:

Muchos padres quieren, sobre todo ser obedecidos al pie de la letra, y no admiten ningún error; la actitud de la madre ve toda falta, y esta es inmediatamente indicada y el niño recibe el correspondiente castigo: Es intolerante cuando el niño recibe una serie de castigos por la inadecuada aceptación clásica que su progenitora tiende a darle y no recibe mayor atención.

8.1.5 Actitud Democrática:

La madre brinda ternura, cuando es necesario, alaba el esfuerzo y recompensa al niño cuando ha actuado bien, y ésta logra ver como crecen sus hijos en un clima de comprensión, de calma y de respeto humano. Esta educación que brinda los padres es el resultado de un equilibrio entre la tolerancia, la comprensión y la firmeza.

1.1.3 Hipótesis de trabajo

El comportamiento de la madre primeriza influye en los síntomas psicossomáticos del infante.

Variable Dependiente

Comportamiento: Se define como el conjunto de respuestas motoras frente a estímulos tanto internos como externos. Es decir tolerar una conducta que presenta en relación con su entorno o mundo de estímulos.

Indicadores: Agresividad, irritabilidad, hostilidad, rigidez, indiferencia.

Madre primeriza: Es enfrentarse con un bebé que debe de comunicarse a través de su vientre o en brazos para enfrentar miedos.

Indicadores: Miedo, depresión, nostalgia, rechazo, fatiga

Variable Independiente

Síntomas psicossomáticos: Afecta a la psique, implica o da lugar a una acción de la mente, sobre el cuerpo o al contrario.

Indicadores: Cólicos, vómitos, eczema, alergias, asma.

Infante: Se le define como el proceso de desarrollo total de dependencia del niño, tanto físico como cognoscitivo hasta adquirir capacidades que se desplazan por sí mismo durante toda la niñez.

Indicadores: Inteligencia, conocimientos, sentimientos, emociones, pensamientos.

1.1.4 Delimitación

Se realizó la investigación en la Maternidad Cantonal, que se ubica en la 7ª ave 6-10, zona 13 de la Ciudad de Guatemala, durante un período de 3 meses que dio inicio el 1º de diciembre del año 2011 y finalizó el 2 de marzo del año 2012 con una muestra aleatoria simple de madres primerizas. Los factores a investigar fueron los siguientes: Comportamiento, madre primeriza, síntomas psicossomáticos, infancia.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas de muestreo

Selección de la muestra: Dentro de la población de estudio, se tomó una muestra aleatoria simple solamente a madres primerizas, comprendidas entre las edades de 12 a 22 años.

Muestra aleatoria: Es una muestra elegida únicamente de todas las demás, con la misma posibilidad que cualquier otra y cuyos elementos están elegidos independientemente unos de otros y con la misma probabilidad de selección

2.1 Técnicas

La observación: Se realizó en las primeras dos semanas de iniciar la investigación de campo, 2 días cada semana por tiempo de 1 hora, se utilizó para conocer, diferenciar y proporcionar información para la muestra seleccionada.

La entrevista no estructurada: Se realizaron 25 entrevistas que fueron aplicadas en el transcurso de varias semanas (lunes a viernes) durante el tiempo establecido de investigación, en la clínica de Psicología. Directamente a madres primerizas de diferentes edades. Con el propósito de obtener información e identificar los conocimientos de cuidados diarios de sus bebés, métodos caseros medicinales para la salud del mismo y cuidados personales de ellas mismas. También conocer la relación existente de su familia, pareja u otras personas cercanas que se involucraron antes, durante y después de su embarazo, y la relación afectiva existente que demuestra por primera vez con su bebé tanto emocional como sentimental que sienten después de su embarazo.

Encuesta: Se aplicó a la población aproximada de 25 madres en un periodo de 5 semanas después de haber realizado la entrevista, que consistió en 15 interrogantes, con la intención de obtener información y conocer la personalidad de cada madre, identificar la reacción y relación efectiva con su propio hijo. Esta información sirvió para planificar, emplear y aplicarla dentro de la charla informativa, con el propósito de motivar y mejorar la relación positiva entre madre-hijo, pareja y con terceras personas.

Charla informativa: Este proceso se realizó 2 veces en una semana, en el salón de conferencias del laboratorio de la institución, dirigida hacia madres primerizas que fueron referidas por la clínica de psicología. Colocando información semanas antes para su realización, indagando lo más importante en el momento de la charla planificada. Los temas que se abordaron en la charla fueron: el carácter, personalidad, temperamentos, los tipos de comportamientos, mitos y creencias durante y después del embarazo, mitos del recién nacido, enfermedades psicógenas del infante, soluciones y tratamientos por lo que se obtuvo una asistencia satisfactoria del 80% de madres primerizas y con participación de otras madres de control prenatal, por lo que se alcanzó resultados positivos que fueron observados en la población obtenida, con preguntas y respuestas llegadas al tema, que fue de suma importancia para la población asistida a dicha charla. Partiendo de las experiencias y testimonios que las madres expresaron a través de entrevista y encuestas se utilizó material de apoyo como: rota folios y material impreso.

Test Psicológico: ¿Qué tipo de madre eres para tu hijo? Este test permite identificar la personalidad que toda madre demuestra ante los demás y qué reacciones manifiesta al frente de su propio hijo. Así mismo explica la relación madre-hijo y los miedos que la madre experimenta en el momento de la crianza de su propio hijo. Esta prueba se aplicó de manera individual en un tiempo estimado de 10 minutos a 25 madres adolescentes primerizas, 3 veces a la semana, después de haber aplicado la entrevista. También se aplicó el test de Inteligencia Emocional con el motivo de identificar cuáles pueden ser esas ideas que cada madre piensa con respecto a cómo ser madre, qué se puede hacer en el momento de la crianza de su bebé y como ésta actúa inteligentemente de acuerdo a problemas o soluciones que se presentan en cualquier circunstancia de la vida. También se aplicó de forma individual y no tiene límite de tiempo.

2.2 Instrumentos:

La observación: Es la base de toda investigación, que proporciona la materia de trabajo, que es aplicada en diferentes campos de la psicología; la cual está dividida en dos formas: Directa (información que recibimos de nuestros sentidos) e Indirecta (información que es proporcionada de libros, revistas, personas, etc.) También la observación la podemos clasificar en: observación del sí mismo, de la conducta, simple, retrospectiva, experimental, documental, descriptiva o estructurada, explicativa o no estructurada, entre otras.

La entrevista: Es un acto de comunicación oral que se establece entre dos o más personas (el entrevistador y el (los) entrevistador (res)) con el fin de obtener información, opinión o bien conocer la personalidad de alguien. Los tipos principales de entrevista, desde este punto de vista son: entrevista estandarizada, entrevista libre, entrevista mixta, entrevista no estructurada, entrevistas duras, informativas, laborales y psicológicas.

Encuestas: Es una técnica cuantitativa que consta de una serie de preguntas estandarizadas que son realizadas a una muestra representativa. A partir de esto se pueden obtener mediciones cuantitativas de cualidades tanto objetivas como subjetivas de la población. Las encuestas pueden ser clasificadas de distintas maneras: encuestas descriptivas, encuestas analíticas, de respuesta abierta y de respuesta cerrada.

