

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **KATHERINE JOHANNA MERINO CRUZ** con **CC. 171637149-5**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN OBJETAL MADRE E HIJO QUE GENERAN UN TRASTORNO PSICOTÓXICO"**. Estudio realizado desde la Teoría de René Spitz con 10 Pediatras, en la ciudad de Quito, en el periodo de agosto-septiembre 2019, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, octubre 2019



KATHERINE JOHANNA MERINO CRUZ
CC. 171637149-5



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TEMA:

**“CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN OBJETAL MADRE E HIJO QUE
GENERAN UN TRASTORNO PSICOTÓXICO”**

**Estudio realizado desde la Teoría de René Spitz con 10 pediatras, en la
ciudad de Quito, en el periodo de agosto - septiembre 2019.**

AUTORA: KATHERINE JOHANNA MERINO CRUZ

DIRECTORA: MTR. PAULINA BARAHONA CRUZ

QUITO, AGOSTO 2019

DEDICATORIA

El presente trabajo de disertación se lo dedico fundamentalmente a Dios, quien ha sido mi principal guía en el camino de la vida, quien siempre ha sido mi mayor fortaleza en momentos de debilidad y quien siempre será mi mejor compañía en momentos de alegría. A mis padres, Vinicio y Jeanneth, quienes han sido siempre mi mayor ejemplo de perseverancia, dedicación y disciplina. A mis hermanos, Andrea, Andrés, Farid y Melannie, quienes han sido un perfecto ejemplo de que con esfuerzo se pueden cumplir las metas y llegar mucho más allá. A mi sobrina Nur, pues es quien, a pesar de su corta edad, me ha enseñado lo más importante de la vida. A mis tíos, Mauricio y María Augusta, junto con mis primos, Valeria y Ricardo, quienes siempre han sido para mí un gran ejemplo de incondicionalidad. A la memoria de mi abuelito Iván, quien siempre fue mi ejemplo de rectitud y honestidad. Y a mis abuelitas, María Augusta y Cheney, quienes son un ejemplo de vida a pesar de las adversidades.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por ser el pilar principal de mi vida y por guiarme siempre con su infinito amor y sabiduría. A mis padres por su amor, apoyo, ayuda, trabajo y sacrificios que han realizado todos estos años para mis hermanos y para mí, gracias por estar conmigo cuando lo necesito, por corregirme cuando me equivoco y por amarme incondicionalmente. Es gracias a ellos que he logrado hoy estar aquí y para mí es un privilegio ser su hija. A mis hermanos por siempre acompañarme, apoyarme, cuidarme y amarme, a pesar de la distancia y de las miles de ocupaciones que tienen en el día a día. A mi sobrina por cada una de sus sonrisas, porque desde el día que supe que venía en camino le dió un empujón a mi vida y porque desde el día que nació ha sido quien tiene la capacidad de iluminar mi camino. Ella se volvió una parte fundamental de mis días. Les agradezco a mis tíos y a mis primos por escucharme, acompañarme y apoyarme siempre como mis segundos padres y hermanos. A mis amigos porque desde el día que los conocí han estado conmigo paso a paso en mi desarrollo personal y profesional. Al resto de mi familia por el amor y la felicidad que me han brindado a lo largo de mi vida. Y por último, pero de suma importancia, a mis profesores, pues fueron ellos quienes me impartieron sus conocimientos para formarme como psicóloga, siempre forjando mi ética profesional y personal. ¡Mil gracias a todos!

RESUMEN

La presente disertación versa sobre las características de la relación objetal madre – hijo , las cual generan trastornos psicotóxicos en niños de 0 a 1 años de edad, considerando la Teoría de René Spitz, en la que se determina la influencia del comportamiento de la madre en cuanto a los trastornos psicotóxicos que presenta el infante desde que nace hasta los primeros 12 meses de vida. Se empleó una metodología de investigación cualitativa, de tipo descriptivo, mediante el empleo de la entrevista como instrumento de recolección y el muestreo no probabilístico intencional como técnica. La población de estudio estuvo conformada por 10 especialistas en la rama de pediatría los cuales comprobaron la existencia de algunos trastornos psicotóxicos en infantes de edades comprendidas de 0 a 1 año identificando en el primer lugar de presentación al Trastorno de Cólico de los tres meses con más casos atendidos, con un número de 5.070 pacientes, y en segundo lugar a la Dermatitis Atópica con 4.404 pacientes, de los cuales 3.643 fueron casos de infantes en edades comprendidas de 0 a 1 años. Los profesionales identifican como principales comportamientos maternos, presentes en estos casos, a los cambios constantes de humor, angustia excesiva que les impide cargar o topar al bebé, no poder o no querer dar de lactar y alimentar en demasía al infante, comportamientos que generan en el infante perturbaciones que conllevan a dichos trastornos.

Palabras Claves: Trastornos psicotóxicos, Teoría de René Spitz, Madre, Hijo, Relación Objetal, Rechazo, Cólico de tres meses, Dermatitis Atópica.

ABSTRACT

The investigation was carried out on the rejection of the mother, it generates a psychotoxic disorder in children from 0 to 1 years of age, considering the Theory of René Spitz, in which the influence of the mother's behavior regarding psychotoxic disorders is determined which presents the infant from birth to the first 12 months of life. A qualitative research methodology was used, and was based on the descriptive method, using the interview as a collection instrument and intentional non-probabilistic sampling as a technique. The study population consisted of 10 specialists in the branch of pediatrics who verified the existence of some psychotoxic disorders in infants aged 0 to 1 year identifying in the first range the Colic Disorder of three months with more cases reflected with a number of 5,070 patients, and secondly Atopic Dermatitis with 4,404 patients, of which 3,643 were cases of infants in ages from 0 to 1 year, presenting as main feature, the constant change of mood, presence and distress which generate in the infant disturbances that lead to such disorders.

Keywords: Psychotoxic disorders, René Spitz theory, Mother, Son, Objective Relationship, Rejection, Three-month colic, Atopic dermatitis.

ÍNDICE

Contenido

ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
TEORÍA DE RENÉ SPITZ.....	3
1.1 Teoría de Rene Spitz	3
1.2 Análisis de la Teoría de Rene Spitz.....	4
1.3 Relación Objetal	7
CAPÍTULO II	20
TRASTORNOS PSICOTÓXICOS.....	20
2.1 Estudio de los trastornos psicotóxicos	20
2.2 Trastornos psicotóxicos como resultado de la relación objetal madre – hijo.....	33
CAPITULO III.....	41
TÉCNICAS	41
3.1 Metodología	41
• ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	43
• DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	55
4. CONCLUSIONES.....	58
5. RECOMENDACIONES.....	59
6. Bibliografía	60
ANEXO	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de investigación.....	42
Tabla 2 Características sociodemográficas de los pediatras.....	43
Tabla 3 Número de atenciones del profesional de los trastornos psicotóxicos	44
Tabla 4 Comportamiento de la madre hacía el niño.....	46
Tabla 5 Características o síntomas de trastornos	47
Tabla 6 Trastornos más comunes en casos asistidos	49
Tabla 7 Entorno Familiar del niño.....	51
Tabla 8 Principal informante.	53
Tabla 9 Solución por parte de los especialistas.	54

INTRODUCCIÓN

El problema que busca ser trabajado en la presente investigación es ¿cuáles son las características de la relación objetal entre la madre y el hijo que generan un trastorno psicotóxico en niños de 0 a 1 años?, para lo cual se planteó como objetivo analizar las características de la relación objetal entre madre e hijo que genera un trastorno psicotóxico, centrándose en conocer cómo ésta influye para generar una respuesta psicofisiológica en el infante durante los primeros doce meses de vida, es decir, como ésta interviene para producir trastornos psicotóxicos en el niño.

El presente estudio pretende conocer el impacto que tiene el rechazo, la ambivalencia y la hostilidad de la madre en el niño de 0 a 1 años, partiendo de la teoría de René Spitz. Dicha teoría señala que el niño desde el nacimiento hasta los primeros 12 meses de vida, manifiesta una carencia de comprensión, discernimiento, y de aquellas características psicológicas, que surgen de manera involuntaria, ya que su mente y cuerpo está en un período en que depende totalmente de un otro, por lo que se centra en aquello que atañe al nexo entre madre e hijo. En tal sentido, en este período, a pesar de no poseer un desarrollo mental, cuentan con unas características fisiológicas que conllevan a la estructuración de la psique.

La presente disertación está estructurada en tres capítulos de la siguiente manera:

Capítulo I: Marco Teórico donde se explica la teoría existente en torno a la relación objetal, partiendo de Melanie Klein, se aborda a Donald Woods Winnicott y se analiza la teoría de Rene Spitz.

Capítulo II: En éste capítulo se conceptualiza los trastornos psicotóxicos a través de la teoría de René Spitz, la cual explica la primera relación que establece la madre o

cuidadora con el objeto y como esta relación puede generar los trastornos psicotóxicos.

Capítulo III: Se detalla la Metodología en cuanto a la muestra estudiada, hipótesis, variables y sus indicadores. Se describe el instrumento utilizado para la recolección de la información interés del estudio y su procedimiento correspondiente para el análisis de los datos recolectados, así como la discusión de estos resultados obtenidos.

El presente estudio empleó una metodología de investigación cualitativa, puesto que está basado en entrevistas a pediatras de la ciudad de Quito, para comprender las características de la relación objetal madre – hijo y los trastornos psicotóxicos en niños de 0 a 1 años de edad, no busca dar resultados estadísticos del tema. La investigación presentada es de tipo descriptivo, en ella se teoriza acerca de las relaciones objetales, para describir las características y explicar su influencia sobre los trastornos psicotóxicos. Se empleó como instrumento de recolección: una guía de entrevista semi-estructurada, los profesionales fueron seleccionados por muestro no probabilístico intencional, con el propósito de conocer su trabajo en torno a los trastornos psicotóxicos.

Para concluir se presentan las conclusiones y recomendaciones del presente estudio.

CAPITULO I

TEORÍA DE RENÉ SPITZ

En el presente capítulo se pretende explicar la teoría existente en torno a la relación objetal, para esto se parte de Melanie Klein, se aborda a Donald Woods Winnicott y se desarrolla la teoría de Rene Spitz.

1.1 Teoría de Rene Spitz

La Segunda Guerra Mundial dejó varias secuelas alrededor del mundo, entre ellas orfanatos y hospitales saturados de bebés y niños como producto del fallecimiento de sus padres o de la extrema pobreza que se experimentaba en ese periodo. Estas instituciones brindaban a los infantes cuidados básicos que ellos requerían, como alimentación, higiene y atención médica, pero a pesar de ello muchos no sobrevivían, lo que despertó el interés del psicólogo René Spitz. En tal sentido la teoría de Spitz surge en la Segunda Guerra mundial cuando realiza su investigación en orfanatos.

En dicha teoría Spitz señala que el niño desde el nacimiento hasta los primeros 12 meses de vida, “manifiestan una carencia de comprensión, discernimiento, y de aquellas características psicológicas, que surgen de manera involuntaria como sensata” (Spitz, 1986). , ya que su mente y cuerpo está en un período monótono, centrándose solo en aquello que atañe al nexo entre madre e hijo. En tal sentido, en este período a pesar de no poseer un desarrollo mental si cuentan con unas características fisiológicas que conllevan a la estructuración de la mente (Guerrero, 2017).

Spitz se interesa por distintas complicaciones en infantes hallados en situaciones de abandono, por lo que realizó estudios longitudinales desde que nace hasta alcanzar los primeros tres años. Este estudio tuvo como base la observación de huérfanos en instituciones como orfanatos y hospitales, centrándose en comprender lo que los

diferenciaba de niños que se encontraban al cuidado de sus madres. Mediante la observación y experimentación, planteó su teoría acerca de las correlaciones madre e hijo y la importancia del primer cuidador en la vida del infante.

Spitz fue uno de los precursores en el método para comprender la correlación entre la mente y el cuerpo. A continuación se presenta la teoría de René Spitz, en la cual se irá analizando todos los postulados fundamentales.

12 Análisis de la Teoría de Rene Spitz

El interés de René Spitz surge puesto que él observaba que habían diferencias entre los recién nacidos de los orfanatos, en los que él intervenía, pues habían bebés que morían y otros que vivían.

La teoría de Spitz nace a partir del cuestionamiento que él hace sobre conocer cuál era la diferencia entre la supervivencia de ciertos infantes y el fallecimiento de otros. Puesto que los infantes se encuentran en la misma etapa de desarrollo, la diferencia no puede encontrarse dentro de ellos, en su texto *En el primer año del niño* plantea que la desigualdad está en el contacto del infante con su progenitora o cuidadora. Es así que postula que el infante en su crecimiento se basa en la relación íntima entre ambos, lo cual le permiten plantear sus criterios alrededor del comienzo, evolución, fases y las dificultades en sus relaciones (Spitz, 1991).

El pretendía demostrar como el desenvolvimiento y progreso cognitivo del sujeto dependen de la instauración y amplitud progresiva del niño, las mismas que se vuelven más importantes. A continuación se exponen algunos de los principales conceptos de la teoría, estos son: el diálogo, los reflejos, la adaptación, la complementariedad, la diada y la relación objetal.

“Spitz creía que el diálogo continuo de acción y respuesta, motivado por lo afectivo y mutuamente estimulante, proporciona el contexto en el que aparecen las relaciones de

objeto y las estructuras intrapsíquicas.” (Ramírez, 2010). Este **diálogo**, no es sólo el proceso que se da para adquirir el habla, sino que es todo aquello que marca la relación entre hijo y madre, por lo que inicia en la etapa de amamantamiento e infiere detalles como expresiones gestuales, acciones físicas, vocalizaciones, hechos que propicien armonía, lo cual se convertirá en una fase fundamental en el desenvolvimiento de una buena relación íntima entre el hijo y la madre. Esta situación al ser implementada en una edad temprana tiene como finalidad sustentar, conservar y enaltecer mutuamente a la madre y al hijo, por lo que esta acción se vuelve como principio para establecer una posterior comunicación que se incluye afectos, gestos que propicien una utilidad en el habla (Zambudio, 2009).

El estudio de Spitz señala que para los primeros doce meses del infante, por medio de los **reflejos**, vive una serie de adaptaciones que junto con la participación de la progenitora y otras conexiones adaptativas, facilitan su supervivencia. La **adaptación**, en la psicología social, es considerada una de las más importantes modalidades en el desarrollo psíquico del sujeto. Es un proceso por medio del cual un individuo establece un estado de equilibrio o, al menos, un estado de ausencia de conflictos, con su ambiente natural y social. “El concepto, presente en todas las teorías psicológicas, es asumido por el funcionalismo como principio explicativo de la génesis y del sentido de todas las actividades psíquicas.” (Galimberti, 2002, p. 22). Esto es producto de la necesidad e indefensa que presenta en niño ante la ayuda que le pueda brindar la madre en cuanto a lo que necesita. Es de ahí que nace la concepción de la **complementariedad** entre el infante y su madre, la cual es denominada como **diada**. Esta complementariedad forma el inicio de una **relación objetal** del infante, que será, a su vez, la apertura para su estructura psíquica. Esta complementariedad o diada es definida como la “Funcionalidad de las partes en una relación recíproca.” (Galimberti, 2002, p.

