



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIAGNÓSTICO PARA UNA INTERVENCIÓN DE REPARACIÓN DE VÍNCULO INFANTIL CON SU FIGURA MATERNA SUSTITUTA

TESIS

PRESENTADA POR

LIC. EN PSIC. LIDIA GABRIELA PECH BALAM

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA INFANTIL

DIRECTOR(A) DE TESIS

MTRA. ROSA ISELA CERDA UC

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2021

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 925082 durante el periodo agosto 2018-julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis padres, Lidia y Gabriel, por darme la vida, por ser esos padres que yo necesitaba, por amarme, por educarme e inculcar valores que hacen que sea la mujer y profesional que hoy soy, gracias por enseñarme a mí y a mis hermanas que las mujeres podemos lograr grandes cosas.

A mis hermanas, gracias por confiar en mí, por creer en la psicología y permitirme compartir mi profesión con ustedes y sobre todo agradezco el que me permitan ser tía y disfrutar de cerca a mis niños.

A mis sobrinos, Sofía, Santiago, Matías y Constanza, gracias por estar en mi vida, por llenarme de amor puro y sincero, por permitirme ver de cerca lo bonito e importante que es la infancia, quiero que ustedes lleguen más lejos de lo que yo llegue.

A mis amigas y amigos que son mi refugio y mi sostén en los momentos más difíciles. A esas amigas sororas gracias por ese amor tan bonito.

A mi directora de tesis la Mtra. Rosa Isela Cerda Uc, por tanta paciencia, empatía y amor a la profesión, por guiarme en el camino, por exigirme, pero también por respetar mis tiempos.

Pero sobre todo agradecerme a mí por no rendirme, por luchar por esas metas, por ser perseverante, por continuar con la meta de llevar la psicología a espacios donde el acceso a este servicio es limitado, a mirar las áreas vulnerables de la población, esas donde pocos quieren trabajar. Agradecerme y reconocer lo mucho que crecí a lo largo de este proceso de aprendizaje, un crecimiento profesional y personal.

Y a todas esas personas que se cruzaron por mi vida en mis años de formación y que de alguna manera aportaron algo positivo a este trabajo.

Contenido

Resumen	9
1. Introducción	11
1.1 Planteamiento del problema y justificación.....	13
1.1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.1.2 Justificación.....	15
1.2 Marco teórico.....	17
1.2.1 Desarrollo psicológico en la segunda y tercera infancia.....	17
1.2.1.1 Desarrollo físico y desarrollo del cerebro en la niñez temprana.....	18
1.2.1.2 Desarrollo cognoscitivo en la niñez temprana.....	18
1.2.1.3 Desarrollo psicosocial en la niñez temprana.....	19
1.2.1.4 Desarrollo afectivo en la niñez temprana.....	19
1.2.1.5 Desarrollo físico y del cerebro en la niñez media.....	19
1.2.1.6 Desarrollo Cognoscitivo en la niñez media.....	20
1.2.1.7 Desarrollo Psicosocial en la niñez media.....	20
1.2.2 Duelo.....	20
1.2.2.1 El duelo en la vida humana.....	21
1.2.2.2 Duelo en la infancia.....	22
1.2.2.3 Elaboración del duelo.....	24
1.2.2.4 Diferentes modelos de duelo desde el psicoanálisis...	24
1.2.2.5 Duelo patológico.....	26
1.2.3 Apego.....	27
1.2.3.1 Formación del apego.....	28
1.2.3.2 La importancia de la vinculación en la vida.....	31
1.2.3.3 Tipos de apego.....	32
1.2.3.4 Modelos internos de trabajo.....	35
1.2.3.5 Base segura.....	36
1.2.4 Separación y privación materna.....	38
1.2.4.1 Efectos de la separación o privación materna.....	40