Test Psicológico: Test es una palabra inglesa que significa “Prueba” que sirve para denominar una modalidad de exploración muy extendida actualmente en diversos campos, entre ellos el psicológico. Existen diferentes tipos de test psicológicos entre ellos: de personalidad, de inteligencia, de aptitudes, proyectivos e infantiles que se aplican mediante una comparación estadística, destinada a comprobar o medir las características de la actividad mental, las aptitudes, las personalidades de alguien o a más individuos. La finalidad de los test es medir las diferencias existentes de rasgos entre diversos sujetos o bien en un mismo individuo en distintos términos.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

El lugar de trabajo de campo fue realizado en la Maternidad Cantonal ubicado en la 7ª ave 6-10, zona 13 de la ciudad de Guatemala. Cuenta con una garita de seguridad, clínica de para exámenes de laboratorio como VIH, tipo de sangre, enfermedades de transmisión sexual e infecciones para hombres y mujeres y dentro de la misma se encuentra un salón para charlas. También en consulta externa se ubican 3 clínicas para atención a todas las madres, se les brindan todos los servicios en horario de lunes a viernes de 8:00am a 12pm; Ginecología (control pre y post-natal), Métodos de planificación familiar (Inyección, La te de cobre, Ya Dell), Clínica de enfermería para control de talla y peso a madres y bebés, se les brinda el cuidado de vacunas de prevención (tétanos, la polio, etc.) y una farmacia que ofrece toda clase de medicinas en general, también realizan jornadas de Papanicolau. Está institución pertenece al Centro de Salud Guatemala Central que cuenta con otros centros disponibles de atención al público y todos los servicios que presta son gratuitos. En consulta interna hay una clínica de emergencia, clínica de labor de parto, sala encamamiento, sala de espera y una habitación privada para 3 personas. Área administrativa: cuenta con una secretaría, depto. de estadística, biblioteca y dirección. Área de mantenimiento: lavandería, cocina, baños y comedor.

3.1.2 Características de la población:

La mayoría de madres mantienen un rango de escolaridad media, puesto que todas saben leer y escribir y no tienen un empleo estable. Se logró observar que la población entrevistada se encuentra con un rango de edades entre los 12 a 22 años de edad, con un desarrollo económico medio (estabilidad social) que mostraban diferentes aspectos que a simple vista fueron observados tales como: estado emocional bajo, depresión post parto, desesperación, miedo y preocupaciones hacia ellas mismas y sobre todo la inseguridad de cuidar a su primer bebé siendo madre por primera vez.

3.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas y cuestionarios realizados a las madres primigestas. Así mismo los resultados adquiridos del test ¿Qué tipo de madre eres para tu hijo? Y el test de Inteligencia Emocional, aplicado a 25 madres de edades de 12 a 22 años con diferente grado escolar. Entre las personas entrevistadas el 75% de las madres no tienen empleo pero se dedican a sus labores diarias dentro de su hogar, mientras que el 25 % realizan labores varios como por ejemplo, vendedoras en centros comerciales, negocio propio, meseras entre otras ocupaciones, sin embargo la mayoría de las madres expresaron que continuarán con sus estudios o seguir un curso por corto tiempo y teniendo un empleo estable mientras que pongan a sus hijos a cuidados de sus padres u otros familiares. En las entrevistas hubo mucha participación e información acerca de: sobreprotección de sus hijos, poco conocimiento de cuidados de bebés, relación con sus padres y con su pareja, la importancia de darles leche materna y sobre todo planificación familiar después del primer embarazo.

La mayoría de madres adolescentes muestran un grado de complejidad al convertirse en madres muy jóvenes y sobre todo carecer de conocimiento hacia la crianza y cuidados de su bebé a temprana edad, también refieren que “se dejan llevar mucho por lo que dicen otras personas, por lo que les dicen las abuelas o su propias madres con respecto a como deben de cuidar a su bebé en el momento que presenta alguna irritabilidad o molestia física o realizar algunos métodos caseros en el momento cuando se enferma el bebé por ejemplo; bañarlo con montes, darle agüitas para calmarle el dolor abdominal, vestirlos de color rojo, bañarlos a los 8 días después de nacer, ponerles su pulserita de color rojo en los bracitos o piernas del bebé”. También refieren que “el salpullido que le brotan a los bebés en todo su cuerpecito es porque los han ojeado y tiene que curarlo pasándoles un huevo por todo el cuerpo y después quebrarlo en una palangana para que salga cocido y así se ha curado” En fin las creencias que les permiten a las madres jóvenes practicar por ser primigestas y la cultura con la que se van desarrollando dentro de su familia.

El 20% de madres que asistieron a la maternidad fueron del área rural y aldeas aledañas mientras que el otro 80% pertenecen al área urbana, la mayoría asistieron a la cita correspondiente 15 días después de su parto normal. El comportamiento que se observó en las madres se pudo recalcar que hubo ciertas reacciones que alteraron la conducta de sus hijos, por ejemplo, la desesperación del llanto del bebé, irritabilidad por problemas del sueño de ambos (madre-hijo) y por no tener suficiente leche para calmar el hambre del bebé. Y sobre todo refirieron que dependían más bien de los cuidados caseros que éstas tienden a darles durante los primeros meses de vida, para curarlos y tranquilizar su angustia. Los datos que se recolectaron a través de las entrevistas fueron los siguientes; el 44% de madres se encuentran en unión libre con su pareja que fue el porcentaje más alto en su estado civil, mientras que en otra gráfica muestra que el rango mayor de edad de madres asistidas fue de un 44% de 16 a 18 años. También se dió a conocer que la población que practica varias religiones se encuentra en un nivel igual de catolicismo que evangelista que se encuentran en un 48% de la población. Y el grado de escolaridad con que se encuentra el mayor porcentaje de madres entrevistadas muestra el 36%, que ubica al área de diversificado con mejor resultado obtenido.

Se observó que las madres asistían a la clínica psicológica solamente una vez, ya que solo llegaban por su cita de revisión post natal y chequeo del bebé con el pediatra. Sin embargo no se pudo dar secuencia con ninguna madre porque hacían mención de que el control de ella y la de su hijo lo harían en otro centro de salud cercano al lugar donde vivían. Y también iban por planificación familiar para evitar volver a embarazarse, ya que algunas madres expresaron tener el apoyo de sus padres y poder continuar con sus estudios, mientras que otras manifestaron que contaban con el apoyo de tíos, hermanos y vecinos cercanos a ella. Algunas de ellas iban acompañadas de su madre, hermanas o simplemente solas por falta de apoyo de su propia familia. Mostraron dentro de las sesiones muchos miedos y frustraciones de su nueva vida como madre por ejemplo: la difícil tarea de dar leche materna porque le sangraban los pezones o no tenían leche, otro de los temores fue que tenían miedo de bañarlos, que no sabían que hacer cuando se les cayera el ombligo, o que simplemente no ubicaban la hora para poder dormir al bebé.

Todos estos miedos que las madres manifestaban les causaban frustración porque no sabían qué hacer y cómo resolver tal situación porque también ellas no comían y no dormían por estar pendiente de su bebé. Algunas madres daban respuestas a sus propios problemas y a mantenerse tranquilas en el momento del llanto del bebé. Se observó que no cuentan con suficientes conocimientos de cómo deben utilizar la ropa del recién nacido, puesto que la mayoría de madres referían colocarles más de 3 trajes a sus bebés porque decían que “tenían frío o se podían enfermar por el clima” sin embargo se pudo constatar que los bebés mostraban irritabilidad y con abundante salpullido (eczema infantil) que aparecían por la mala calidad del vestuario como ponerlos con suficientes frazadas muy ásperas, con ropa muy caliente y de lana, gorros sujetos fuertes hacia la cabeza del recién nacido, o con el simple hecho de mantenerlos con mucha ropa era cuestión de observar los descuidos que la madre le ocasionaba a su propio bebé. A todas estas manifestaciones dijeron las madres que se encontraban en un estado de depresión y por no contar con la suficiente información que sus padres no le brindaban con respecto al cuidado de sus hijos y así poder evitar errores en el futuro. El personal profesional de la institución apoyó también en el área psicológica refiriendo a pacientes de control pre y postnatal de diferente edad siendo primigestas, conociendo las causas y consecuencias que éstas expresaban en su etapa de gestación expresando sentimientos y emociones que les afectaban en el momento de su vida y de inicio de la etapa materna. También de éstas referencias se logró recabar información logrando el objetivo de recaudar datos para hacerlas mención en charlas informativas que se realizaron dentro de la institución, tomando en cuenta la colaboración del personal de enfermería auxiliar y médicos de consulta externa logrando una asistencia del 82% de madres a dicha plática, dando a conocer aspectos de suma importancia para el cuidado del recién nacido, que tipos de comportamientos suele manifestar la madre hacia su hijo y cómo poder superarlos asistiendo a terapias de apoyo.