211). En psicología social se habla de complementariedad, cuando en una pareja de individuos un miembro tiene lo que al otro le falta (Galimberti, 2002). El concepto de relación objetal, en psicoanálisis, se utiliza para denominar la forma que un sujeto tiene para relacionarse con su mundo, basándose en la relación con los primeros objetos de su vida. “Es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes.” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 359). Esta relación se entabla desde el inicio entre el hijo y la madre, postulándola Spitz como “el catalizador para que la libido pueda ser fijada en las diferentes zonas erógenas existentes” (Vera, 2014, p. 1).

Spitz (1965) define la relación del hijo con su progenitora como una diada o complementariedad, debido a que el neonato es carente de conciencia, percepción, emoción y todas aquellas características psicológicas de todas las demás funciones psicológicas y motrices, y depende por completo de la madre o cuidadora durante los primeros doce meses de vida. Razón, por la que se establece su principal relación del infante con su mamá o cuidadora. Esta conexión de objeto se encarga de los sectores somático y psíquico de la personalidad del sujeto debido a que el desarrollo y evolución psíquica depende de la incorporación y avance continuo de estas relaciones.

Conforme el infante va creciendo y va desarrollando sus propias potencialidades, este se va independizando y madurando, por lo que, Spitz (1965) afirma que, en el infante no existe pensamiento, percepción, ni voluntad al momento de nacer, sino que existen únicamente procesos fisiológicos, o reflejos que no dependen del infante sino que se activan por diversos estímulos que se le presentan al infante. Reflejos como los de movimiento, interocepción, excitación e inhibición, que le abrirán el camino a la creación de una estructura mental. Los reflejos son reacciones automáticas producidas

por estímulos, cuya misión es la de proteger y ayudar al infante en su proceso de adaptación (Rojas, 2013). En otras palabras, el infante cuenta con mecanismos adaptativos, como los reflejos, que lo ayudan a sobrevivir, sin embargo depende completamente de otros, ya sea la madre o cuidadora, para vivir.

Spitz (1965) define esta etapa como una etapa en la que la psique del niño no posee la capacidad de diferenciación, debido a que las funciones del infante aún no se encuentran organizadas en unidades. Es decir, no es capaz de distinguir una cosa de otra, ni tampoco una cosa externa de su propio cuerpo, por lo cual el infante no experimenta el medio como algo separado de él. Esto incluye el pecho de la madre, el cual el infante lo considera como una parte de él mismo, la cual funciona como un satisfactor de sus necesidades. Las primeras semanas y meses el aparato perceptor del infante se encuentra protegido del mundo por una barrera contra estímulos, por lo que las necesidades del infante son comunicadas mediante un sistema interoceptivo y un sistema propioceptivo. En otras palabras, la percepción del neonato se basa en la apercepción o, como Rene Spitz define, recepción.

La madre protege al infante del exceso de estímulos externos, así como también lo ayuda a tratar con estímulos internos proporcionándole una descarga de tensión, esto último se produce ya que la madre modifica ciertas condiciones desagradables para el infante y esto le proporciona un alivio de tensión. El desempeño de este papel de la madre tiene una estrecha relación con el concepto de maternidad que esta ha construido. En otras palabras, el desempeño de la madre se verá influido por las experiencias e historia de la infancia de esta y por la relación con su propia madre.

13 Relación Objetal

Hacen referencia a los vínculos sentimentales internalizados por el infante, los cuales se forman desde la experiencia primaria de la progenitora o cuidadora. Estas

relaciones primarias se encargan de estructurar la personalidad del infante, es decir que funcionan como determinantes para el resto de la vida de este. A continuación se pretenderá explicar el concepto de objeto según Melanie Klein, Winnicott y René Spitz, para posteriormente abordar cada una de sus teorías y explicar la teoría de Spitz.

En base a esta teoría, Melanie Klein la define como las representaciones mentales que se involucran en la vida del niño a través de la presencia de determinadas personas (Cornejo & Brik Levy, 2003). Dentro de su teoría define dos tipos de objeto, los objetos buenos y los objetos malos, los buenos hacen referencia a los gratificantes o que producen placer, mientras que los malos hacen referencia a los que causan frustración o dolor al infante. Para ella, el pecho materno es el primer y más importante objeto en el mundo del bebé, por lo cual la relación de éste con el mundo, durante su primera etapa de vida, es de orientación netamente oral.

Donald Woods Winnicott (1957), por otro lado, explica el concepto de objeto separado en tres diferentes tipos de objeto, los cuales son: objeto subjetivo, objeto transicional y objeto objetivo. El objeto subjetivo es la base de la realidad interna del infante y es denominado así debido a que surge de la experiencia del bebé, es decir que este objeto es parte de él y no de un otro. Posteriormente tiene lugar el objeto transicional, este objeto no es un objeto interno y pues tampoco se encuentra dentro de lo externo, pero funciona como conexión entre estas dos zonas y hace referencia a la mediación simbólica de la presencia de la madre durante su ausencia. Finalmente, el objeto objetivo u objeto percibido objetivamente, hace referencia al objeto que pertenece netamente al ambiente, por lo cual se lo toma como el objeto que funda el mundo externo en la percepción del infante (López de Caiafa, 2009).

Finalmente, René Spitz explica que los vínculos sentimentales están constituidos entre un objeto y sujeto, en este caso el campo del sujeto estaría ocupado por el infante

en sus primeros años de vida, el cual al encontrarse en un estado indiferenciado no tiene establecido un objeto. Por lo que dicho objeto tendrá que irse construyendo paulatinamente durante su primera etapa de la vida del sujeto hasta que se encuentre determinado como objeto de la libido. “El objeto de la libido se describe por su historia, por su génesis. No permanece idéntico a sí mismo. Las coordenadas que circunscriben el objeto de la libido consisten en la estructura de los instintos dirigidos hacia él.” (Spitz, 1972, p. 13).

En otras palabras, el concepto de objeto no posee una definición unívoca, por lo que su definición tendrá variantes según la historia desde la que se tome dicho concepto. En lo particular de esta disertación, su puede definir al sujeto como un carácter mental, la cual no se encuentra instaurada desde el nacimiento, sino que progresivamente se va desarrollando durante los primeros doce meses de vida, generando un origen en correlación con el objeto, la cual a su vez será la estructura fundamental en su base psíquica, y por ende en los vínculos interpersonales, de un individuo. Una vez tratado el concepto de objeto, se procederá a abordar las conjeturas de las relaciones objetales, según los autores anteriormente tratados.

Melanie Klein

Estas teorías empiezan con los estudios por parte de Klein, quien recalca que son los nexos los que promueven el desarrollo psicológico. Explica que los objetos internos son representaciones introyectadas e identificadas, las cuales generan en el sujeto fantasías inconscientes, por lo que las emociones no serían únicamente respuestas involuntarias sino que se encuentran influenciados por dichas fantasías. Es decir que, para Klein los objetos íntimos y las imaginaciones involuntarias originan significaciones en la realidad psíquica, las cuales, a su vez, se proyectan en la realidad externa, proporcionándole distintos sentidos a cada experiencia (Ramírez, 2010).

Klein (1932,1946) postula su teoría basándose en el individuo, desde que nace, se enfrenta constantemente a pulsiones de vida o amor, muerte u odio. Conforme el sujeto se va desarrollando, éste irá dominando estos conflictos, estableciendo así un equilibrio entre su medio externo y su medio interno mediante las relaciones de objeto que este estable. Estas relaciones de objeto, ya mencionadas, se basan en la proyección de los impulsos del sujeto y la introyección de estímulos externos, para dar paso al desarrollo de un yo más diferenciado. En su teoría clasifica dos posiciones distintas fundamentales del desarrollo evolutivo de un sujeto, la posición esquizoparanoide y la posición depresiva, aparte del Edipo temprano (Galeano Massera, 1997).

La **posición esquizoparanoide**, es determinada como la estructura más básica de la personalidad, prevalece en el recién nacido hasta los cuatro meses y se encuentra determinada por la intensidad de las pulsiones agresivas y libidinales. En esta posición, el objeto de relación es un objeto parcial puesto que se encuentra fragmentado en dos, totalmente bueno o totalmente malo. El totalmente bueno es el gratificante y que le proporciona placer y el totalmente malo que le provoca angustia (Espinosa & Díaz, 2011).

Al cabo del estado esquizoparanoide, empieza la **posición depresiva**, la cual tendrá lugar hasta los primeros meses de vida del sujeto y que proviene de los sentimientos depresivos infantiles generados por el temor del niño a la pérdida de sus objetos queridos, como consecuencia de su odio y de su agresión (Klein, 1945). En esta se capta el objeto total, asociación del objeto bueno y del objeto malo, pero surge la angustia por el temor de destruir a la madre, puesto que el objeto bueno se ha visto dañado por la ira o frustración en los estados depresivos experimentados (Espinosa & Díaz, 2011).

Estas posiciones no deben ser entendidas como fases, sino como la configuración del vínculo del niño con el objeto y como ya se explicó, cada posición tiene sus ansiedades y defensas particulares, desarrollando una particular correlación objetal

(Ávila, Rojí, & Gutiérrez, 2014).

El **Edipo temprano** fue conceptualizado por Klein, “el eje gira en torno al enlace entre la situación edípica, las ansiedades tempranas y el desarrollo de la libido” (Montes Molina, 2017, p. 4), pues ella consideraba que el complejo edípico se instaura en el periodo del destete, en el tiempo en el que predominan los instintos sádicos orales y anales. Según esta teoría, el desarrollo de un sujeto está determinado por tres factores: las frustraciones orales, que es el destete, las frustraciones anales, que involucran los aprendizajes de los hábitos higiénicos y las diferencias anatómicas entre los sexos (Montes Molina, 2017). Y explica que los estadios tempranos del complejo de Edipo y la posición depresiva se encuentran vinculados y se desarrollan al mismo tiempo (Klein, 1952).

Donald Woods Winnicott

La teoría de Winnicott toma en cuenta las ideas del psicoanálisis, acerca de la organización interior que crea la personalidad, las pulsiones, las relaciones, etc., del sujeto, pero para desarrollar su teoría considera la existencia de etapas más tempranas dentro del desarrollo del sujeto. Su teoría se origina partiendo de las experiencias y el estudio de sujetos perturbados, con los cuales él postula que existen relaciones objetales bastante primitivas en la existencia de cada ser humano. Sostiene que el infante, desde su nacimiento, se encuentra listo para emprender su desarrollo emocional y expone que la comunicación se encuentra estrechamente relacionada con la instauración de las relaciones de objeto, por lo que determinó que es fundamental comprender lo que ocurre en el infante antes de que este se reconozca como un ser completo. En su teoría desarrolla que el infante pasa por tres etapas dentro de su desarrollo, dependencia absoluta, dependencia relativa y hacia la independencia.

La etapa de **dependencia absoluta** es la primera fase de desarrollo en un sujeto, haciendo énfasis en los primeros meses del bebé ya que este depende por completo de su progenitora. Originándose desde que el bebé nace hasta los seis primeros meses,

período que no se diferencia del medio. Su objeto único y total de relación es la madre,

ya que el vínculo que se desarrolle entre ellos es lo que dependerá para prepararse y conectarse con los demás. “Así, pues, durante la fase de dependencia absoluta la criatura no dispone de medio alguno que le permita ser consciente de la provisión materna.” (Winnicott, 1981, p. 104). En tal sentido, en el subconsciente del infante no queda constancia sobre lo que la madre realiza para lograr la satisfacción de las insuficiencias que él tiene.

A partir de los seis meses hasta los dos años, el niño está en un período denominado **dependencia relativa**, la cual se refiere a una fase en la que éste comienza a ser consciente sobre su dependencia. “Cuando la madre permanece alejada durante un penado superior a la capacidad de la criatura para creer en su supervivencia, la angustia hace acto de presencia” (Winnicott, 1981, p. 105). Lo que indica que el infante ha desarrollado la capacidad de darse cuenta que la madre es necesaria, pero a su vez empieza la desilusión gradual en la que el mismo infante cubre ciertas necesidades que la madre ya no lo hace.

Por último entra a la etapa **hacia la independencia**, “lo consigue mediante la acumulación de recuerdos del cuidado recibido, la introyección de las necesidades personales y la introyección de detalles de dicho cuidado, con el desarrollo de confianza en el medio ambiente.” (Winnicott, 1981, p. 52). Es en la cual el infante posee recursos desarrollados para desempeñarse sin los cuidados de la madre.

René Spitz

Spitz toma la definición de objeto desde el psicoanálisis para desarrollarlo en el desenvolvimiento del infante. Realizó sus estudios mediante una observación directa y constante, efectuada por medio de grabaciones, que le permitían considerar pequeños detalles, de un semejante grupo de infantes desde que el niño nace hasta cumplir la edad de tres años. Gracias a estos estudios, Spitz se enfoca el vínculo establecido entre

el objeto y el sujeto, y deja atrás Freud y su teoría de cómo el sujeto descubre o elige los objetos pulsionales.

El comportamiento de la mamá con su hijo es de gran importancia, puesto que la relación del infante con el mundo se verá marcada por la primera relación de objeto que este establezca, por lo cual, si los comportamientos maternos no son apropiados, esto pueden llegar a perjudicar el desarrollo patológico en el neonato. Esto se debe a que el neonato nace con un yo primitivo, el cual se irá ampliando y madurando con el tiempo y según la relación del hijo con su madre, basándose en tres etapas, según Rene Spitz (1965), en su texto “*El primer año de vida del niño*”:

- La primera de estas etapas es sin objeto o pre-objetal, la cual sugiere que no existe objeto, sino que el único y principal interés del neonato es complacer sus necesidades fisiológicas (p.39).
- La segunda etapa es la del precursor del objeto, en la cual se explica que la madre comienza a ser libinizada (p.75).
- La tercera etapa es la del establecimiento del objeto, en la cual el infante identifica y libiniza a la madre por completo (p. 118).

La etapa **sin objeto** hace referencia a que no existe objeto, esto se debe a, lo anteriormente expuesto, que el lactante es un individuo expuesto a sus estímulos interno pero cerrado, prácticamente por completo a los estímulos externos. Debido a esto, el neonato durante los primeros meses sólo se considera a él mismo, es decir que no es capaz de reconocer algo fuera de sí mismo. Por ejemplo, el pecho materno, el neonato lo percibe como una prolongación de él mismo que satisface sus necesidades. En otras palabras, lo único que existe en el mundo del neonato es una totalidad indistinta

conformada por el propio cuerpo del neonato y el mundo externo, el cual para el neonato no es otra cosa sino una prolongación de sí.