Los resultados alcanzados en encuestas dan a conocer cómo manifiestan las madres primigestas sus reacciones ante situaciones de cuidados de recién nacido, los conocimientos y pensamientos que tienen en el momento de enfrentarse a la etapa maternal y estas se representan de la siguiente manera:

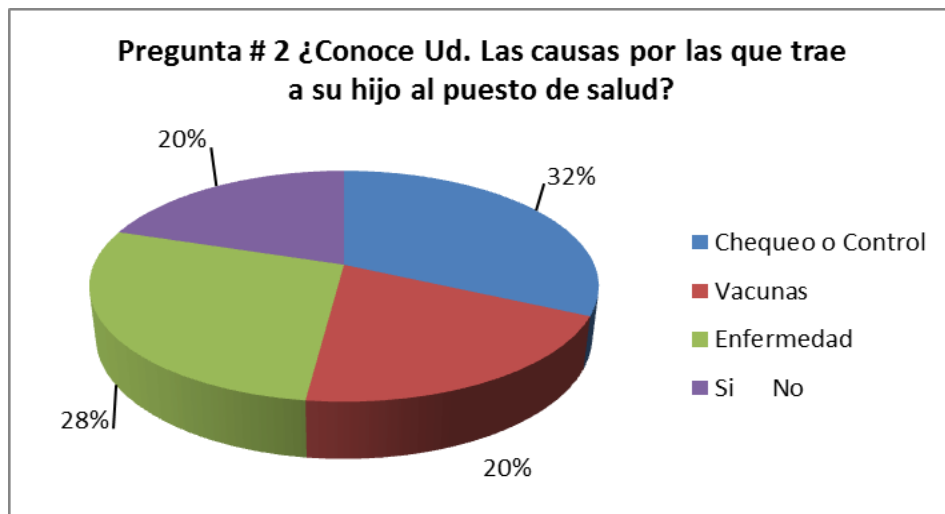
Pregunta # 1 ¿Con qué frecuencia asiste ud. con su hijo al puesto de salud?

Los resultados que se tabularon se realizaron en general y se comprobó que un 7% de las madres admitieron llevarlos de vez en cuando y el 7% que varias veces asistían a la maternidad de la zona 13 para el control de su hijo.

Encuestas aplicadas a madres primigestas

Pregunta # 2

Causas	Madres encuestadas
Chequeo o Control	8
Vacunas	5
Enfermedad	7
Si No	5
Total	25



Fuente: Datos tabulados de madres primigestas que asistieron a la maternidad zona 13, para conocer las causas por las que trae a su hijo por primera vez.

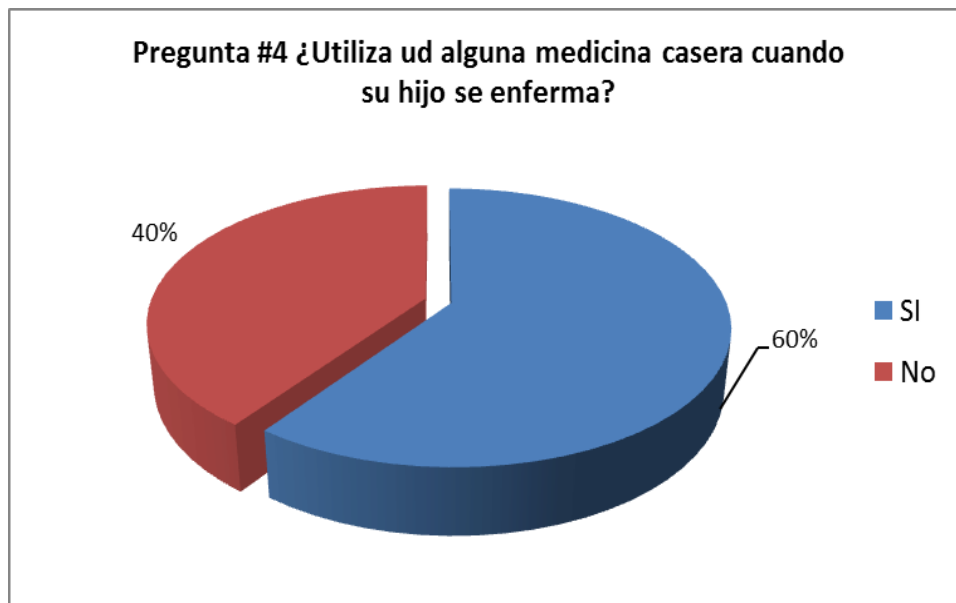
Interpretación: La gráfica muestra que el mayor porcentaje fue que el 32% de madres entrevistadas, admitiendo que asistían con su bebé para el control o chequeo 15 días después de su parto normal, el 20% manifestó que los traían para peso y talla para después ponerles su vacuna, mientras que el 28% de madres dijeron que llevaban a su bebé con el pediatra para revisión y que no padeciera de ninguna enfermedad y el 20% expresaron que no sabían para que traían a su bebé a la maternidad.

Pregunta # 3 dice: ¿Cada cuanto tiempo se enferma su hijo?

El 10% de las madres encuestadas especificó que pueden variar las veces en que asistirían al médico por cualquier enfermedad que presentaría el bebe y no dieron una cantidad exacta, sin embargo refieren que sería dependiendo la enfermedad y que tan grave fuese si necesitase ir al médico o no. A esta pregunta se derivaron varias respuestas por lo que la mayoría de madres encuestadas optó que no sería el caso de llevarlo seguido a cualquier centro de salud sino fuera grave la enfermedad.

Pregunta #4

Medicina casera	Madres encuestadas
SI	15
No	10
total	25

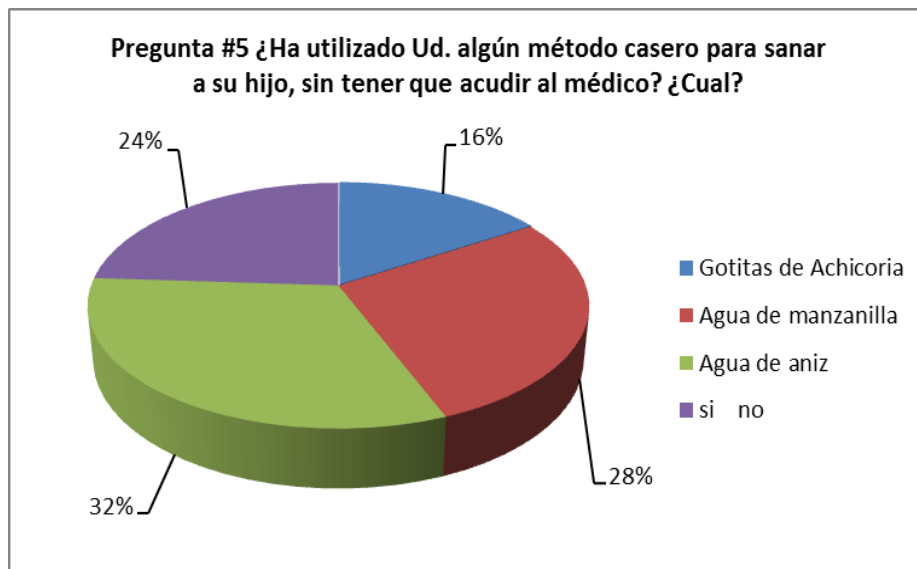


Fuente: Datos obtenidos de madres encuestadas en la maternidad zona 13 de acuerdo a la medicina casera que utilizan para curar a sus hijos.