La etapa sin objeto se origina de un umbral de percepción muy alto, el cual nace desde el sistema interoceptor que funciona como una especie de elemento equilibrante. Este sistema en el recién nacido durante los primeros meses como protección de los estímulos externos, pero si un estímulo sobrepasa el nivel máximo de este sistema, el niño responderá con muestras de displacer, como por ejemplo el llanto. Spitz (1965) manifiesta que estas respuestas se encuentran ejecutadas por el sistema nervioso y se dan en forma de reflejos. Al finalizar los dos meses del lactante comienza a dar cierta importancia a las personas, empezando así con su desarrollo psicológico, al ser capaz de, aunque de modo impreciso, reconocer que existe otro. A partir de esto el infante desarrollará, más adelante, la capacidad de seguir, visualmente, los movimientos faciales y fijar la vista en la cara maternal, mientras ésta lo alimenta, lo cual, en un futuro, le permitirá fijar en su memoria la cara de su madre. Por esto último, se postula que si la memoria estaría de alguna manera atrofiada, la relación objetal no podría consolidarse.

La segunda etapa, como ya se mencionó, es la del **precursor del objeto u pre-objeto**, la cual se presume que tiene sus inicios alrededor del segundo mes y que puede extenderse hasta el séptimo mes de vida del infante. En este tiempo el infante comienza a interesarse por algún elemento visual exterior, el cual lo distinguirá y diferenciará completamente del resto de cosas, esto le da la habilidad de reconocerlo y da paso al principio de realidad. El estímulo reconocido comienza tomar su papel de objeto, pero al no estar aún libinizado, no cumple con el papel de objeto como tal. Es decir, este pre-objeto será desde el cual el objeto líbico para que se edifique, por lo que, si este pre-

objeto no se instaure. En esta etapa aparece un yo básico pero que ha comenzado a distinguirse del ello, y le da al infante capacidades adaptativas.

En otras palabras, en esta etapa el infante es capaz de percibir aspectos o elementos superficiales, mas no elementos esenciales del objeto, lo que produce en él la habilidad de sonreír ante los rostros que se le presenten. Se dice que la sonrisa hace énfasis a mecanismos primarios de socialización, marcando en él la diferenciación entre personas y cosas, siendo de gran importancia la observación para el psiquismo del infante. En otras palabras, el infante pasa de la receptividad interna a la externa, lo que da lugar al desenvolvimiento psicológico del infante, mediante el comienzo de la memoria consciente del infante. Debido a este comienzo de memoria consciente, se produce un aislamiento de lo inconsciente y se da una ruptura entre lo voluntario o involuntario, en lo que el Yo primitivo comienza a tener lugar en el infante. Esta sonrisa es definida por Spitz (1965) como el primer organizador del psiquismo del infante, originando varios avances en la vida y desarrollo del individuo.

La tercera etapa, del **establecimiento del objeto**, es la etapa del objeto libidinal, la cual tiene sus principios cerca del octavo mes y su culminación alrededor de los doce meses, cuando los cambios de conducta del infante comienzan a ser más notorios. En este período la que la progenitora se instaure como objeto libidinal o amado para el bebé, dicho objeto no es reemplazable o intercambiable, puesto que es único. Esto caracteriza en sí, el vínculo entre el niño y la madre, la madre o cuidadora ha pasado a ser el objeto de afecto del infante. Un ejemplo de este proceso es cuando el infante llora ante la no presencia de su madre, pues él ya es capaz de distinguir a su mamá de otras personas. El infante reconoce que es su madre quien lo protege, cuida y alimenta, por lo que, al tener a la madre, surge en el infante la inquietud de perderla.

Esta última etapa, menciona el desarrollo a partir del séptimo e incluso octavo mes y se muestra debido a que el infante ya no sonríe a cualquier rostro, pues es totalmente capaz de distinguir entre el conocido y el extraño. El extraño provocará una respuesta de desagrado por parte del infante, pues se ha desarrollado en él, el segundo organizador, el cual Spitz (1965) lo determina como la angustia propiamente dicha. En este organizador la percepción de un rostro desconocido es comparada con el rostro memorizado de la madre, lo que provoca en el infante una respuesta de rechazo al percibir ese rostro un elemento distinto. Esto da lugar a una verdadera relación objetal, puesto que, la madre, o quien desarrolle el papel de esta, se ha convertido en el objeto libidinal del infante. El segundo organizador también da lugar a la identificación mediante imitaciones perfeccionadas por parte del infante. En esta etapa el infante comienza a ser capaz de comunicarse con la madre por medio de la palabra y gestos, lo que permite la comunicación mutua, implantándose en el infante un tercer organizador, el cual es denominado por Spitz como el “no” del primer año.

Estas etapas también están caracterizadas por tres organizadores elementales, como ya se mencionaron, descritos por Rene Spitz (1965) en su texto “El primer año de vida del niño”. Estos organizadores son:

- La respuesta sonriente (p.75)
- La intranquilidad del octavo mes (p.118)
- El dominio del “no” (p.143)

El primer organizador hace referencia a la sonrisa, que es la identificación social inicial que fabrica el infante con respecto a la madre o cuidadora a partir de los tres meses de edad. En este organizador el mundo del infante se divide en dentro y fuera, es

decir, en él y la madre. Spitz explica que este elemento que el infante establece es el primer vínculo con el otro y el mundo, pues da comienzo a una fase en la que su cuerpo se encuentra separado al de la madre. En este período se construye el Yo corporal y dejando a un lado el Yo que se encontraba en un tiempo indiferenciado.

El segundo organizador la intranquilidad por la falta de la presencia materna, que tiene lugar a partir del octavo mes, considerando como extraño a otro que no sea madre. Esta angustia se presenta como un temor y desasosiego en el infante, y es producido por la percepción de que la madre está un momento y en otro desaparece, lo que causa en el infante la incertidumbre de cuándo o si la madre volverá.

Por último, el tercer organizador es el que representa la aparición o instauración del “no” en el infante. Este organizador aparece a inicios del mes ocho o nueve y se lo considera como auto-afirmativo, es decir que aparece como un “no” pero sirve para que el infante aprenda a decir “sí” a él mismo. Según Spitz (1965), este organizador “es un logro de consecuencias trascendentales para el desarrollo mental y emocional del niño; presupone haber adquirido la capacidad primera para el juicio y la negación” (p.143). A partir de esta instauración, el infante podrá ser capaz de seguir con su evolución y diferenciación. En otras palabras, es un proceso de diferenciación que abre paso a una nueva etapa de procesos que permita el desarrollo y expansión de la consciencia del niño.

Dentro de los estudios realizados por Spitz, se tomaron en cuenta ciertos aspectos como la observación directa, la evaluación, el hospitalismo, el desarrollo y la comunicación. Considerando el hospitalismo como una “depresión anaclítica” (Spitz, 1945), referente al cuadro depresivo o a la carencia afectiva producida por el distanciamiento drástico o prolongado de la madre, lo que conlleva la pérdida de

cuidados emocionales y físicos de parte de ella hacia el infante. Este término fue investigado por Spitz, en 1945, en niños de un orfanato, en los cuales descubrió un desequilibrio en el desarrollo, el cual incluye daños psicosomáticos en los infantes, mientras que otro estudio reveló que existe un desarrollo positivo y favorable, si las circunstancias y el medio en el que el infante se encuentra son adecuados. Por lo que Spitz (1946) propuso que los métodos utilizados en los hospicios infantiles debían ser evaluados detalladamente.

Estos hallazgos fueron registrados en una película con el nombre de “Enfermedad Psicogénica en la Primera Infancia” producido en 1952, en la cual plasma unas consecuencias de privación emocional en el infante. Gracias a dicha película, comenzaron los cambios en las instituciones, hospitales e incluso casas, con respecto al cuidado de los infantes, pues el impacto de esta privación, comenzó a hacerse público.

La teoría de Spitz se centra en la fundamentación que explica que el conducta patológica de la figura materna, la cual distorsiona la relación entre hijo y madre, actuando como una toxina psíquica durante los primeros doce meses del segundo de estos. Esta toxina psíquica se produce porque el neonato presenta la capacidad de percibir sentimientos ambivalentes, hostiles y de rechazo de parte de la progenitora, a pesar de que estos quieran ser compensados o disimulados, lo cual a su vez produce en el niño trastornos fisiológicos, denominados, trastornos psicotóxicos.

En esta teoría se postula que el entorno del neonato consiste únicamente en la madre o cuidadora, por lo cual este no la distingue como un ente diferente a él, más bien la observa como una totalidad para cubrir las satisfacciones de sus necesidades. Esto se debe al contacto inmediato que el infante mantiene inconscientemente con la madre, siendo capaz de apreciar los sentimientos ambivalentes, hostiles y de rechazo

provenientes de esta. Estos sentimientos son los cuales se consideran una toxina psíquica que la madre transfiere al hijo por medio de sus comportamientos patológicos, y estos comportamientos patológicos, a su vez, son los que generan una respuesta por parte del infante, la cual se la definirá como un trastorno psicotóxico.

CAPÍTULO II

TRASTORNOS PSICOTÓXICOS

En éste capítulo se pretende explicar la primera relación que establece el objeto, los cuales son capaces de generar una respuesta psicofisiológica en el infante durante los primeros doce meses de vida. Para el desarrollo de éste capítulo se partirá de la teoría de Rene Spitz, quien propuso que es la madre o cuidadora la que define la primera relación objetal del infante, la cual, a su vez, genera en él los trastornos psicotóxicos.

2.1 Estudio de los trastornos psicotóxicos

René Spitz expone dos supuestos en “*El primer año de vida del niño*”, en el que explica que rigen todo lo relacionado a la evolución del infante. El primero postula que “es posible “medir” el progreso, absoluto y relativo del desarrollo continuo durante el primer año de vida, manifestando los resultados en forma numérica” (Spitz, 1986, p. 151). El fin de este postulado es el establecimiento y la instauración de pautas medias y promediales del desarrollo del infante. El segundo postula que “estudiando las desviaciones y perturbaciones, se puede inferir el funcionamiento “sano” del organismo” (Spitz, 1986, p. 151). La naturaleza del infante y sus satisfacciones avanzarán de manera progresiva en cada nivel de desarrollo, por lo que en un principio para que una relación seas satisfactoria necesita que se encuentre principalmente en el campo fisiológico, pero conforme el infante se desarrolla, estas relaciones se vuelven más variadas y complejas.

Estas relaciones de objeto se desarrollan como una constante interacción entre dos sujetos completamente distintos, cada uno provocando respuestas en el otro, por lo que

las alteraciones del niño serán reflejo del desorden en la personalidad de la madre y las relaciones insatisfactorias que se den entre la madre, o cuidadora y el hijo, provocando acciones dañinas en la psiquis del infante. Estas reacciones del niño serán los denominados trastornos psicotóxicos, esta denominación se encuentra basada en el postulado que dice que es un procedimiento patológico materno que deforma el vínculo con el niño, debido a que la madre actúa como toxina psíquica para el infante (Békei, 1992). Esta mala relación entre el hijo y la madre se encuentran divididas en dos grupos, las relaciones madre e hijo insuficientes y las relaciones madre e hijo incorrectas.

Las relaciones **insuficientes** entre el hijo y su madre generan perturbaciones emocionales de gran significancia en el infante, a lo que Spitz propone que “cuando privamos a los infantes de sus relaciones con las madres, sin ofrecerles un sustituto adecuado, que el niño pueda aceptar, les privamos de los suministros libidinales.” (Spitz, 1986, p. 157). Existen dos tipos de privaciones en la teoría de Spitz (1965), la privación emocional parcial y la privación emocional total. La primera de estas deficiencias produce en el infante depresión anaclítica¹, concepto explicado en el capítulo anterior, mientras que la privación total da como resultado el marasmo².

Las relaciones **incorrectas** generan una serie de alteraciones en el bebé y estas perturbaciones son las que dan paso a ciertos cuadros clínicos, los cuales están relacionados con una incorrección puntualizada en la relación entre ambos. Es decir que, estos cuadros clínicos que se manifiestan en el infante son consecuencias de la conducta materna, presentándose como molestias físicas o modelos de conducta anormales. “El bebé al estar más en contacto con la mamá que con el mundo exterior

¹Cuadro que se origina y desarrolla en los primeros meses de vida de un sujeto debido a una separación con la madre, por lo que el niño se ha visto privado de los cuidados emocionales y físicos que esta le brindaba, desarrollando en él trastornos psicofisiológicos. (Sanchez, 2019)

²Desnutrición extrema que ha provocado una desaparición total del tejido muscular y adiposo en el infante. (Desnutrición Infantil, 2016)

puede percibir los sentimientos hostiles de ella por más que sean compensados y el niño reacciona con estos trastornos que son resultantes del inter-juego de los sentimientos ambivalentes maternos y las características constitutivas del niño” (Torres, 2008).

Spitz (1965) expone que “la personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica.” (Spitz, 1986, p. 156), por lo que les otorga a estas enfermedades el nombre de *enfermedades psicotóxicas de la infancia*, y basándose en los patrones maternos, estas desviaciones se dividen en seis:

- a. Franca repulsa básica
- b. Paciencia excesiva angustiosa primaria
- c. Hostilidad disfrazada de angustia
- d. Oscilaciones entre el mimo y hostilidad
- e. Oscilaciones constantes del humor de madre
- f. Hostilidad conscientemente compensada

Es decir que “Determinadas desviaciones o carencias en esta relación producirán diversas consecuencias psíquicas y psicosomáticas en el niño” (Millán & Serrano, 2002, p. 38). Dichas consecuencias se irán detallando durante el desarrollo del presente capítulo.

2.1.1 Franca repulsa básica (primaria)

Esta perturbación se encuentra dividida en dos, repulsa activa primaria y repulsa pasiva primaria.

- La repulsa activa primaria se refiere a la repulsa global materna que se evidencia en las acciones de la madre. Debido a esta conducta materna, con frecuencia, el

infante muere, ya sea de forma “accidental” o por infanticidio, o es abandonado, en los mejores casos para su adopción.

- La repulsa pasiva primaria, por otra parte, hace referencia a la repulsa de la madre a la maternidad en sí, es decir, no es hacia el infante sino hacia el hecho de haberlo tenido. Spitz (1965) postula que “las actitudes de esas madres, su hostilidad generalizada a la maternidad, provenían de su historia personal, de sus relaciones con el padre del niño, de la manera en que ellos lograron o no lograron resolver su propio conflicto edipiano y su angustia de castración.” (Spitz, 1986, p. 159). Esta repulsa tiene como efecto en el neonato un estado comatoso, que se localiza en extremo pálido y con sensibilidad considerablemente reducida.

2.1.2 Paciencia excesiva angustiosa primaria

Este tipo de perturbación Spitz la considera una subdivisión en la que Levy (1943) llamó excesiva protección de la madre y se encuentra relacionada con el cólico del tercer mes, el cual se presenta a partir de la tercera semana de vida y persiste hasta finales del tercer mes. Este cólico se caracteriza por las quejas o gritos por la tarde de parte del infante, puesto que los cólicos le causan gran dolor. Este dolor dura algunas horas y después cesa, pero se reanuda al día siguiente por la tarde. A finales del tercer mes este tipo de perturbación desaparece de la misma forma en la que apareció, de repente y de forma inexplicable.

Spitz (1965) sugiere que la mezcla de hipertonicidad en el bebé con la tolerancia excesiva angustiosa por parte de la mamá, pueden dar como resultado el cólico del tercer mes en el infante. Por lo que se la conceptualiza como una etiología de factor doble por lo que es un estado psicofisiológico, del cual se desplegarán disposiciones y situaciones

netamente psicológicas. Es decir que, esta perturbación del cólico del tercer mes tiene lugar en el primera etapa transitoria, el cual parte de lo netamente somático al momento de nacer y llega hasta el comienzo de la actividad psíquica, distinguido por la reacción sonriente, que es el principal ordenador de la psique del niño.

2.1.3 Hostilidad disfrazada de angustia

Esta perturbación se caracteriza por una actitud llena de angustia manifestada por la progenitora, si se trataba sobre todo de sus hijos, por lo que Spitz en su texto “*El primer año de vida del niño*”, postula que esta angustia corresponde realmente a un fuerte sentimiento de hostilidad que se encuentre inconscientemente reprimida. La hostilidad disfrazada de angustia por parte de la mamá, presenta como consecuencia el eczema infantil (Spitz, 1986).

El eczema infantil se presenta desde que nace el infante hasta el doceavo, máximo quinceavo mes, período en el cual el eczema desaparece de una u otra manera, para lo que Spitz (1965) plantea “el eczema infantil, se limita a cierta fase del desarrollo: se produce una cura espontánea, por lo general al comienzo del segundo año” (Spitz, 1986, p. 178). Esto se presume que se debe a que al comienzo del segundo año de vida del infante, la locomoción empieza su apareamiento, por lo que el niño se vuelve más independiente. Desde esta mayor independencia, el niño presenta la capacidad de sustituir las relaciones de objeto que le fueron negadas y privadas, por objetos que él mismo es capaz de conseguir, ejemplo el contacto con personas u objetos que él busque.

2.1.4 Oscilaciones entre el mimo y la hostilidad

Este tipo de perturbación se encuentra caracterizado por comportamiento por parte de la mamá, el cual oscila entre el mimo y la hostilidad de manera rápida, brusca, corta y repetida varias veces al día.

Luego de todo lo que se ha manifestado en base a la orientación de las relaciones objetales, es natural determinar que una madre pase de un momento de ternura a otro de furor, de las caricias al maltrato, lo cual no contribuye a una estable relación objetal (Spitz, 1972, p. 105).

Dicha perturbación, provoca una alteración en el sistema motor del infante. Esta alteración consiste en una hipermotilidad o balanceo por parte del niño. La hipermotilidad o balanceo suele ser algo común en el transcurso del primer año, pero se vuelve un trastorno el instante en el que se vuelve una actividad exclusiva o por lo menos principal, sustituyendo así la mayoría de las actividades usuales del infante.

Es evidente por su periodicidad, la violencia sorprendente, generada al encontrarse en desventaja con los recursos físicos del infante, además por su actitud motora más activa que la manifestada por niños normales con relación a su edad (Spitz, 1972, p. 104).

Además de la hipermotilidad, los niños que experimentan estas fluctuaciones de parte de la madre, presentan retraso social y retraso en la manipulación de cosas, debido a que no han podido entablar una relación libidinal estable.

2.1.5 Oscilaciones constantes del humor de madre

Esta perturbación se caracteriza por el comportamiento materno el cual se mantiene constante durante un periodo medianamente prolongado, pero que de repente, cambia totalmente y luego vuelve a estabilizarse. La madre o cuidadora durante varias semanas e incluso meses, muestra un gran interés por el infante hasta que en determinado momento, sin una razón obvia, este sentimiento se transforma en una repulsa hacia el niño, la cual durará otro periodo de semanas o meses.

El infante que experimenta un primer periodo en donde la mamá se muestra con un absoluto interés hacia él, llega a entablar una relación de objeto, y por ende una identificación con su madre por lo que “el cambio del humor de la madre y su actitud de repulsa en el segundo periodo representa para estos niños la pérdida del objeto” (Spitz, 1972, p. 107). Debido a que en el primer año de vida, el infante experimenta el estadio oral y el estadio anal, el excremento es tomado como sustituto del objeto, por lo que una vez manipulado lo suficiente lo introyecta oralmente, coprofagia. Este trastorno tiene lugar a partir del octavo mes y puede durar hasta el decimocuarto mes de vida.

2.1.6 Hostilidad conscientemente compensada

Este trastorno se identifica por el comportamiento de la progenitora o cuidadora que se da como consecuencia de un problema consciente de ella.

El hijo para estas madres resulta un esencia de satisfacción exhibicionista y narcisista, pero ella está consciente de que su manera de actuar no es la adecuada para con el niño, por lo que trata de compensarlo al mismo tiempo con una mezcla de actos entre dulzura y adulación con amargura (Spitz, 1972, p. 107).

El niño que experimenta este comportamiento materno desarrolla todos los sectores sobre su personalidad, excepto el sector social, por lo que muestra una habilidad avanzada con lo que respecta a objetos inanimados, mientras que su interés por el contacto con otros humanos es totalmente nulo y se muestra hostil al tener un acercamiento con ellos. Al infante con este tipo de trastorno se lo define como hipertímico agresivo.

2.1.7 Visión contemporánea de los trastornos psicotóxicos

Autores más contemporáneos como Marta Békei han realizado una nueva clasificación acerca de los trastornos psicotóxicos, la cual se explica a continuación.

Marta Békei (1992) explica que las enfermedades psicosomáticas se encuentran en punto medio entre las enfermedades orgánicas puras y las enfermedades neuróticas, debido a que su etiología se encuentra en lo psicológico pero se refleja en lo físico. En lo que respecta al primer año de vida, la autora considera que, es la alteración del comportamiento materno la que funciona como una toxina psíquica para el niño, lo que se evidencia en los trastornos psicotóxicos que ella desarrolla. Según Békei (1984/1992), estos trastornos se clasifican en tres cuadros nosológicos principales:

- a) Los inducidos por un rechazo primario manifiesto
- b) Incitado por solicitud ansiosa primaria
- c) Los producidos por hostilidad materna disfrazada de angustia

A continuación se explica cada uno.

- a) Los inducidos por un rechazo primario manifiesto

Dentro de este cuadro, la autora propone que el rechazo materno se encuentra direccionado hacia todo lo que se encuentra dentro del campo sexual, es decir, hacia el

acto de la sexualidad, hacia la maternidad y hacia el embarazo. Esto implica que el neonato no es rechazado como sujeto sino como el resultado de una acción, por parte de la mamá. Este rechazo materno genera principalmente dos trastornos:

- El shock primario
- La inversión del reflejo de succión

A continuación se detallará las particularidades de cada uno.

El **shock primario** se da como consecuencia al rechazo materno, se presenta en los primeros meses del infante debido a la ausencia de amor e interés de parte de la progenitora, lo cual hace que ésta no estimule, ni facilite la succión para el niño. El instinto de succión empieza a expresarse con poca energía, por lo que el infante va teniendo una pérdida progresiva de esta capacidad para succionar. Con el desarrollo de este trastorno la incapacidad motora se amplía a todo el sistema motor, por lo que comienza a haber un desgaste generalizado en los músculos en el cuerpo del bebé. Se hace presente un estado de estupor y letargo, este estado, según, José Luis Rodríguez, Mónica Ruiz Ruiz y Jesús Mora Fernández, en el libro *Tratado de Geriatria para Residentes* (2007), es un “Estado de sueño profundo o de comportamiento sin respuesta, en el que el paciente responde a estímulos dolorosos intensos y repetidos con sonidos o palabras incoherentes, para volver a su estado inicial cuando cesa el estímulo” (pág. 481). Además el infante presenta una respiración irregular y la piel pálida.

Por otro lado, la **inversión del reflejo de succión** es un trastorno en el que los movimientos bucales del infante se encuentran invertidos, empujando con su lengua el pezón de su mamá y sacándoselo de la boca. En la revista *Elsevier* en el artículo *Reflejos patológicos* (2018), se explica acerca del reflejo de succión:

La inducción de la membrana del labio por medio del contacto con la punta del dedo induce a movimientos de succión debido a que se contrae el músculo orbicular bucal; en tal sentido puede manifestarse una respuesta incompleta, porque se presenta un músculo débil, o si se presenta completo, es a través del movimiento de succión por medio de lengua y faringe. Siendo una situación normal en niños en la etapa de lactancia hasta los 4 o 6 meses. Seudobulbar (págs. 119 - 182).

En este trastorno el infante se hecha hacia atrás, se arquea y su esqueleto se pone en tensión, todo esto como forma de protesta hacia un trato poco placentero y como forma de protesta activa hacia el rechazo por parte de la madre.

b) Cuadro provocado por solicitud ansiosa primaria

Este cuadro es el resultado a la solicitud ansiosa, la cual es una forma de sobreprotección por parte de la madre, que se da como compensación inconsciente a los sentimientos de culpa que ésta tiene por un rechazo inconsciente al niño. Este comportamiento materno genera otros dos trastornos en el infante:

- Cólico de los tres meses
- Mericismo o rumiación

Las características principales de cada uno de estos trastornos se detallan a continuación.

El **cólico de los tres meses** “casi siempre se desarrolla en las primeras dos a cuatro semanas y sigue hasta los tres meses” (Haessler & Harris, 2001, pág. 178). Tiene dos factores desencadenantes principales, el primer factor es una predisposición congénita como la hipertonia y el segundo factor es como respuesta a una solicitud exagerada por parte de la madre. La presente disertación se centra en este segundo factor, el cual provoca que el infante se vuelva inquieto de un momento a otro, debido a

los cólicos el niño llora, grita y se queja sobre todo al atardecer. Por lo general estos cólicos cesan a las dos o tres horas de haber comenzado y no afectan ni el apetito, ni las deposiciones del infante. Esto se mantiene así hasta un determinado momento en el que tal como aparecieron de manera repentina, desaparecen (Békei, 1992).

El **mericismo o rumiación**, es la ingesta de alimentos que, sin acabar de digerirse, retornan a la boca para masticarlos, tragarlos o escupirlos (García F. , 2017). Tiene base en la dificultad que tiene la madre del infante para establecer una relación cálida con él y se caracteriza por ser una regurgitación voluntaria de la leche que el infante ingiere, lo que causa detención del desarrollo y del aumento de peso. Este trastorno tiene lugar en los periodos de tiempo en los cuales el niño se encuentra sólo, por lo que cuando alguien se acerca esta actividad se interrumpe y el infante se conecta con la persona que se acercó, lo que delata su necesidad de contacto y de una relación cálida. Se describe a las madres de los niños rumiadores como inmaduras, dependientes, depresivas, obsesivas y hostiles, puesto que no les proporcionan a los niños los estímulos necesarios, ni los protegen de los estímulos excesivos (Békei, 1992).

c) Cuadro provocado por hostilidad materna disfrazada de angustia

La hostilidad materna tiene como descarga la somatización y es percibida por el infante a pesar de encontrarse disfrazada de angustia, este disfraz lo crea la madre de forma inconsciente. Este comportamiento genera en el infante cuatro trastornos psicosomáticos:

- Dermatitis atópica
- Balanceo
- Juegos fecales
- Agresividad hipertímica

Cada uno de estos trastornos, serán explicados y detallados a continuación.

La **dermatitis atópica**, también llamada eczema del lactante, se “caracteriza por la presencia de placas rojas de color intenso, con límites imprecisos y francamente exudativas. Al remitir pierde su carácter exudativo y se cubren de costras y escamas” (Peña, 2007, pág. 48). Las madres o cuidadoras de los niños que padecen de este trastorno, poseen una personalidad infantil. Estas madres o cuidadoras alegan tener miedo de lastimar o causar algún daño al infante puesto que se ven muy frágiles y vulnerables, y de esa manera evitan el contacto con ellos. Los infantes con este trastorno presentan retardo en varias áreas como la del aprendizaje, la de las relaciones sociales, el desarrollo afectivo y el desarrollo psicosexual. El desarrollo del aprendizaje y de las relaciones sociales depende de los estímulos táctiles de la madre o cuidadora, por lo que la carencia de ésta, causa retardo en dichas áreas. El infante al presentar demora en el desarrollo afectuoso, no desarrolla la angustia del octavo mes, la cual da cuenta del reconocimiento que él es capaz de hacer frente al rostro de la madre. Es por medio del contacto directo e íntimo, entre madre e hijo, que se produce la satisfacción y la adecuada descarga de las manifestaciones agresivas y libidinales y, por lo cual el proceso psicosexual del infante se ve afectado al haber alguna perturbación en el contacto corporal de la madre hacia el infante. Por lo general, estos niños padecen de hiper-excitabilidad congénita, la cual al estar expuesta a la hostilidad materna produce la dermatitis o el eczema en ellos. Este trastorno desaparece en el infante de forma espontánea alrededor de los doce meses, etapa en la cual éste adquiere la capacidad de abandonar estímulos ambiguos y cambiarlos por estímulos que él mismo es capaz de obtener (Békei, 1992).

El **balanceo**, se caracteriza por movimientos estereotipados, estos “son movimientos voluntarios, repetitivos y rítmicos, que aparentan un carácter impulsivo y

no persiguen ningún objetivo. Se llaman movimientos estereotipados porque siguen un patrón fijo, es decir, el niño siempre los realiza exactamente de la misma manera” (Gil Guerrero, 2017). Si bien es una práctica regular en los infantes, este se vuelve patológico al convertirse en la actividad principal o exclusiva de ellos. Este es un trastorno que involucra la motricidad del infante y su base radica en el carácter de la madre, el cual se caracteriza por ser histérico, infantil y pasional. El comportamiento de ella hacia el niño oscila entre el cariño y la hostilidad, es decir que el infante pasa de un momento a otro de mimos por parte de la madre o cuidadora a gritos o castigos por parte de la misma, lo que provoca que no se pueda construir una relación objetal estable en la psique del pequeño. Es decir que el entorno que rodea al infante se caracteriza principalmente por ser inestable y abarrotado de incertidumbre, debido a las continuas oscilaciones entre privaciones emocionales y sobrecargas afectivas. Esta práctica es una actividad auto-erótica que le permite al infante sustituir la relación libidinal que carece. Los niños con este trastorno presentan retardo en el área psicomotora, lo que les dificulta la manipulación de objetos, como juguetes, y en las áreas sociales y adaptativas, lo cual les impide conectarse con las personas (Békei, 1992).

Los **juegos fecales** y la coprofagia, son trastornos que resultan de la pérdida de una mamá cálida y dedicada justo al momento en el que iniciaba la diferenciación en el infante. “La coprofagia puede indicarnos a la vez la necesidad de expulsar lo agresivo, lo malo, pero la imposibilidad de perder ningún objeto, volviéndolo a incorporar” (Jiménez Pascual, 2013, pág. 51). Las progenitoras de los niños que sufren de este trastorno padecen de un síndrome depresivo y muestran cambios intermitentes de humor. La conducta de la madre o cuidadora cambia alrededor del noveno mes debido a que ésta cae en una profunda depresión. Al cambiar este comportamiento materno, el

infante se siente abandonado, por lo que comienza a jugar y a ingerir su propio excremento, tratando así de introyectar el objeto perdido (Békei, 1992).

La **agresividad hipertímica** se caracteriza por una hostilidad materna conscientemente neutralizada con una manifestación falsa de cariño. Las madres o cuidadoras, ven a estos niños como objetos de satisfacción a sus deseos narcisistas y no como objetos de amor. Los infantes con este trastorno no se interesan por el contacto con otros, sino que los repelen, pegan e incluso muerden a los que se encuentran en su entorno. Por otro lado, se encuentran bastante familiarizados con objetos inanimados, con los cuales pueden jugar durante horas (Békei, 1992).