Interpretación: En la gráfica se puede observar la influencia de la cultura en la sociedad Guatemalteca y cómo esta afecta las decisiones tomadas por las personas. El 40% de madres dijeron que no utilizarían medicina casera porque no eran efectivo y que preferían llevarlo al médico que sería más conveniente, y el 60% específico que sí la utilizarían para curar a su bebé y que la medicina que recetaba el doctor era buena sin embargo creían más en medicina natural por sus efectos positivos y no le hacían daño a sus bebés.

Pregunta # 5

Método Casero	Madres Encuestadas
Gotitas de Achicoria	4
Agua de manzanilla	7
Agua de anís	8
si no	6
Total	25



Fuente. Resultados obtenidos de métodos caseros que llegan a utilizar las madres primigestas para curar a sus hijos.

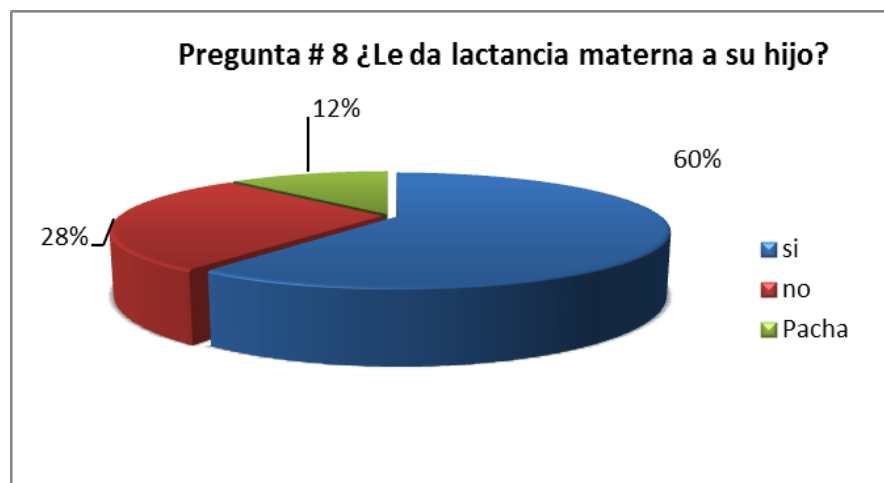
Interpretación: En la pregunta anterior las madres encuestadas dieron a conocer que sí utilizan medicina casera. Los datos que muestra esta gráfica revelan que también son utilizados métodos caseros por un buen número de madres que aplican por consejos de sus familiares cercanos en caso de alguna enfermedad que puedan padecer sus bebés. El 32% expresó que utilizan agua de anís para calmar los cólicos de sus bebés, mientras que el 28% le dan agua de manzanilla también para curar los cólicos, el 16% le dan gotitas de achicoria para limpiar su estomaguito en el momento de ingerir cualquier alimento para que no padezca de diarrea, y el 24% dijo que sí lo aplicarían si fuese necesario pero también le darían medicina recetada por el pediatra y las que indicaron que no la utilizarían es porque le podrían hacer daño al bebé y que preferían llevarlo al médico porque la medicina que receta el pediatra es buena y supervisada por un profesional.

Pregunta # 6 ¿Cuándo su hijo presenta alguna enfermedad, para ud. su reacción es normal? Las respuestas a esta pregunta muestran un 10% del porcentaje tabulado en general a madres; que dijeron que sí controlarían algunas de sus reacciones cuando su bebé manifestará una actitud inquieta o adecuada ante cualquier irritabilidad. Y las que dijeron que no, es porque manifestaron que tienden a ser madres que muestran ser impacientes e intolerantes para todo y que por alguna razón suelen ser agresivas ante cualquier reacción principalmente con su bebé.

Pregunta # 7. ¿Su reacción es intolerante cuando su hijo manifiesta un comportamiento de llantos, de gritos, de irritabilidad, etc.? Los datos obtenidos fueron tabulados en general y los resultados a esta pregunta fue que el 8% de madres encuestadas expresó que toleraba sus reacciones siendo pacientes, tranquilas, un poco irritables, por ser el primer bebé que tendrían por el momento.

Pregunta # 8

Lactancia materna	Madres encuestadas
si	15
no	7
Pecho Pacha	3
Total	25



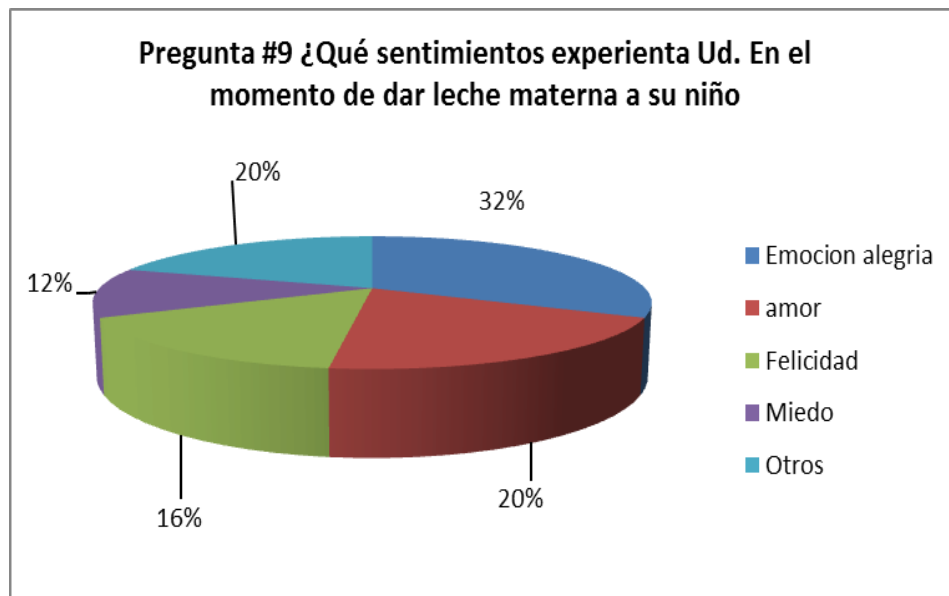
Fuente: Resultados obtenidos de madres primigestas que facilitan el darles leche materna para la alimentación de su bebé.

Interpretación: El 60% de las madres encuestadas dijeron que sí les dan leche materna, por ser el alimento indispensable para su organismo y desarrollo del mismo, mientras que

el 28% prefirió no darles leche materna, puesto que fue rechazado por el bebé desde los primeros días de nacido y refirieron no tener contacto suficiente boca-pecho entre madre-hijo, el otro 12% eligieron darles pecho y pacha a la vez para sustentar un poco más el alimento, porque preferían darles así por su estudios o trabajo.

Pregunta # 9

Sentimientos	Madres encuestadas
Emoción alegría	8
amor	5
Felicidad	4
Miedo	3
Otros	5
Total	25



Fuente: Resultados obtenidos de madres primigestas con respecto a que tipos de sentimientos muestran a su bebe recién nacido.

Interpretación: En la gráfica se observa que la mayoría de mujeres experimentan sentimientos positivos en el momento de amamantar al su bebé ya que es un momento afectivo muy especial que sienten por primera vez, los datos obtenidos a esta pregunta fueron los siguientes: El 32% expresó que sintieron una gran emoción y alegría cuando les daban pecho a sus bebés, el 20% manifestaron sentir un gran amor por ellos, mientras que el 16% sienten mucha felicidad por tener esa experiencia por primera vez, el 12%

expresó lo contrario, el miedo de explorar con su bebé por primera vez el contacto físico manifestando sentimientos de tristeza, preocupación o temor al descuidar a su bebé.

Pregunta # 10: ¿Comparte ud. suficiente tiempo con su hijo?

Lo importante es que estamos hablando de madres adolescentes primigestas, en que se toman en cuenta diferencia de edades, cada una con su estado civil y de profesión, sin embargo existe un 10% de estas madres que el tiempo con sus hijos lo tienen que compartir trabajando o estudiando y después de esas actividades ya se dedican a sus bebés.

Pregunta # 11 ¿Existe alguna otra persona que le brinda cuidados a su hijo aparte de ud?

El 11% de las madres encuestadas describieron que tienen que acudir a terceras personas para cuidar a su niño, ya que indicaba en la respuesta anterior que por sus actividades laborales le brinda corto tiempo pero siempre mantienen comunicación con su bebé.

Pregunta #12 ¿La relación afectiva entre ud. y su hijo es buena?

El 11% de madres refieren que siempre están al tanto de los cuidados de sus hijos y tienen esa creencia de que todo lo que les pasa a ellas, lo presente el niño. Sin embargo la mayoría de madres encuestadas dijo sentirse bien con su bebé y establecer buena relación afectiva tanto con su hijo que con ella misma.

Pregunta #13 ¿Padece ud. de alguna enfermedad?

El 10 % de las madres dijo que desconocen de padecimientos de enfermedades sobre todo hereditarias por parte del padre, de la familia del padre o de su familia. De lo contrario no hay tendencia a enfermedades venéreas, contagiosas, ni terminales.

Pregunta #14 ¿Qué sentimientos ha manifestado ud. con respecto al nacimiento de su hijo? Los datos tabulados en general se mostraron así el 12% mostró sentir alegría y felicidad por su primer bebé. Se menciona que la mayoría de madres son adolescentes y que están experimentando por primera vez la etapa de maternidad.

Pregunta #15 ¿Ha recibido ud. en algún momento de su vida alguna terapia psicológica?

El 12% de las madres encuestadas expresaron que nunca habían recibido tratamiento psicológico, sin embargo expusieron que si fuese necesario lo harían en algún momento de su vida.

Análisis e interpretación de resultados de las pruebas psicométricas.

Los resultados obtenidos del test ¿Qué tipo de madre eres para tu hijo? se muestran en la gráfica #6 en la que se dan a conocer los diferentes tipos de personalidad que hacen ser a cada madre primigesta distinta, también manifiestan ciertos comportamientos que muestran en la etapa materna (vida como madre), por lo que les es difícil controlarlo ya que son madres adolescentes que tienden a volverse agresivas o vulnerables después de su embarazo, sin embargo su forma de actuar involucra el carácter, temperamento y actitud en la manera en la que éstas les brinden a su hijo los cuidados necesarios y como lo enfrentaría de acuerdo a su estado de ánimo.

Los resultados se presentan de la siguiente manera: Personalidad temerosa 24%, sobre protectora 20%, posesiva 4%, apasionada 12% y finalmente la que se dio con mayor puntaje fue la personalidad condescendiente con un 40% en la que específica que estas madres saben hacer todo a la vez, que ama y valora al mismo tiempo enfrentando obstáculos en el futuro.

Los resultados obtenidos de la evaluación del Test de inteligencia Emocional fueron positivos ya que se obtuvieron puntajes dentro de su rango normal de Coeficiente intelectual (C.I) de las madres primigestas, no importando edad, ni escolaridad. Esta prueba se aplicó dependiendo el estado de ánimo en las que éstas se encontraban y como actuarían en el momento de cualquier situación que llegarían a enfrentar y como lo solucionarían. Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: el 36% con un C.I alto, el 60% con C.I normal-media y un 4% que corresponde a un C.I bajo. Esto quiere decir que la mayoría de madres primerizas enfrentan cualquier situación de manera positiva en la que involucran su estado de ánimo, situación familiar, relación de pareja, sentimientos y emociones sobre todo relación madre –hijo puesto que lo superan tomando el control y siendo tolerantes.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones:

Se acepta la hipótesis de investigación, “la influencia del comportamiento que presenta la madre primeriza hacia los síntomas psicosomáticos del infante” que efectivamente la madre le provoca ciertos síntomas a su bebé y que son manifestados desde el nacimiento provocando en él mismo, reacciones que alteran su salud física y psicológica.

Se concluye que las madres primigestas cuando inician su vida como madre tienden a mostrar ciertas actitudes que desarrollan a partir de su relación con su bebé, siendo estas; que pasan de ser agresivas a pasivas, de tolerantes a intolerantes, de vulnerables a ofensivas o que en algunas no altera en nada su actitud o carácter, dependiendo del entorno que la rodea.

En la maternidad cantonal zona 13 asiste un alto índice de madres adolescentes primigestas que se encuentran en un rango de edad entre 12 a 22 años, que muestran comportamientos diferentes que afectan su estado de ánimo, y tienen escasos conocimientos sobre cuidados de bebés.

Mediante la investigación se determinó que un buen porcentaje de la población que asiste a la institución utiliza métodos y medicina casera cuando tiende a presentarse algún síntoma de enfermedad o problema de salud leve en sus bebés, ó en casos específicos de gravedad acuden al medico.

El proceso de la investigación mostró que un buen porcentaje de la población se encuentra en un nivel de madurez emocional normal, a pesar de su corta edad, organizan sus actividades diarias para adaptarse a esta nueva etapa maternal.

4.2 Recomendaciones:

La Maternidad Cantonal zona 13 se le orienta para colocar una clínica psicológica y poder así brindar apoyo al personal auxiliar de enfermería, a la población en general que asiste a dicha institución y crear pequeños talleres de información para el servicio de las madres que asisten a consulta externa.

Planificar, organizar campañas de información y prevención de embarazos para la población que asiste a la Maternidad Cantonal, especialmente las jóvenes adolescentes que permitan conocer ciertos temas para uso de sus conocimientos y para mantenerse en comunicación con sus familias, amigos, compañeros y evitar convertirse en madres a muy temprana edad.

A los padres de familia orientarlos y capacitarlos para velar por el bienestar de sus hijos, para mantener ese vínculo afectivo en la relación familiar y poder así estar pendiente de sus actividades recreativas, básicas académicas como profesionales.

A las madres adolescentes primigestas llevar una buena alimentación, dormir bien por lo menos 7 horas diarias, preocuparse por la lactancia materna durante el primer año de vida del bebé y mantener una rutina de actividades sanas durante el período de su cuarentena.

Buscar ayuda profesional para el bienestar de su salud mental, creando conciencia hacia todas las madres sobre la incidencia de su estado de ánimo y comportamiento en general en los síntomas psicossomáticos del bebé

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowlby John, Los Cuidados Maternos y la Salud Mental. Las Perturbaciones Maternas. Traducción Aníbal Villa Verde. Editorial Hvmánitas. Buenos Aires Argentina, Año 1964. Pp. 210.
2. De Ajuriaguerra, Julián, Manual de Psicopatología del niño, Trastornos Psicosomáticos. Traducción Daniel Marcelli, Barcelona, Año 1996, Pp. 456.
3. H. Buss Arnold, Psicología de la Agresión. Psicósomática. Traducción Jorge L. García. Ediciones Troquel. Buenos Aires Argentina. Año 1969. Pp. 320.
4. Spitz René Arpad, El Primer Año de Vida del Niño. Génesis de las relaciones objetales. Trastornos Psicotóxicos, Ediciones Aguilar S.A. España. 1965. Pp. 285.
5. Spitz, René Arpad, Cobliner, W. Godfrey. El Primer Año de Vida del Niño. Patología de las relaciones de objeto. Traducción de Manuel de la Escalera. Fondo de Cultura económica. España. Año 1975. Pp. 290
6. Weil, Pierre G, Relaciones Humanas entre los niños, sus padres y sus maestros. Padres e hijos en sus relaciones humanas Traducción Marina E. Arater de Hombría. Buenos Aires Argentina. Año 1982. Pp. 221.