Como se puede observar, Marta Békei lo que ha hecho es clasificar los trastornos expuestos por Rene Spitz, pero agrupándolos de acuerdo a características similares que ella ha observado en el comportamiento materno y en el desarrollo de dichos trastornos.

2.2 Trastornos psicotóxicos como resultado de la relación objeto madre – hijo

Los trastornos psicotóxicos están en relación a esos comportamientos maternos que Spitz (1965) llamaba insuficientes e incorrectos, y que fueron tratados en el acápite

2.1 Estudio de los trastornos psicotóxicos.

A continuación se aborda a detalle la conducta de la madre y su incidencia en la reproducción de cada trastornos.

Según Fernando Salinas Quiroz, la primera etapa de la niñez es la más decisiva en el desarrollo de la vida de un sujeto, puesto que este periodo es el que constituye las bases biológicas y psicológicas que regirán la vida de la persona. El autor también la toma como una etapa crítica debido al gran nivel de dependencia que tiene el infante de

los adultos que lo rodean, ya sean los padres o cuidadores. Los cuidadores son el eje central de las intervenciones afectivas, por lo que depende de ellos el cuidado y desarrollo del infante. El vínculo que se establece entre el infante y el cuidador se debe a la interacción que se establece entre ellos diariamente. Según Fernando Salinas Quiroz y Germán Posada (2014):

El niño que ha crecido en un hogar con una educación sensible con padres cariñosos que le ha aportado apta protección, sostén, y aliento, estará al tanto en dónde buscar lo que requiere y así como saber cómo ofrecerlo a otros. Dicha experiencia, repetida con sus progenitores, accederá a sentir y a percibir que vive en un mundo seguro lo que le permitirá confiar y apoyarse en otros. (p. 1053).

Es decir que si el infante cuenta con padres o cuidadores emocionalmente estables y que se preocupan de manera óptima por su cuidado, éste podrá desarrollar y entablar relaciones seguras el resto de su vida, puesto que ha aprendido lo que es sentirse seguro, cuidado y querido. Este vínculo se centra, sobretodo, en la madre o cuidadora, puesto que es la primera relación que el infante entablará y determinará varios aspectos de su vida. Esta relación es estructurada como una relación de objeto, en la cual el infante fija su afecto y sus emociones en la madre o cuidadora. El objeto, como ya se explicó, es una representación mental, la cual hace referencia a cualquier elemento que se encuentre en el medio del infante, con el cual éste establezca relaciones afectivas. Conforme el infante va creciendo, el objeto va cambiando y, por ende, volviéndose más significativo. La madre o cuidadora es el primer objeto que se instaura en la psique del infante, por lo que la imagen mental que éste absorbe de ella y la relación que se establezca entre ellos, estarán sujetas a una variedad de cambios en el transcurso del primer año del niño.

Entre el hijo y su madre se crea una correlación de apego, el cual Mary Ainsworth lo describe como “el lazo afectivo entre una persona y otra el cual los une en el espacio y perdura a través del tiempo. La característica conductual del apego es el esfuerzo por lograr un cierto grado de proximidad con respecto a la figura de apego” (Valverde, 2008). Esta relación se determina a través de la constante interacción entre los participantes, en este caso entre la madre y el hijo, en la que cada uno induce la reacción o respuesta del otro. La relación objetal entre la madre o cuidadora y el hijo se instaura y desarrolla en el transcurso del primer año, es decir que a pesar de existir cierta relación intrauterina entre la madre y el hijo, no es sino hasta el nacimiento y el transcurso del primer año de vida del infante que este vínculo se establece entre ambos (García T. , 2007).

La única manifestación afectiva que el neonato es capaz de conocer en sus primeros 90 días de vida es la expresión de su propio placer. Esto se debe a que este periodo se caracteriza por una intensa búsqueda de placer, en un inicio asociado a los reflejos, y que luego se vuelve intencional. En esta etapa el infante establece una relación significativa con la madre o cuidadora por medio de recibir el pecho o el biberón, puesto que mientras la madre o cuidadora lo alimenta, el lactante estudia cuidadosamente el rostro de ella, se fija en sus movimientos y en sus expresiones. Además en el momento de la alimentación el bebé recibe el calor corporal de la madre o cuidadora, su olor, el particular contacto con su piel y escucha su voz, lo que contribuye concluyentemente a la formación de una imagen psíquica acerca de aquello que le provee placer, seguridad y bienestar, lo que, a su vez, va abriendo su campo de percepción acerca de algo que esta fuera de él.

El primer año del infante también es la base en la que él aprenderá como relacionarse con los demás, hechos que depende mucho de la relación del neonato con

su madre. La manera en la que la madre, lo carga, lo abraza, lo alimenta o juega con él, será lo que determine la forma en el que éste se desarrolle y relacione con otros (Salinas Quiroz & Posada, 2014).

Es tan importante la relación con el otro que Spitz (1965) pudo ver por medio de su investigación experimental los aspectos somáticos que esta genera en el infante. Esta investigación se realizó por medio de un estudio comparativo de dos grupos de infantes internados. El un grupo estaba compuesto por niños que se encontraban en la guardería del penal, puesto que eran hijos de mujeres privadas de su libertad, y el otro estaba compuesto por niños internados en un orfanato, en ambas instituciones existían las mismas condiciones de higiene y de alimentación.

Además, la salud general de cada neonato que participaron en dicho experimento fue comprobada a través de un examen inicial. El primer grupo constaba de 220 niños, los cuales tuvieron una crianza constante de sus madres, mientras que el segundo grupo estaba integrado por 91 niños, los cuales fueron criados por sus madres durante los primeros 3 meses y luego fueron internados en el orfanato, dejándolos al cuidado de una enfermera, la misma que se encargaba de diez infantes a la vez. Este estudio siguió durante los primeros 24 meses de los infantes, en los cuales se pudo observar que gran cantidad de niños, integrantes del segundo grupo, sufrió graves afectaciones en su desarrollo y en unos casos hasta la muerte, mientras que del primer grupo no murió ninguno de ellos. La gravedad, la persistencia y la duración de la carencia afectiva, juegan un rol decisivo en lo que serán las alteraciones reversibles y las alteraciones que dejarán secuelas permanentes en el sujeto. Según los estudios de Spitz, María Cabrera (2005) describe:

El síndrome tiene carácter reversible hasta los tres meses de duración, y Spitz lo denomina “depresión anaclítica”. De tres a cinco meses guarda un carácter

estacionario y tras los cinco meses de privación emocional, término de la depresión anaclítica y comienzo del verdadero “hospitalismo” (pág. 23).

La diferencia entre los integrantes de estos dos grupos radica en la carencia afectiva que los niños del segundo grupo sufrieron. Esta carencia afectiva es proveniente de los comportamientos de la madre o cuidadora hacia los infantes durante el tiempo que duró la observación del estudio.

Los comportamientos maternos, o de quien haga sus veces, son los principios que forjarán la evolución en la correlación entre la progenitora y su hijo, por lo que dependiendo del tipo de comportamiento de la madre, esta relación se verá perturbada y desarrollará en el neonato alguno de los trastornos psicotóxicos previamente descritos. Estos comportamientos maternos involucran las prácticas de educación que la madre demuestre, su interacción en el momento de la alimentación, la forma en la que se organiza para cuidar al infante, la sensibilidad con la que reconoce, detecta y atiende las señales que el neonato emite acerca de sus deseos o necesidades.

A continuación se desarrollará la correspondencia que hay entre determinados comportamientos maternos y el progreso de un trastorno psicotóxico en los infantes durante su primer año de vida.

Comportamientos maternos

Fernando Salinas Quiroz (2015) estudia la forma en la que el cuidado por parte de la madre se convierte en una variable que determina la evolución del infantil temprano, puesto que las interacciones de la cuidadora y el infante establecen el foco de este proceso. La madre o cuidadora sensible es competente de atender las necesidades, tanto físicas como emocionales, del niño, mediante la organización de las actividades del infante junto con las de ella y el ajuste de sus estados emocionales. Este

comportamiento de parte de la progenitora crea una base segura, la cual mantiene la proximidad entre el neonato y la cuidador, además de ofrecerle a éste oportunidades de aprendizaje con supervisión. Estas relaciones de base segura ayudan en: “el ajuste conductual de los infantes, su aceptación social, sus actitudes escolares y de su compromiso y desempeño académico” (Salinas Quiroz, 2015, pág. 1034). Es decir que la contestación oportuna y adecuada por parte de la madre o cuidadora a las señales que el infante expresa se asocia a las capacidades cognitivas y sociales que éste desarrolle (Salinas Quiroz, 2015).

Esto explica cómo cada trastorno anteriormente mencionados en el infante, son el consecuencia de las actuaciones que la madre o cuidadora tienen hacia ellos. El comportamiento es el grupo de conductas que un individuo tiene, es decir, que el comportamiento materno es la manifestación del temperamento de la madre e involucra los movimientos, actividad motora, y la actividad emocional que ésta tiene con el hijo (Delgado & Delgado, 2006). “La relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia” (Betancourt, Rodríguez, & Gempeler, 2007). Es por esto que los comportamientos serán determinantes durante el desarrollo del primer año del niño. La presente disertación se enfoca en tres comportamientos de la madre que influyen en los trastornos psicotóxicos, los comportamientos hostiles, los comportamientos ambivalentes y los comportamientos de rechazo.

- Comportamientos hostiles

La hostilidad siempre es de carácter destructivo o, por lo menos, tiene la destrucción como su finalidad y se la define como un tipo de fuerza que motiva un impulso dañino o de destrucción, esta puede ser consciente o inconsciente (Álvarez &

Egea, 2003). “La hostilidad descargada sobre el hijo es sin duda la fuente más poderosa hacia el odio y la violencia” (Álvarez & Egea, 2003, p. 43). Si el infante siente que necesita algo y lo expresa, pero no recibe una respuesta o la respuesta está cargada de hostilidad, este será capaz de percibirla y mostrará una respuesta, psicofisiológica, ante esta hostilidad que viene por parte de la madre.

Spitz (1965) habla acerca de esta conducta y de varios trastornos generados por la discrepancia materna, uno de ellos es eczema o dermatitis infantil, provocada por la hostilidad enmascarada de angustia de parte de la progenitora. Otro es el retraso en el aspecto social de su temperamento o el infante hipertímico, provocados por la hostilidad seriamente proporcionada por parte de la mamá o cuidadora. El cólico de los tres meses y el mericismo o rumiación, también son resultados de la hostilidad percibida por el infante por parte de la madre.

El mericismo o rumiación es un padecimiento en el que el infante devuelve el alimento de su estómago a la boca, lo regurgita, y lo vuelve a masticar. Medicamente no existe una causa precisa acerca de este padecimiento, sin embargo muchos pediatras lo relacionan con la falta de estimulación del bebé o con algún tipo de retraso mental.

- *Comportamientos Ambivalentes*

El concepto de ambivalencia implica la unión del amor y del odio en un mismo plano o el “mantenimiento de una oposición del tipo sí-no, en que la afirmación y la negación son simultáneas e inseparables” (Laplache & Pontalis, 2004, p. 20). Es decir que el comportamiento ambivalente por parte de la madre se caracteriza por los cambios radicales que esta tiene con el infante, es una madre que en ocasiones responde a las necesidades del niño y en ocasiones no lo hace o lo hace de forma hostil.

Spitz (1965) explica varios trastornos provocados por el comportamiento ambivalente de la madre, uno de ellos es la hipermotilidad o balanceo, como producto de las fluctuaciones entre el mimo y la hostilidad que la madre o cuidadora tiene con el infante. Y el otro son los juegos fecales que son el resultado de las oscilaciones cíclicas que el niño es capaz de percibir por parte de su madre o cuidadora.

- *Comportamientos de rechazo*

El rechazo es negar u oponerse a aceptar a una persona, en este caso hace referencia a la actitud, en este caso materna, que excluye o niega una respuesta a las necesidades o requerimientos del infante. Este comportamiento de rechazo por parte de la madre no siempre está dirigido o motivado por el infante como tal, sino a la maternidad de forma global, es decir una inaceptación de todo lo que la maternidad involucra.

Según Spitz (1965) este comportamiento por parte de la madre o cuidadora genera en el infante trastornos como el conceptualizado vómito del recién nacido y las enfermedades respiratorias, resultantes de la repulsa primaria activa. O el coma del recién nacido, como resultante de la repulsa primaria pasiva.

A modo de conclusión, a partir de todo lo analizado, se puede ver que la primera infancia, entendida como la etapa que va desde los 0 hasta los 5 años de edad según la *Secretaría Técnica Plan Toda Una Vida*, es un etapa crítica como lo dice Fernando Salinas (2015). Esta relación madre - hijo es tan importante que determina las situaciones de amor y de odio que a futuro el niño pudiera tener. Además autores como Ana Álvarez y Fernando Egea en su texto *Aspectos psicológicos de la violencia en la adolescencia* explican que la hostilidad sería la fuente más poderosa de odio y violencia que se puede encontrar en un ser humano. A partir de todo el trabajo teórico realizado en estos dos capítulos, se hará un análisis de los casos en el capítulo III.

CAPITULO III

TÉCNICAS

3.1 Metodología

El presente estudio empleará una metodología de investigación cualitativa, puesto que busca características relacionales entre la relación objetal madre e hijo y los trastornos psicotóxicos en niños de 0 a 1 años de edad, más no busca dar resultados estadísticos de esto. La investigación estará basada en un método de alcance descriptivo, mediante el cual se examinará con detalle acerca de las relaciones objetales, para describir tales características y explicar su influencia sobre los trastornos psicotóxicos.

Las técnicas de recolección de datos estarán enfocadas a dar más información acerca de la influencia que tiene la relación objetal madre, o cuidadora, e hijo para demostrar la existencia de esta, ofrecer mayor conocimiento y mejor comprensión de la misma.

La investigación permitirá establecer una base de estudio acerca de los trastornos psicotóxicos en niños de 0 a 1 años con el aporte de 10 pediatras, que proveerá de una ayuda óptima para la relación entre madre e hijo, para así tratar el trastorno que el niño presenta desde su lugar de origen, que en este estudio se trata de la toxina psíquica que la relación con la madre representa para él, hasta su padecimiento evidente. Esto aportaría a un desarrollo más óptimo del infante, comenzando desde la base de su crecimiento, que es la relación de la madre con él, y para el resto de su vida.

Al principio de la investigación, se realizará una revisión bibliográfica acerca de los conceptos de la teoría de René Spitz, se procederá con entrevistas semi-estructuradas a expertos que aportarán para la comprensión acerca de los trastornos psicotóxicos, en niños de 0 a 1 años de edad, y cómo estos están fundamentados en la relación objetal

con la madre. Se procederá a la generación de hipótesis del estudio, así como se empleará la técnica de observación participante del elemento planteado para recopilar información por medio de un diario de campo y de entrevistas abiertas a los participantes.

Se trabajará con 10 médicos pediatras que hayan atendido casos de esta problemática y el tipo de muestra será no probabilística intencional. A continuación se presenta la primera tabla acerca de la operacionalización de la investigación:

Tabla 1 Operacionalización de investigación.

Hipótesis	Variable (s)	Indicadores	Técnicas
El rechazo de la madre genera un trastorno psicotóxico en niños de 0 a 1 años de edad.	Independiente: Rechazo de la madre	-Madres que no quisieron ver al bebé al nacer. -Madres que no pudieron dar de lactar al bebé. -Madres que sintieron una angustia que les impide bañar o cargar al bebé. -Madres que no topan al bebé. -Madres con presencia de depresión post-parto. -Madres que alimentan al bebé en demasía. -Madres con diagnóstico de bipolaridad. -Madres con cambios de humor constantes.	Entrevistas semi-estructuradas
	Dependiente: Trastornos psicotóxicos	-Shock primario -Inversión de reflejo de succión -Cólico de los tres meses -Mericismo o rumiación -Dermatitis atópica/eczema -Balanceo -Juegos fecales -Hipermotilidad	Entrevistas semi-estructuradas

Indicadores trabajados en base a lo propuesto por René Spitz y estudiados mediante entrevistas semi-estructuradas a pediatras que hayan atendido casos que involucren el comportamiento materno.

- **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

La investigación realizada usó como instrumento la entrevista y con una técnica de muestro no probabilística intencional, ya que esta fue seleccionada teniendo en cuenta un juicio de valor, representada por 10 Especialistas en la rama de pediatría, con la finalidad de observar las características, rasgos y comportamiento que poseen las madres el cual influye en su relación con el hijo en el primer año de vida. Información que es tomada del plan el cual fue aprobado.

- **POBLACIÓN INVESTIGADA**

A continuación se mostraran los resultados de la población investigada

Para la presente investigación se seleccionaron 10 pediatras a continuación se presenta el sexo, la edad y el tiempo de experiencia de cada uno.

Tabla 2 Características sociodemográficas de los pediatras

Pediatra	Sexo	Edad	Tiempo de Experiencia
1	M	34	6 Años
2	F	36	6 Años
3	F	37	10 Años
4	F	60	15 Años
5	M	54	15 Años
6	M	59	24 Años
7	M	55	24 Años
8	F	52	25 Años
9	M	60	27 Años
10	F	57	30 Años

Como se puede ver en la tabla que antecede, 8 de los pediatras están en más de 10 años de experiencia profesional, únicamente este estudio cuenta con 2 médicos con más de 6 años, sin embargo se estableció como criterio que podrían participar médicos con más de 5 años de experiencia, ya que es una práctica válida para participar en este estudio.

- **ENTREVISTAS REALIZADAS**

A continuación se presentara pregunta por pregunta los resultados encontrados en la entrevista realizada:

1. Dentro de su experiencia en la pediatría, aproximadamente ¿Ha visto alguno de estos trastornos en los últimos 3 años? Aproximadamente, ¿Cuántos casos atendió? De dichos casos, ¿Cuántos han sido en niños/as de 0 a 1 año?

Esta pregunta tenía por objetivo establecer cuál es el principal trastorno psicotóxico que el médico ve en su práctica, a continuación se muestran los siguientes resultados:

Tabla 3 Número de atenciones del profesional de los trastornos psicotóxicos

Pediatra	Shock Primario	Inversión del reflejo de succión	Cólico de los tres meses	Mericismo o rumiación	Dermatitis atópica	Balaceo	Juegos fecales	Agresividad hipertímica	
TOTAL CASOS ATENDIDOS	1	200	2	350	0	250	0	0	5
	2	300	0	150	0	60	0	0	90
	3	0	0	750	120	1100	50	0	0
	4	0	30	750	50	350	5	0	0
	5	0	0	324	22	756	0	0	0
	6	0	6	36	0	18	6	0	9
	7	20	0	200	30	80	0	50	100
	8	0	15	60	30	90	0	0	10
	9	0	150	2100	1500	1200	600	0	0
	10	0	0	350	100	500	15	0	0
Total	520	203	5070	1852	4404	676	50	214	
CASOS DE 0 A 1 AÑO	1	200	2	350		250			5
	2	200		150		60			30
	3			750	120	850	0		
	4		30	750	50	250	5		
	5			324	4	378			
	6		4	36		15	3		6
	7	6		200	30	60		30	70
	8		15	60	0	80			0
	9		150	2100	1500	1200	600		
	10			350	100	500	0		
Total	406	201	5070	1804	3643	608	30	111	

En relación a la tabla 3, que antecede se puede observar que los trastornos psicotóxicos son parte de la práctica médica, presentándose con mayor frecuencia de acuerdo a lo expresado por los médicos el de Cólico de los tres meses , en el segundo rango está Dermatitis atópica, seguido del Mericismo en el tercer rango, en el cuarto lugar se encuentra el Balanceo, luego en el quinto rango el Shock Primario, continuado de la Agresividad Hipertímica en el sexto rango, en el séptimo rango el trastorno de Inversión del reflejo de succión y en el octavo y último rango se muestra el trastorno de Juegos fecales con menos casos atendidos.

2. En los casos mencionados, ¿pudo usted observar alguno de los siguientes comportamientos por parte de la madre hacia el hijo?

El objetivo de esta interrogante es determinar si los médicos observaron o percibieron algún comportamiento especial, que le haga pensar o sentir que hay un rechazo por parte de la madre respecto al bebé, según los casos relatados:

Tabla 4 Comportamiento de la madre hacia el niño.

Comportamientos Maternos

Pediatria	Quisieron ver al bebé al nacer		Pudieron dar de lactar		Angustia que les impide bañar o cargar al bebé		Topan al bebé		Depresión pos-parto		Alimenta al bebé en demasía		Bipolaridad		Cambio de humor constante		Rechazo Abierto	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	x			x		x		x	x		x			x		x		x
2	x			x	x			x		x	x			x	x			x
3	x			x		x		x		x	x			x	x			x
4	x			x		x	x			x		x		x	x			x
5	x		x		x			x		x		x		x	x			x
6	x			x		x	x			x	x			x	x			x
7	x		x		x			x	x		x			x	x			x
8	x		x		x		x			x		x		x		x		x
9	x			x	x			x		x	x			x	x			x
10	x			x	x			x	x		x			x	x			x

De acuerdo a los datos obtenidos por los especialistas se pudo observar de los 10 casos manifestados que 7 no pudieron amamantar al bebé, 6 manifestaron que presentan angustia, la cual les impide cargar y bañar al bebé, 7 casos en los que las madres no topan al bebé, 8 presentaron cambios de humor, de los cuales 4 casos fueron percibidos como rechazo por parte de la madre hacia el bebé, situación que los médicos a través de su práctica pueden identificar ciertos comportamientos que darían cuenta sobre determinado contexto.

3. En cuanto a los trastornos mencionados por usted según casos más atendidos en niños de de 0 a 1 año. ¿Qué características o síntomas observó, en cada uno de ellos?

La presente pregunta tiene como objetivo determinar las características o síntomas que los especialistas observaron en niños de 0 a 1 año, de acuerdo a los casos atendidos, para ello se presenta la siguiente información:

Tabla 5 Características o síntomas de trastornos

Pediatra	Caso 1:	Caso 2:	Caso 3:
1	Cólico de los tres meses: Dolor, distensión abdominal, llanto fácil, irritabilidad y disminución en el apetito.	Dermatitis atópica: Piel reseca, descamativa, lesiones rojas y labios partidos.	Shock primario: Palidez, sudoración, deshidratación, fontanela deprimida, llanto sin lágrimas y resequead nasal.
2	Shock primario: Palidez, pérdida de conciencia, diarrea y vómito.	Cólico de los tres meses: Irritabilidad, distensión abdominal y llanto inconsolable.	Dermatitis atópica: Enrojecimiento de la piel, piel seca y comezón.
3	Dermatitis atópica: Resequead extrema de piel, inflamación en pliegues cutáneos, irritabilidad, prurigo.	Cólico de los tres meses: Llanto incontrolable a la misma hora de la tarde, distensión abdominal y aumento de ruidos intestinales.	Mericismo o rumiación: Reflujo y movimientos bucales frecuentes como si estuviese masticando.
4	Cólico de los tres meses: Llanto frecuente, inapetencia, dolor y gesticulaciones.	Dermatitis atópica: Descamación en la piel, incomodidad, granos, resequead de la piel, intolerancia a los jabones de baño.	Mericismo o rumiación: Dificultad para alimentarse.
5	Dermatitis atópica: Problemas en la piel, frecuencia respiratoria alta y piel seca.	Cólico de los tres meses: Mucho llanto, irritabilidad y vómito.	Mericismo o rumiación: Pasan masticando toda la noche.
6	Cólico de los tres meses: Llanto intenso y dolores abdominales	Dermatitis atópica: Purito, picazón y enrojecimiento.	Agresividad hipertímica: Muy irritable.
7	Cólico de los tres meses: Llanto constante durante tres horas más de tres veces por semana, se llena de gases, no tolera la leche.	Agresividad hipertímica: Hacen berrinches, se auto-agreden y agreden a los demás.	Dermatitis atópica: Lesiones en la piel, resequead, eritema en los sitios de flexión.
8	Dermatitis atópica: Purito, granos y lesiones que no se curan.	Cólico de los tres meses: Vómito.	Inversión del reflejo de succión: Bajo de peso e irritabilidad.
9	Cólico de los tres meses: Dolor, llanto inconsolable.	Mericismo o rumiación: Después de comer vomita alimentos semi-digeridos, le suenan los dientes en la noche.	Dermatitis atópica: Presencia de lesiones en la piel, en la cara, tórax y extremidades superiores.
10	Dermatitis atópica: Descamación de la piel, comezón, irritación y enrojecimiento de la piel.	Cólico de los tres meses: Dolor, llanto, hinchazón de la barriga, retorcionjes y en ocasiones regurgitación.	Mericismo o rumiación: Falta de aire y sonidos con la boca.

De acuerdo, a los trastornos mencionados por los pediatras según casos más atendidos en niños de 0 a 1 año, 4 de los 10 pediatras manifestaron el Cólico de los tres meses como caso 1 y 5 como caso 2. Es así que los especialistas entrevistados manifiestan algunas de las características o síntomas que los infantes revelan en función

a este trastorno como fueron: Llanto frecuente e incontrolables en la misma hora de la tarde, distensión abdominal, aumento de ruidos abdominales, inapetencia, irritabilidad, vómito, dolor, y sobretodo nerviosismo en los padres, tal y como lo señala Spitz. Sin embargo se podría contradecir la opinión de Békei cuando señala que este trastorno no afecta el apetito, cuando en uno de los casos se revela que llega a la consulta niño de aproximadamente de tres meses que se muestra inapetente y no quiere succionar el seno de la madre.

De igual manera 4 de los 10 especialistas presentan la Dermatitis Atópica en primer lugar, 3 en 2do lugar y 3 como tercer lugar, donde refieren que los principales síntomas son los siguientes: resequedad extrema de piel, inflamación en pliegues cutáneos, irritabilidad, prurigo, descamación de la piel, granos, frecuencia respiratoria alta, presencia de lesiones en cara, tórax y extremidades superiores, comezón, enrojecimiento de la piel y labios partidos, características similares con las opiniones de Peña (2007). En base al tercer Trastorno el Mericismo o rumiación, 1 especialistas lo señala en segundo lugar y 4 en 3 lugar donde indicaron los siguientes síntomas: reflujos, dificultad para alimentarse, movimientos bucales frecuentes como si estuviese masticando, babeo, vómito de alimentos semi-digeridos. En relación al trastorno Shock primario es presentado en 1er lugar por 1 médico y en 3er lugar también por 1, donde manifestaron como principales características sudoración, deshidratación, llanto sin lágrimas y resequedad nasal, pérdida de conciencia, diarrea y vómito. En consideración a la Agresividad hipertímica fue considerada por 1 médico en 2do caso y de igual manera por 1 especialista en 3er lugar, en los que señalaron que los bebés se presentaron con los siguientes síntomas: irritabilidad, berrinches, autoagresividad y agresión a los demás. Y con el trastorno de Inversión del reflejo de succión un solo médico señaló que entre las características que manifestaba el infante era bajo de peso e irritabilidad.

4. ¿Podría relatar dos casos en los que observó alguno de los trastornos mencionados?

La presente pregunta tuvo como objetivo conocer características que definieran con precisión los trastornos señalados como más comunes, los cuales se presentan en la tabla 5.

Tabla 6 Trastornos más comunes en casos asistidos

Pediatra	Caso 1:	Caso 2:
1	Cólico de los tres meses: Niña de 2 meses con llanto incesante como si tuviera mucho dolor e irritabilidad.	Dermatitis atópica: Niño de 7 meses con piel seca y descamativa
2	Shock primario: Niño de aproximadamente 1 mes llegó con diarrea, vómito, inconsciente, con insuficiencia renal y manchas en la piel, en el cual no se logró determinar el agente microorganismo que causó, pero llegó de emergencia, se le entubó y se llevó a terapia intensiva.	Cólico de los tres meses: Niña de aproximadamente de 2 meses con llanto constante por largo tiempo y rigidez en el cuerpo.
3	Dermatitis atópica: Niño de 3 meses, presenta piel seca en toda su extensión, inflamación en pliegues de codos, rodillas y cuello, eritema facial.	Cólico de los tres meses: Niño de 3 meses con llanto inconsolable siempre a la misma hora de la tarde, pero con apetito conservado y horas de sueño normales, constantemente se muestra irritable.
4	Cólico de los tres meses: Niño de aproximadamente 3 meses lo llevan a consulta porque esta inapetente ni siquiera quiere succionar el seno porque lloraba mucho, tenía el abdomen duro y su madre estaba desesperada.	Dermatitis atópica: El bebé llegó con descamación y mucho llanto, por tal motivo los padres se encontraban bastante preocupados.
5	Dermatitis atópica: Niño llega con la piel seca, mala lactancia y presentaba alergias.	Cólico de los tres meses: Niño de 3 meses o un poco más, con muchos cólicos durante toda la noche.
6	Cólico de los tres meses: Niño de 1 mes lloraba aproximadamente 10 minutos sin parar durante todo el día.	Dermatitis atópica: Se presenta niño de aproximadamente 2 a 3 meses con las mejillas enrojecidas y con resequead en la parte inferior del tórax
7	Cólico de los tres meses: Madre ansiosa llega a la consulta con su hijo de tres meses porque su hijo tiene intolerancia a la proteína de la leche.	Agresividad hipertónica: Niño más de seis meses que agrada a los demás y en ocasiones se agrede él mismo.
8	Dermatitis atópica: Niño llegó con lesiones en la cara, en el cuello, en los brazos y parte de atrás de las rodillas.	Cólico de los tres meses: El niño llegó a la consulta con sus padres por constantes vómitos.
9	Cólico de los tres meses: Niño de dos meses con manifestación de dolor, distensión abdominal, ruidos estomacales aumentados e imposibilidad de eliminar gases.	Mericismo o rumiación: Niño de dos meses con eliminación de contenido después de la alimentación y nauseas.
10	Dermatitis atópica: Niño de cinco meses en lactancia materna presenta costras y descamación de la piel.	Cólico de los tres meses: Niño de dos meses con manifestación de dolor, distensión abdominal, ruidos estomacales aumentados e imposibilidad de eliminar gases.