EGRAFÍAS

7. Dra. Guadalupe Trueba, El vínculo afectivo entre la madre y el hijo. Fuente de artículo. <http://www.rebozoway.org/español/vinculo.htm> México. 1993. Pp. 3.
8. Prof. Dr. Agustín Morón-D, Marchena Gallardo Rodríguez, Isabel María González Mesa, Noelia Pedagogía Social e Infancia Tema 13 (Enciclopedia Internacional de Ciencias sociales) www.estilosdevida.com España. Año 1968. pp. 9.

9. Ángela Díaz-Herrero, Julio Pérez-López, María Teresa Martínez-Fuentes, Eva Herrera-Gutiérrez, Alfredo Brito de la Nuez. Influencias de la personalidad materna sobre el estilo conductual infantil Implicaciones para la atención temprana. Anales de psicología. Universidad de Murcia. www.um.es/analesps. España, Año 2000, Vol. 16, Pp. 110.
10. www.tekiero.tr. Familia y Hogar. “Ser madre”. Relaciones de madre a hijo. Ediciones Luis Tellar. Madrid España. Año 2008. Pp. 3
11. Julio Pérez López. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Edificio “Luis Vives”. Influencia de la personalidad. Universidad de Murcia. campus de Espinardo, www.psicologoescolar.com España, 2000 Pp. 16
12. Programa de autoayuda para el crecimiento y superación personal. Fuente de www.superaladepresion.com 2007. Pp. 3
13. Vida, Salud y mujer. Enfemenino.com Maternidad. www.communications.inc. Derechos reservados. Copyringht Mujer 2010. Pp. 2

GLOSARIO

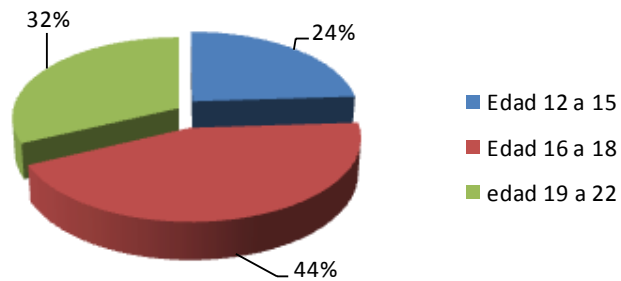
1. Aloplástico: Cuyo medicamento produce en el estado sano, fenómenos diferentes de las características de las enfermedades en que se emplean.
2. Agravar: ponderarse a algo interés u otro fin particular que resulte o parezca más grave.
3. Arcaico: Muy antiguo o anticuado.
4. Caput: Es una inflamación del cuero cabelludo de un recién nacido, ocasionada con mayor frecuencia por la presión del útero o la pared vaginal durante un parto con presentación cefálica (vértice). Tiene mayor probabilidad de formarse durante un parto difícil o prolongado.
5. Condescendiente: Acomodarse por bondad al gusto y voluntad de alguien. Cualidad de algo o alguien.
6. Confluyen: Concurrir gente en un lugar. Reunirse con muchas personas, cosas o sucesos específicos en un lugar determinado.
7. Dimanación: Dicho de una cosa, provenir, proceder y tener origen de otra.
8. Eczema: Afección cutánea caracterizada por vesículas rojizas que dan lugar a costras y escamas.
9. Expeditivo: que tiene facilidad en dar salida, sin retrasos.
10. Hemofilia: Enfermedad hereditaria caracterizada por la deficiencia de los mecanismos de coagulación de la sangre, lo que motiva que las hemorragias sean copiosas y difíciles de detener.
11. Hipertímico: Aumento exagerado de algún órgano, Tono muscular exagerado.
12. Hipersomnio: Exceso de sueño.
13. Ictericia: Enfermedad producida por la acumulación de pigmentos biliares en la sangre, cuya señal exterior más perceptible es la amarillez de la piel y de las conjuntivas.
14. Imperioso: Que es indispensable, dignidad del emperador, altanería y poder.
15. Innato: connatural y como nacido con el sujeto.

16. Insidioso: Malicioso o dañino con apariencia inofensivo.
17. Inusitar: Que no posee o padece por hábito.
18. Lúdica: Rozar una cosa con otra.
19. Mitología: Conjunto de mitos de un pueblo o de una cultura, especialmente de la griega y romana. Estudio de lo mitos.
20. Papilomas: Tumor benigno caracterizado por el aumento de volumen en las papilas de la piel o de las mucosas, con endurecimiento de la dermis subyacente. Tumor pediculado en forma de botón o cabezuela. Excrecencia de la piel por hipertrofia de sus elementos normales.
21. Patología: Parte de la medicina que estudia las enfermedades.
22. Psicopatológico: Estudio de las causas y enfermedades mentales.
23. Psíquico(a) Es el estudio o perteneciente o relativo al alma
24. Perturbar: Trastornar el orden y la inquietud y el sosiego de algo o de alguien.
25. Psicossomático: Que afecta a la psique, que da lugar a una acción sobre el cuerpo o el contrario.
26. Regazo: Parte del cuerpo que va desde la cintura a la rodilla.
27. Repertorio: Conjunto de obras teatrales que un interprete tiene preparado para su posible ejecución.
28. Repudio: Rechazar algo, no aceptarlo. Rechazo específicamente a la mujer.
29. Rudimentos: Parte de un ser orgánico imperfectamente desarrollado.
30. Untuosidad: Dulzura y amabilidad excesiva en el modo de hablar y de comportarse, hasta resultar falso y empalagoso.

GRÁFICA #1

Características de la población asistida a la Maternidad Cantonal zona 13

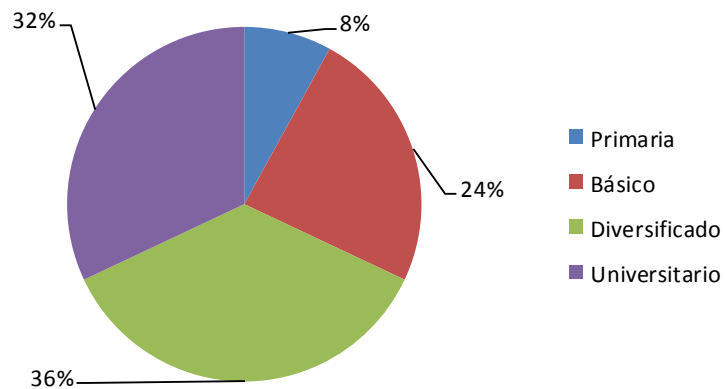
Edad 12 a 15	Edad 16 a 18	edad 19 a 22
6	11	8

Edad de Madres

Fuente: Datos obtenidos de edades de las madres primerizas que asistieron a la Maternidad Cantonal zona 13