En relación a la tabla 6 los pediatras relataron dos casos en los que observaron alguno de los trastornos mencionados entre los que resaltan los siguientes: el Cólico de los tres meses considerado por 5 especialistas como caso 1 de igual manera como caso 2 por el resto de los entrevistados, expresando los siguientes hechos: niños de 2 meses con

llanto incesante, mucho dolor e irritabilidad, ruidos estomacales aumentados e imposibilidad de eliminar gases, niños de 3 meses con distensión abdominal, estreñimiento y llanto incesante siempre a la misma hora de la tarde, con muchos cólicos durante toda la noche, inapetente que ni siquiera quiere succionar el seno, intolerancia a la proteína de la leche. Con relación a la Dermatitis atópica considerada como caso 1 por 4 médicos y 3 como caso 2, denotan los siguientes hechos: niños de 2,3, 5 y 7 meses en lactancia materna presenta costras y descamación de la piel, piel seca, alergias, mucho llanto, inflamación en pliegues de codos, rodillas y cuello aunado con eritema facial, mejillas enrojecidas y con resequedad en la parte inferior del tórax. Considerando otras opiniones un médico indicó como segundo caso la Agresividad hipertímica, en el que expresó que el niño con más de 6 meses agrade a los demás y en ocasiones se agrade él mismo. En este mismo orden de ideas un pediatra indica como caso 2 el Mericismo o rumiación, el cual se presentó a su consulta niño de 2 meses con eliminación de contenido después de la alimentación y nauseas. Y en cuanto al Shock primario, uno de los especialista lo consideró como caso 1, donde manifestó que se presentó niño de aproximadamente 1 mes con diarrea, vómito, inconsciente, con insuficiencia renal y manchas en la piel.

5. ¿Qué observó usted acerca del entorno familiar en estos casos?

En relación a la presente pregunta el objetivo es conocer como percibieron los médicos el ambiente familiar del infante, a lo que indicaron lo siguiente:

Tabla 7 Entorno Familiar del niño

Pediatra	Caso 1:	Caso 2:
1	Cólico de los tres meses: Madre con manifestación de llanto, desesperación, miedo, ansiedad e incertidumbre	Dermatitis atópica: Los padres presentan preocupación, miedo e incertidumbre.
2	Shock primario: Mucha ansiedad e irritabilidad, mucho dolor, retraso en la búsqueda de atención médica.	Cólico de los tres meses: Los padres estaban muy preocupados y la madre lloraba.
3	Dermatitis atópica: Padres con desesperación y ansiedad.	Cólico de los tres meses: Ansiedad y sentimientos de impotencia por parte de los progenitores.
4	Cólico de los tres meses: Ansiedad desesperante en la madre.	Dermatitis atópica: Padres preocupados, pero al explicárseles el diagnóstico se mostraron más tranquilos ya que ellos también padecían de alergias en la piel.
5	Dermatitis atópica: Padres atópicos, sin una buena alimentación.	Cólico de los tres meses: La madre no cuidaba su alimentación a pesar de sugerirle dieta.
6	Cólico de los tres meses: Madre con mucho estrés, lo cual mientras más estresada se mostrara la madre, el cólico del niño era mayor.	Dermatitis atópica: Madre sin cuidados en la alimentación a pesar de indicarle los alimentos que no debía consumir.
7	Cólico de los tres meses: La madre se muestra muy ansiosa, además el niño de la leche materna también consume fórmula y su madre ingiere una cantidad mayor a los 500ml de leche de vaca lo cual la proteína se aloja en el seno, causándole cólicos en el infante.	Agresividad hipertímica: Mucha agresividad entre los padres, discuten, pelean y se gritan entre ellos, y al niño también.
8	Dermatitis atópica: Los padres expresan que en la familia hay antecedentes de alergias.	Cólico de los tres meses: Poca presencia de los padres por razones laborales y el niño queda al cuidado de un tercero.
9	Cólico de los tres meses: Padres con estrés, preocupación, desconocimientos y participación de familiares con opiniones inadecuadas.	Mericismo o rumiación: Los padres expresan preocupación y molestia porque toca hacer cambio de ropa.
10	Dermatitis atópica: Madre estresada porque quiere dar de lactar al niño a toda costa, y le suma la preocupación de observar si el bebé presenta una costra para limpiarlo.	Cólico de los tres meses: Una madre estresada y varias personas que alzaban al niño.

Con respecto a los datos registrados en la tabla 7 los pediatras manifiestan un entorno familiar de acuerdo a los dos trastornos más identificado por ellos, como fueron: en el Cólico de los tres meses: La madre se muestra muy ansiosa, a parte el niño de la leche materna también consume fórmula y su madre ingiere una cantidad mayor a los 500ml de leche de vaca lo cual causa cólicos en el infante, estrés en la madre, madre con manifestación de llanto, desesperación, miedo, ansiedad e incertidumbre, preocupación, poco cuidado la alimentación en la madre a pesar de sugerirle dieta, ansiedad; madre con mucho estrés, lo cual mientras más estresada se mostraba, el cólico del niño era mayor. En lo respecta al trastorno de Dermatitis atópica los especialistas

interpretan: madre estresada porque quiere dar de lactar al niño a toda costa, preocupación, miedo e incertidumbre, manifestación de antecedentes de alergias, padres atópicos, madre sin cuidados en la alimentación. En cuanto a la Agresividad hipertímica uno de los médicos entrevistados señala mucha agresividad entre los padres. En cuanto al trastorno del Mericismo o rumiación, los padres del infante expresan preocupación. En relación al Shock primario se pudo observar que en el ambiente familiar había mucha ansiedad e irritabilidad, y no buscar atención a tiempo.

6. ¿Con quién acudió el infante a la consulta?, en los casos que el infante acudió con más de una persona a consulta, ¿Usted recuerda quien daba la información acerca del niño/a? y ¿Qué comportamiento de la madre observó usted en el entorno del infante?

Esta pregunta tiene como objetivo conocer quién de los acompañantes del niño tiene mayor información, para lo que los pediatras indicaron lo siguiente:

Tabla 8 Principal informante.

Pediatra	Caso	Con quién acudió	Quién dio la información	Comportamientos observados en el entorno
1	1. Cólico de los tres meses	Padre y madre	Madre	Desesperación, angustia, ansiedad, miedo e incertidumbre.
	2. Dermatitis atópica	Madre	Madre	Preocupación, miedo e incertidumbre.
2	1. Shock primario	Madre y abuela	Abuela	La madre se ve ansiosa y muy preocupada pero no sabe mucho a cerca del infante.
	2. Cólico de los tres meses	Padre y madre	Madre	Preocupación por no saber qué hacer.
3	1. Dermatitis atópica	Padres y madre	Ambos	Ansiedad, desesperación y manifestaban muchas dudas.
	2. Cólico de los tres meses	Madre	Madre	Ansiedad, impotencia y tristeza.
4	1. Cólico de los tres meses	Madre y abuela	Abuela	Madre ansiosa, preocupada y desesperada.
	2. Dermatitis atópica	Padre y madre	Madre	Preocupados.
5	1. Dermatitis atópica	Padre y madre	Madre	La madre estaba muy preocupada y ansiosa
	2. Cólico de los tres meses	Padre y madre	Madre	Era muy aprehensiva y estaba muy alterada por el bienestar de su hijo.
6	1. Cólico de los tres meses	Padre y madre	Madre	Mucha preocupación y ansiedad.
	2. Dermatitis atópica	Padre y madre	Madre	La madre se encontraba bastante inquieta.
7	1. Cólico de los tres meses	Padre y madre	Madre	Los padres se mostraban desesperados y ansiosos.
	2. Agresividad hipertímica	Padre y madre	Madre	Los padres se muestran ansiosos, aunque no tienen una relación estable y discuten mucho entre ellos.
8	1. Dermatitis atópica	Madre	Madre	La madre estaba muy preocupada y ansiosa.
	2. Cólico de los tres meses	Padre y madre	Madre	Los padres están angustiados.
9	1. Cólico de los tres meses:	Madre y abuela	Madre	Desesperación, angustia, ansiedad, miedo e incertidumbre.
	2. Mericismo o rumiación	Padre y madre	Madre	Preocupación.
10	1. Dermatitis atópica	Madre y abuela	Madre	La madre estaba estresada y apurada para ir al trabajo.
	2. Cólico de los tres meses	Madre	Madre	La madre estaba estresada y con mucho Nerviosismo

De acuerdo a la informaron suministrada por los pediatras, se da a conocer que es la madre la principal informante, aunque en un caso el médico refiere que la madre estaba apurada porque tenía que ir a trabajar.

7. ¿Qué solución se dio en cada uno de los casos?

El objetivo con esta pregunta es ver cuáles fueron las diversas soluciones que los médicos les brindaron los padres de los niños, en cuanto a trastornos atendidos, para ello se muestra la siguiente tabla:

Tabla 9 Solución por parte de los especialistas.

Pediatra	Caso 1:	Caso 2:
1	Cólico de los tres meses: Se recomendó masajes en el estómago, compresas calientes, sonidos y música suave durante la lactancia.	Dermatitis atópica: Se le recomendó evitar el sol y se le refirió al dermatólogo.
2	Shock primario: Atención de terapia intensiva por un tiempo prolongado.	Cólico de los tres meses Se le sugirió a la madre mejorar los hábitos alimenticios, en cuanto a horas y productos que no puede ingerir.
3	Dermatitis atópica: Se le suspendió el consumo de leche de vaca a la madre y de igual manera al infante la fórmula.	Cólico de los tres meses: Se mejoró la dieta materna, se controló la ansiedad en ella y se le brindó apoyo constantemente
4	Cólico de los tres meses: Se sugirió una dieta materna, retirándole algunos alimentos y se recomendó una fórmula deslactosada.	Dermatitis atópica: Se recomendó el uso mínimo de jabones de baño, abundantes enjuagues, ropa adecuada y retirar del entorno todo lo que predispone para reacciones alérgicas.
5	Dermatitis atópica: Se le cambió la alimentación a la madre, se recomendó evitar productos de limpieza demasiado fuerte en el hogar, se le mandó a utilizar jabones con ph neutro y no utilizar detergente en la ropa del niño.	Cólico de los tres meses: Se le cambió la alimentación a la madre y orientación a los padres para estar más tranquilos.
6	Cólico de los tres meses: Se le envió medicación y medidas de alimentación a la madre.	Dermatitis atópica: Se le mandó medicación al infante.
7	Cólico de los tres meses: Tratamiento multifactorial, tratando principalmente la ansiedad de la madre junto con su alimentación	Agresividad hipertímica: Orientación en lo que es puericultura, que es el arte de la crianza de los niños y sesiones de programación neurolingüística.
8	Dermatitis atópica: Se le mandó crema, antihistamínicos y cambios en la dieta.	Cólico de los tres meses: Cambio en la alimentación tanto de la madre como del infante.
9	Cólico de los tres meses: Se mejoró la técnica de alimentación, así como la alimentación de la madre y medicación al niño.	Mericismo o rumiación: Se descartó una patología orgánica, se les explicó a los padres que puede ser un proceso normal, medidas posicionales y regular la cantidad de ingesta de alimentos.
10	Dermatitis atópica: Se le recomendó poner en la descamación un poco de leche materna y se le cambió el jabón.	Cólico de los tres meses: Se cambió la dieta y los horarios de alimentación de la madre, igualmente se le enseñó a la madre una lactancia adecuada para que el niño no degluta aire.

En cuanto a la tabla 9 se pudo observar que en la mayoría de los casos los pediatras le dieron solución a los mismos por medio de prescripción médica y sugerencias clínicas, más no, al comportamiento de la madre que es el factor fundamental dentro de cada uno de estos trastornos, debido a su conducta hostil (Delgado & Delgado, 2006). Ya que solo en tres casos de los nueve señalado por los especialistas en cuanto al Trastorno Cólico de los tres meses, expresaron: tratamiento principalmente a la madre en cuanto a la ansiedad, orientación a los padres para estar más tranquilos y otro se le brindó apoyo constantemente a la madre. No se remitió ayuda de salud mental a la madre en ninguno de los casos de Dermatitis Atópica.

- **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

En base a los casos analizados se ve que es fundamental la presencia de la madre, pues es quien está más relacionada con el niño, de acuerdo a lo que manifiesta René Spitz (1965) es ella la que instaura el clima, en el que se genera la relación madre e hijo que permitiría el desarrollo y evolución del infante.

De acuerdo a las variables e indicadores utilizados en esta disertación se puede ver lo siguiente:

- Respecto al rechazo de la madre:

Se entiende por rechazo materno manifestaciones como: ambivalencia, hostilidad y rechazo propiamente dicho. En referencia a estos comportamientos, en primer lugar se encuentran los cambios constantes de humor con una frecuencia de mención de 8 de los 10 pediatras, comportamiento que desde la teoría de René Spitz (1986) podría ser percibido por el niño como sentimientos ambivalentes por parte de la madre hacia él. En segundo lugar, 7 de estos pediatras han podido ver también madres que presentan las siguientes conductas: no pudieron dar de lactar al infante, madres que no querían topar al bebé y madres que alimentan en demasía al niño, comportamientos claramente hostiles o de rechazo de la madre o cuidadora hacia el niño. En tercer y último lugar 6 de los 10 pediatras han sido testigos de un rechazo abierto y de una angustia excesiva por parte de la madre hacia el niño, comportamientos que el niño, a pesar de su corta edad, es totalmente capaz de percibir.

Sin embargo, no importar con qué frecuencia se presente alguno de estos comportamientos, todos y cada uno de ellos influyen en el desarrollo de un trastorno psicotóxico en el infante de 0 a 1 años.

- Respecto a los trastornos psicotóxicos y sus manifestaciones

Los profesionales refieren en primer lugar el Trastorno del Cólico de los tres meses, con un número de 5.070 pacientes. Esto es consecuencia de la falta de contacto de la madre o cuidadora con el infante o también de ser alimentado en demasía como lo señala Spitz (1991), donde expresa que el desarrollo del infante se debe a las relaciones con la madre y si esta es como lo han manifestado los entrevistados en que se presentaron madres ansiosas, estresadas, con manifestación de llanto, desesperación, miedo, incertidumbre, preocupación, y sentimientos de impotencia entonces ya se sabe porque es esta reacción.

En segundo lugar, otro de los trastornos con grandes casos atendidos resultó la Dermatitis atópica con 4.404 pacientes, de los cuales 3.643 fueron casos de infantes en edades comprendidas de 0 a 1 año. Este tipo de trastorno puede deberse a que los niños que padecen de hiper-excitabilidad congénita, cuando se expone a la hostilidad materna se produce el eczema o dermatitis, así como lo han indicado los especialistas cuando afirman que observaron un entorno familiar con características como: madre estresada porque quiere dar de lactar al niño a toda costa, padres presentan preocupación, miedo e incertidumbre, padres atópicos, sin una buena alimentación, con desesperación, ansiedad, con conducta aprensiva y muy alterada por el bienestar de su hijo.

Por lo que el autor señala que cada trastorno se debe a las perturbaciones maternas o las relaciones insatisfechas que se den entre ambos (madre-hijo), para lo que es necesario meditar sobre la importancia del buen estado emocional de la madre porque es quien mantiene una relación inmediata con el infante, porque desde que él sale al mundo percibe los sentimientos hostiles, ambivalentes o de rechazo que ella presenta. En tal sentido, si la madre no está estable emocionalmente, el infante no podrá

desarrollar relaciones seguras, debido a que se ha desenvuelto en un entorno inseguro, producto a que este elemento es el primero con el que se relaciona el infante para lo que es importante establecer buena conexión (Salinas & Posada, 2014).

De forma general con los resultados obtenidos en el estudio sobre el rechazo de la madre se comprobó que éste genera trastornos psicotóxicos en niños de 0 a 1 años de edad, debido a que muchas madres presentaron angustias que les impedía una adecuada atención al infante, cambios constantes de humor y rechazo propiamente dicho hacia el infante, generando así un rechazo que el niño es capaz de percibir y somatizar. Se puede ver que los médicos no refieren que se hace un trabajo conjunto con el psicólogo, a pesar de que estos trastornos son básicamente de origen psíquico, más que físico.

4. CONCLUSIONES

1. De acuerdo con el análisis de las características de la relación objetal entre madre e hijo, tomando como base la teoría de René Spitz (1965), se puede concluir como principal característica que los cambios constantes de humor y la presencia de angustia excesiva, generan en el infante perturbaciones que conllevan a trastornos psicotóxicos como Cólico del tercer mes y la otra característica es la hostilidad materna forjando una Dermatitis atópica.
2. Se pudo observar que las madres tienen una influencia considerable en el hijo a partir de su nacimiento hasta su primer año, ya que es una relación que se desarrolla de manera recíproca. Esto surge debido a la dependencia que el bebé tiene de la madre o cuidadora, contexto que conlleva a la inferencia de enfermedades psicosomáticas debido a la estrecha relación entre ambos.
3. La relación objetal madre e hijo, por la complementariedad que genera entre ellos, tiene la capacidad de genera un trastorno psicotóxico en el infante, debido a que el niño depende netamente de la progenitora o cuidadora sentimental, y es ella quien puede satisfacer su necesidades inmediatas durante su primer año de vida.
4. Los comportamientos hostiles, ambivalentes y de rechazo de la madre con el hijo, se determina que son los principales componentes que permiten el desarrollo de los trastornos psicotóxicos, ya que no le proporcionan a los infantes estímulos estables donde poder desarrollarse.
5. En cuanto a los trastornos psicotóxicos, a pesar de ser tratados desde el campo pediátrico, se pudo observar que las soluciones involucraban ámbitos psicológicos, los cuales se encontraban presentes aunque no fuesen tratados de forma explícita.

5. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda incluir la psicología, dentro de la formación de los pediatras, debido a que se considera de gran importancia que ellos tengan la capacidad de ver estos trastornos desde otro campo y así sean capaces de referir al psicólogo los casos que sean pertinentes.
2. Dentro de la formación de los psicólogos, se recomienda profundizar más en la relación madre e hijo, puesto que esta relación es fundamental para el desarrollo del infante.
3. Se recomienda a psicólogos y pediatras, incluir temas relacionados a los trastornos psicotóxicos dentro de su formación y de su práctica pre profesional, debido a que estos son una clara demostración de la influencia que tienen los comportamientos de la madre o cuidadora en el niño.
4. A nivel social, se recomienda que en centros de salud, clínicas y hospitales, se trabaje sobre el apego, sobre la importancia del contacto y el valor de la vinculación materna dentro del desarrollo físico y psíquico del infante.

6. Bibliografía

- Álvarez, A., & Egea, F. (2003). Aspectos psicológicos de la violencia en la adolescencia. *Estudios Juventud*, 37-44.
- American Academy of Pediatrics. (10 de 12 de 2016). *Healthy Children*. Obtenido de Eccema: cómo ayudar a su niño a evitar la picazón: <https://www.healthychildren.org/spanish/health-issues/conditions/skin/paginas/eczema.aspx>
- Ávila, A., Rojí, B., & Gutiérrez, L. (2014). Introducción a los tratamientos psicodinámicos. Madrid: Unidad didáctica.
- Békei, M. (1992). *Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Betancourt, L., Rodríguez, M., & Gempeler, J. (2007). Interacción madre - hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 261 - 276.
- Cabrera, M. (2005). *El hospitalismo según René Spitz*. Cuenca: Universidad del Azuay.
- Calvo Romero, C. (2010). Mesa Redonda. Aspectos actuales en nutrición infantil. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 197 - 202.
- Castillero, O. (2018). *Psicología y Mente*. Obtenido de Los 4 principales impulsos primarios: cuáles son y para qué sirven: <https://psicologiaymente.com/psicologia/impulsos-primarios>
- Castillero, O. (2018). *Psicología y Mente*. Obtenido de La teoría del vínculo de Pichon-Riviere: <https://psicologiaymente.net/social/teoria-vinculo-pichon-riviere>
- Clínica Universidad de Navarra. (2018). *Diccionario Médico*. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/depresion-anaclitica>
- Cornejo, S., & Brik Levy, L. (2003). *La representación de las emociones en la dramaterapia*. Buenos Aires: Panamericana.

- Delgado, J., & Delgado, Y. (22 de Diciembre de 2006). *Revista Psicología Científica*. Obtenido de Conducta o comportamiento. Más allá de las disquisiciones terminológicas: <http://www.psicologiacientifica.com/conducta-comportamiento/>
- Desnutrición Infantil. (4 de Noviembre de 2016). *Tipos de desnutrición infantil*. Recuperado el 22 de Marzo de 2019, de ¿Qué es marasmo?: <https://desnutricioninfantilweb.wordpress.com/>
- Dolto, F. (2006). *En el juego del deseo*. México: Siglo XXI Editores.
- Echegoyen, J. (s.f.). *Diccionario de Psicología Científica y Filosófica*. Obtenido de Reflejo: <https://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Reflejo.htm>
- Espinosa, P., & Díaz, M. (2011). *La mente criminal.: Teorías explicativas del delito desde la Psicología Jurídica*. Madrid: Dykinson.
- Galeano Massera, J. (1997). Melanie Klein: fundamentos, teoría y técnica. *Revista Subjetividad y Cultura*, 1 - 14.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- García, F. (2 de Diciembre de 2017). *Eres mamá*. Recuperado el 10 de Mayo de 2019, de El trastorno de rumiación en niños: <https://eresmama.com/trastorno-de-rumiacion-en-ninos/>
- García, T. (2007). *Principales aportaciones acerca del desarrollo psíquico intrauterino*. Chile: Facultad de Ciencias Sociales.
- Gil Guerrero, S. (18 de Mayo de 2017). *Guía infantil*. Recuperado el 11 de Mayo de 2019, de Qué son los movimientos estereotipados en niños: <https://www.guiainfantil.com/articulos/salud/trastornos/que-son-los-movimientos-estereotipados-en-ninos/>
- Gordo, R., Marcolin, G., Fuentes, V., Lucero, N., Lucero, C., & Buonanotte, C. (2018). Reflejos patológicos. *Elsevier*, 119 - 182.
- Guerrero, R. (7 de Mayo de 2017). *Spitz: Primero, nace el cuerpo, después, la mente*. Obtenido de <https://medium.com/psicopatolog%C3%ADa-del-desarrollo-infantil/spitz-primero-nace-el-cuerpo-despu%C3%A9s-la-mente-36ed9c3ab916>

- Haessler, H., & Harris, R. (2001). *El libro de la mamá. Pruebas médicas en el hogar para bebés y niños*. México: Publicaciones Cruz O.S.A.
- Jiménez Pascual, A. M. (2013). Experiencias tempranas y patología mental grave en la infancia. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 47 - 58.
- Laplache, J., & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- López de Caiafa, C. (2009). El objeto - el otro, pensados a partir. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 34 - 49.
- Millán, M., & Serrano, S. (2002). *Psicología y familia*. Madrid: Cáritas.
- Montes Molina, L. (2017). Complejo de Edipo Temprano y Formación del Super-yo en la obra de Melanie Klein. *U.K-Departamento de Psicoanálisis*, 1 - 7.
- Moya, M. (23 de Noviembre de 2009). *Psicoterapeutas*. Obtenido de Biografía de Rene Spitz: <http://psicoterapeutas.eu/rene-spitz/>
- Peña, D. (2007). *Atlas de dermatología del pie*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Psicoanálisis.O. (12 de 09 de 2017). *Relaciones Objetales*. Obtenido de <http://www.psicoanalisis0.com/relaciones-objetales-2/>
- Ramírez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *IIPSI*, 224.
- Rodríguez, J. L., Ruiz, M. R., & Fernández, J. M. (2007). *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Coordinación editorial: International Marketing & Communication, S.A.
- Rojas, M. I. (22 de Mayo de 2013). *¡Socorro, tengo un bebé!* Obtenido de Los reflejos del recién nacido ¿Qué son?, ¿Para qué sirven? y ¿Qué información nos proporcionan?: <https://socorrotengounbebe.com/2013/05/22/los-reflejos-del-recien-nacido-que-son-para-que-sirven-y-que-informacion-nos-proporcionan/>

- Salinas Quiroz, F. (2015). Sensibilidad, comportamiento de base segura y desarrollo sociocognitivo en centros de educación inicial en México. *Universitas Psychologica*, 1033 - 1044.
- Salinas Quiroz, F., & Posada, G. (2014). MBQS: Método de evaluación para intervenciones en apego dirigidas a primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1051 - 1063.
- Sanchez, E. (25 de Enero de 2019). *La mente es maravillosa*. Recuperado el 22 de Marzo de 2019, de Depresión anaclítica de René Spitz: <https://lamenteesmaravillosa.com/depresion-anaclitica-de-rene-spitz/>
- Spitz, R. (1972). *El primer año de vida del niño: Génesis de las primeras relaciones objetales*. Madrid: Aguilar.
- Spitz, R. (1986). *El Primer Año de Vida del Niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Spitz, R. (1991). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Torres, M. (17 de Junio de 2008). *Psicología*. Obtenido de Trastornos Psicotóxicos: <http://resumenesmari.blogspot.com/2008/06/patologias-narcisistas.html>
- Valverde, R. (1 de Abril de 2008). *Mary Ainsworth*. Recuperado el 11 de Mayo de 2019, de Descripción de la teoría: <http://apegateamary.blogspot.com/>
- Vera, M. (2014, 12 20). *Psicología Hoy*. Retrieved from René Spitz Teoría: <https://www.psicologiahoy.com/rene-spitz-teoria/>
- Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.
- Zambudio, M. E. (2009). *Una mirada hacia el desarrollo temprano del niño*. Santiago de Chile: Universidad de Aconcagua.

ANEXO

En el presente anexo se presenta el modelo del formulario de consentimiento informado y el modelo de entrevista, aplicados a los 10 pediatras consultados. En caso de requerir estos documentos, solicitar al investigador.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Características de la relación objetal madre e hijo que generan un trastorno psicotóxico”

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Katherine Johanna Merino Cruz y Dra. Paulina Barahona Cruz

INSTITUCIONES: 10 Pediatras

SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: A través del presente documento, se le solicita su participación en un estudio de investigación para una disertación de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar al o a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Además, se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

OBJETIVO DEL PROYECTO: Analizar las características de la relación objetal entre madre e hijo que generan un trastorno psicotóxico, tomando como base la teoría de René Spitz.

PROCEDIMIENTOS: Si decide participar, se le aplicará una entrevista semi-estructurada, la cual busca recopilar información para confirmar la hipótesis del proyecto.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor ponerse en contacto con Katherine Johanna Merino Cruz, al número de teléfono 0958825178 o al correo joha_jd@live.com y Dra. Paulina Barahona Cruz al número 2991700 ext. 1267.

Además para cualquier consulta o inconveniente que se presentará usted puede ponerse en contacto con y la Dra. Paulina Barahona Cruz al número 2991700 ext. 1267 en Quito, Ecuador.

Yo, confirmo que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada “Características de la relación objetal madre e hijo que generan un trastorno psicotóxico”. Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

Cc: _____

FECHA: _____

INVESTIGADOR/A: _____

Cc: _____

FECHA: _____

Carlos Alberto Ramos, PhD

Neuropsicólogo Clínico

Contacto: 0998412108

[Web of Science Researcher ID](#)

[Scopus Author details](#)

[Researchgate Profile](#)

Guía de Entrevista

Fecha:	Nombre:
Edad:	Tiempo de práctica pediátrica:

1.- En su experiencia dentro de la pediatría, ¿ha visto alguno de los siguientes trastornos en los últimos 3 años? Aproximadamente, ¿cuántos casos atendió? De dichos casos, ¿cuántos han sido en niños/as de 0 a 1 años?

Trastornos	Orden	Nº de casos	0 – 1 años
Shock Primario			
Inversión del reflejo de succión			
Cólico de los tres meses			
Mericismo o rumiación			
Dermatitis atópica			
Balanceo			
Juegos fecales			
Agresividad hipertímica			

2.- En estos casos mencionados, ¿pudo usted observar alguno de los siguientes comportamientos por parte de la madre hacia el hijo?

Comportamientos Maternos	Si	No
Quisieron ver al bebé al nacer		
Quisieron o pudieron dar de lactar		
Angustia que les impide bañar o cargar al bebé		
Topan al bebé		
Depresión pos-parto		
Alimenta al bebé en demasía		
Bipolaridad		
Cambio de humor constantes		
Rechazo propiamente dicho		

3.- De los tres primeros trastornos que usted me comentó, ¿Qué características o síntomas observó en cada uno de ellos? Describa sus observaciones.

Trastorno	Características o Síntomas
Shock Primario	
Inversión del reflejo de succión	
Cólico de los tres meses	
Mericismo o rumiación	
Dermatitis atópica	
Balanceo	
Juegos fecales	
Agresividad hipertímica	

4.- ¿Podría relatar dos casos en los que observó alguno de los trastornos mencionados?

Trastorno	Casos
Shock Primario	
Inversión del reflejo de succión	
Cólico de los tres meses	
Mericismo o rumiación	
Dermatitis atópica	
Balanceo	
Juegos fecales	
Agresividad hipertímica	.

5.- ¿Qué observó usted acerca del entorno familiar en estos casos?

Trastorno	Observaciones
Shock Primario	
Inversión del reflejo de succión	
Cólico de los tres meses	
Mericismo o rumiación	
Dermatitis atópica	
Balanceo	
Juegos fecales	
Agresividad hipertímica	

6.- ¿Con quién acudió el infante a la consulta?

7.- En los casos que el infante acudió con más de una persona a consulta, ¿usted recuerda quién daba la información acerca del niño?

8.- ¿Qué comportamiento de la madre observó usted en el entorno del infante?

Caso	Diagnóstico	Con quién acudió	Quién dio la información	Comportamientos observados en el entorno
Nº1				
Nº2				

9.- ¿Qué solución se dio en cada uno de los casos?