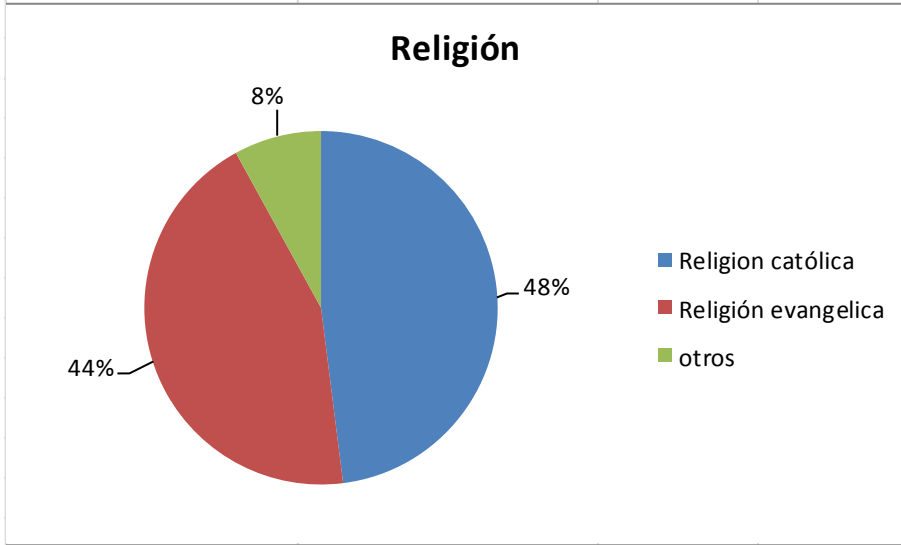
GRÁFICA #2

Primaria	Básico	Diversificado	Universitario	total
2	6	9	8	25

Grado de Escolaridad

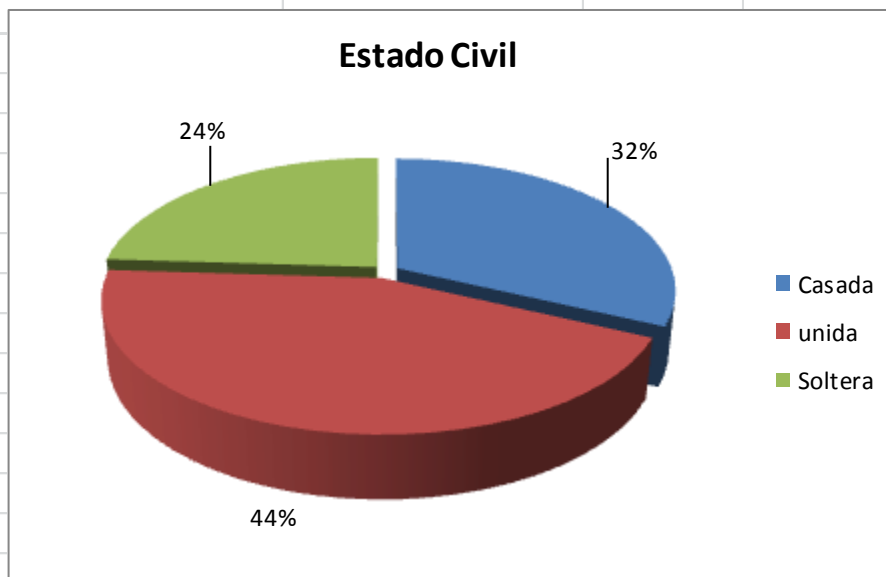
Fuente: Datos obtenidos de madres primerizas que tiene un grado de escolaridad realizadas en la Maternidad Cantonal zonas 13.

GRÁFICA #3			
Religion católica	Religión evangelica	otros	total
12	11	2	25



Fuente: Datos obtenidos de madres primerizas que practican distintas clases de religion.

GRÁFICA #4			
Casada	unida	Soltera	total
8	11	6	25



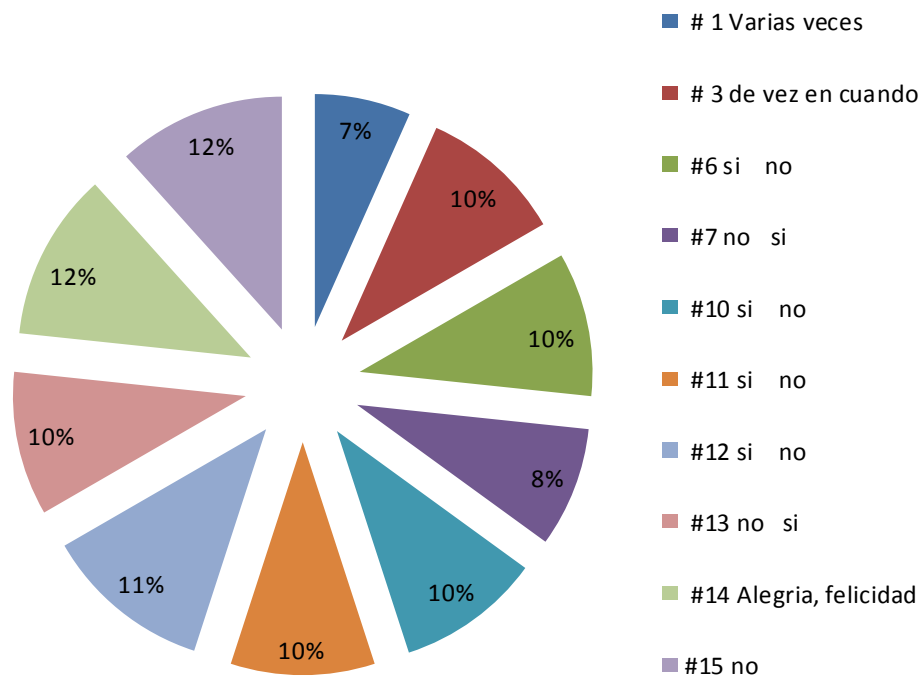
fuentes: Datos realizados de madres primerizas según su estado civil que asisten a la Maternidad zona 13.

GRÁFICA #5

Respuestas de madres entrevistadas de acuerdo a las preguntas que se aplicaron durante el cuestionario, según sus opiniones referente a ser madre por primera vez.

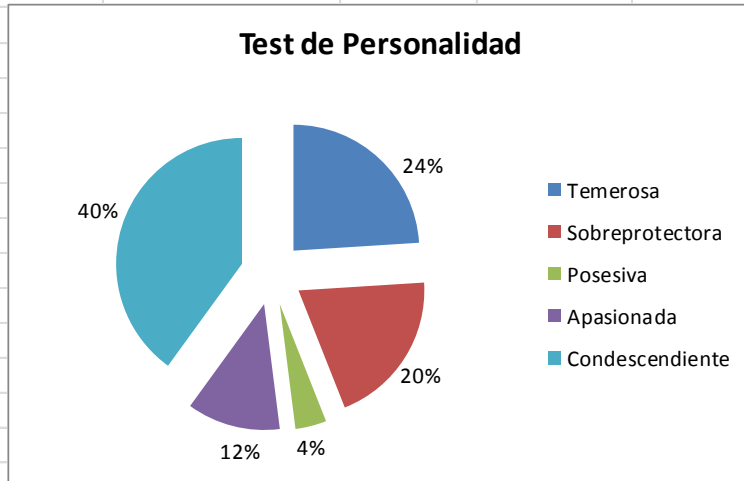
Preguntas varias	Respuestas varias	Madres entrevistadas
# 1	Varias veces	4
# 3	de vez en cuando	6
#6	si no	6
#7	no si	5
#10	si no	6
#11	si no	6
#12	si no	7
#13	no si	6
#14	Alegria, felicidad	7
#15	no	7
Total		60

Preguntas y respuestas varias del cuestionario aplicadas a madres primigestas



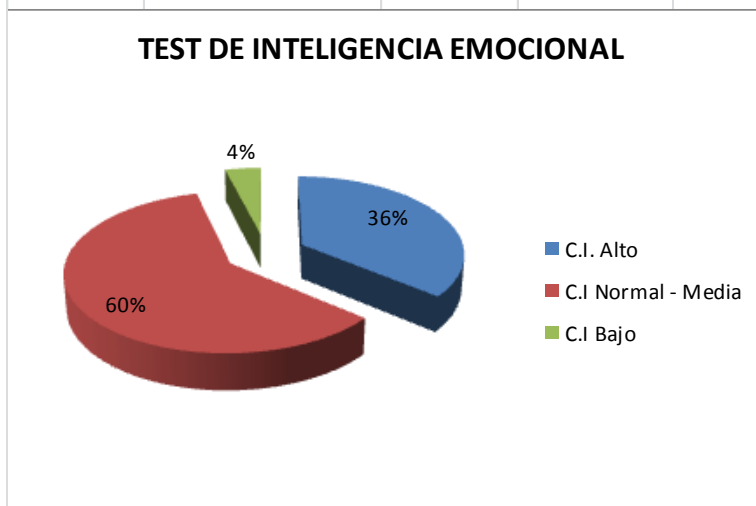
Fuente: Datos tabulados de madres primerizas del resto de preguntas encuestadas aplicado durante el proceso de evaluación.

GRÁFICA #6					
Tipos de personalidad obtenidos mediante la aplicación de la evaluación del Test ¿Qué tipo de madre eres para tu hijo?					
Temerosa	Sobreprotectora	Posesiva	Apasionada	Condescendiente	Total
6	5	1	3	10	25



Fuente: El 40% de madres primerizas evaluadas presentan el tipo de personalidad Condescendiente, mientras que un 4% es el menos adecuado a ser madres posesivas, según resultados obtenidos del Test ¿Qué tipo de madre eres para tu hijo? Aplicada en la Maternidad Cantonal zona 13

GRÁFICA #7			
C.I. Alto	C.I Normal - Media	C.I Bajo	Total
9	15	1	25



Fuente: Los resultados obtenidos del Test de Inteligencia Emocional muestran un porcentaje del 60% de madres presentan un C.I normal-media, mientras que el 4% se encuentra el C.I bajo, según los resultados realizados en la Maternidad Cantonal zona 13.

ANEXOS

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

MATERNIDAD CANTONAL ZONA 13

ENCUESTA PARA MADRES PRIMERIZAS

Edad: _____ Religión: _____ Estado civil: _____

Etnia: _____ Ocupación: _____ Escolaridad _____

1. ¿Con qué frecuencia asiste ud con su hijo al puesto de salud?
2. ¿Conoce ud. las causas por las que trae su hijo al puesto de salud?
3. ¿Cada cuánto tiempo se enferma su hijo?
4. ¿Utiliza ud. alguna medicina casera cuando su hijo se enferma?
5. ¿Ha utilizado ud. algún método casero para sanar a su hijo, sin tener que acudir al médico? ¿Cuál?
6. ¿Cuando su hijo presenta alguna enfermedad, para ud. su reacción es normal?
7. ¿Su reacción es intolerante cuando su hijo manifiesta un comportamiento de llanto, de gritos, de irritabilidad, etc.?
8. ¿Le da lactancia materna a su hijo?
9. ¿Qué sentimiento experimenta ud. en el momento de dar leche materna a su niño?
10. ¿Comparte ud. suficientemente tiempo con su hijo?

11. ¿Existe alguna otra persona que le brinda cuidados a su hijo aparte de ud?
12. ¿La relación afectiva entre ud. y su hijo es buena?
13. ¿Padece ud. de alguna enfermedad?
14. ¿Qué sentimientos ha manifestado ud. con respecto al nacimiento de su hijo?
15. ¿Ha recibido ud en algún momento de su vida alguna terapia psicológica?

Edad _____ Religión: _____ Estado civil _____ Escolaridad _____

¿Qué tipo de madre eres para tu hijo?

Nunca se ama lo suficiente a un hijo! Es el grito lanzado por Alain Braconnier en su obra “Madre-hijo”. Y sin embargo, las madres suelen tener miedo de querer mal o demasiado a su hijo, sobre todo cuando actualmente este cerca de un hogar, de cada cuarto es monoparental. Y tú: ¿eres una madre condescendiente? ¿Temerosa? ¿Protectora? ¿Posesiva? ¿Apasionada? Realiza el test para saber ¿qué madre eres para tu hijo...?

1 - El médico te dice que es un niño o niña. ¿Tu reacción es?

- 1 Estás encantada.
- 2 Tienes miedo de no saber ocuparte de un chico.
- 3 Niña o niño, te da igual.

2 – Como todavía es un niño, tu hijo o hija:

- 1 Te necesita más.
- 2 Te necesita menos.
- 3 Niñas y niños tienen las mismas necesidades

3 - Esta noche, tu hijo no tiene hambre. ¿Cómo reaccionas?

- 1 Vas corriendo a buscar un termómetro. Seguro que está enfermo.
- 2 Te enfadas con él o ella por no apreciar lo que has tardado tanto en preparar una medicina.
- 3 Tampoco insistes. Después de todo, tu apetito también varía de un día a otro.

4 - Tu hijo se va, por primera vez, a pasar el fin de semana a casa de tus suegros. ¿Cómo te sientes?

- 1 Por fin, un fin de semana romántico o relajante.
- 2 ¿Cómo va a hacer sin tenerme a su lado?
- 3 ¿Lo van a mimar, a proteger lo suficiente?

5 - Estudios han demostrado que las madres son más mimosas con los niños que con las niñas. ¿Cuál es tu opinión al respecto?

- 1 Es normal, un chico es más vulnerable que una chica.
- 2 Un hijo no puede prescindir de su madre.
Es normal, una madre comunica más fácilmente con
- 3 una hija, por lo que tiene un mayor contacto físico con un chico.
- 4 No comprendes estas diferencias de trato.

6 - ¿Cuáles son los juguetes que sueles regalar a tu hijo/ hija?

- 1 Rompecabezas o juegos de concentración.
- 2 Carros, circuitos y figuras para que se invente historias.
- 3 ¡Todo salvo muñecas y muñecos!

7 - Tu hijo - hija ya no necesita pañales. Lo felicitas diciendo:

- 1 Bravo, puedes estar orgulloso/a.
- 2 ¡Bravo, estoy orgullosa de ti!
- 3 ¡Bravo, ya eres toda una mujercita/ un hombrecito!

8 - Tu hijo va por primera vez al colegio. ¿Qué es lo que más te asusta?

- 1 Que no sea feliz al estar lejos de ti.
- 2 Que no coma bien en el comedor.
- 3 Confías en él o ella.

9 - ¿Cuáles son tus temores ocultos en cuanto al futuro de tu hijo?

- 1 Que sea machista o feminista.
- 2 Que sea homosexual o lesbiana.
- 3 Que se case con una persona que no te guste en absoluto

10 - Proust, Freud, Einstein... (Científicos) tenían en común el haber tenido una madre extremadamente presente. Tu conclusión es:

- 1 "Una madre nunca ama demasiado a su hijo" (Dr. Alain Braconnier)
- 2 Esas madres han sabido animar a su hijo.
- 3 Esas madres han sabido aportar a su hijo la seguridad afectiva necesaria para el desarrollo de su carácter.



Religión	Fecha de nacimiento		
Estado civil:	Soltera <input type="checkbox"/>	Relación fija <input type="checkbox"/>	Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/>
Edad:	Escolaridad		

Test de Inteligencia Emocional

Realiza este test sin pensar más de la cuenta las respuestas. Atrévete a responder a la primera impresión. Responde si los comportamientos que se detallan en cada pregunta te ocurren: nunca, rara vez, a veces, con frecuencia o siempre.

PREGUNTA 1. Tengo muchas dificultades a la hora de tener que tomar decisiones

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 2. Disfruto con las actividades sociales

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 3. Experimento muchos cambios emocionales a lo largo del día

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 4. No me avergüenzo cuando cometo un error

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 5. No demuestro mis auténticos sentimientos ante los demás

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 6. Suelo tomarme con humor mis fallos

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 7. Dudo de mis sentimientos

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 8. Me doy cuenta con facilidad de lo que los demás esperan de mí

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> A veces |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Nunca | |

PREGUNTA 9. Evito a las personas que me hacen sentir inferior, culpable o avergonzada.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 10. No me asusto normalmente

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 11. Me amargo dándole muchas vueltas a la cabeza incluso con temas sin importancia.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 12. No tardo en recuperarme de los malos momentos

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 13. No puedo dejar de sentirme inquieta ante la presencia de gente extraña.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 14. Soy alegre y divertida

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |

PREGUNTA 15. Busco excusas para escaparme de las situaciones que me provocan malestar

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre | <input type="radio"/> Rara vez |
| <input type="radio"/> Con frecuencia | <input type="radio"/> Nunca |
| <input type="radio"/> A veces | |