1.2.5 Función de la figura materna.....	42
1.2.5.1 Función materna y superyó.....	44
1.2.6 La importancia de la reparación del vínculo afectivo y emocional en la infancia.....	46
1.2.7 Psicoterapia.....	47
1.2.7.1 Terapia psicoanalítica (o psicodinámica) para niños...	47
1.2.7.2 Psicoanálisis relacional.....	48
1.2.7.3 Terapia de juego.....	51
1.2.7.4 Terapia de juego relacional psicoanalítico.....	52
2. Evaluación diagnóstica.....	54
2.1 Descripción del escenario y participantes.....	54
2.1.1 Motivo de consulta.....	54
2.1.1.1 Motivo de consulta manifiesto y latente parental.....	54
2.1.1.2 Motivo de consulta manifiesto y latente de la paciente.....	56
2.1.2 Datos generales.....	56
2.1.2.1 Ficha de identificación.....	56
2.1.3 Descripción del paciente.....	57
2.1.4 Diagnóstico/conceptualización del caso.....	58
2.1.5 Objetivo general.....	58
2.1.6 Objetivos específicos.....	58
2.1.7 Definición de términos.....	59
2.2 Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizadas.....	61
2.2.1 Instrumentos utilizados.....	61
2.2.2 Técnicas implementadas.....	62
2.2.3 Evaluación del proceso.....	64
2.3 Procedimiento.....	64
2.4 Informe de los resultados de la evaluación diagnóstica.....	66
2.4.1 Resultados diagnósticos.....	66
2.4.1.1 Datos de la historia clínica y el examen mental.....	66
2.4.1.2 Resultados de las pruebas proyectivas aplicadas.....	72

2.4.1.3 Descripción de las sesiones de la fase diagnóstica.....	80
2.4.1.4 Metas y objetivos terapéuticos.....	84
3. Programa de intervención.....	85
3.1 Introducción.....	85
3.2 Objetivos del programa de intervención.....	86
3.2.1 Objetivo General.....	86
3.2.2 Objetivos específicos.....	86
3.3 Programa de intervención.....	87
3.3.1 Diseño de intervención.....	87
3.3.2 Fases de intervención.....	89
3.3.3 Diseño de psicoterapia.....	90
4. Discusión y conclusiones.....	97
4.1 Relación intervención-cambios observados.....	97
4.2 Comparación cambios observados-literatura sustento.....	98
4.3 Sugerencias y conclusiones.....	102
4.3.1 Conclusiones.....	102
4.3.2 Sugerencias.....	103
4.3.3 Sugerencias para modalidad virtual.....	105
4.3.4 Limitaciones.....	107
4.3.5 Alcances.....	109
Referencias.....	111
Apéndices.....	119

Contenido de tablas

Tabla 1. Procedimiento de la fase diagnostica.....	65
Tabla 2. Sesiones complementarias para la fase diagnostica.....	66

Contenido de Figuras

Figura 1. Familiograma.....	71
-----------------------------	----

Resumen

Bowlby, (1995) describe la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo, algunos niños viven la privación materna parcial consiste en vivir con una madre cuya actitud hacia el niño sea desfavorable o con una madre sustituta permanente, este tipo de privación también incluye a los parientes que ofrezcan al niño dicha actitud. Lo cual puede llegar afectar el desarrollo del apego.

Cuando este tipo de privación parcial se presenta, los niños pasan a cargo de algún adulto cercano a la familia que se hace responsable del menor, en nuestra cultura es común que los parientes próximos se ocupen del cuidado de los niños cuando los progenitores no se encuentran disponibles.

A estos cuidadores también se les llama figuras maternas sustitutas, Bengoechea (1996), entiende o describe a la figura de la “madre” no sólo como la persona biológica, sino también incluyendo a cualquier cuidador del niño, cuya ausencia produce una ansiedad por separación. Barreiro, Foscarini, Katz, Podgaetzky & Varas (2006) definen la función materna como la capacidad de acción que de la persona que ocupa el lugar de la madre. La madre o figura materna dota al niño los elementos de realidad con que construir la imagen psíquica del mundo externo (Aranda, Ochoa & Lezama, 2013).

Estas figuras maternas sustitutas algunas veces llegan a reparar el proceso de apego del niño a través de sus cuidados. Castrillón & Vanegas (2014) describe el vínculo reparador como un “proceso intersubjetivo donde está presente la capacidad del ambiente para resarcir el daño causado y los recursos psíquicos de los niños deprivados para aceptar la reparación ofrecida por el ambiente”.

El objetivo de la investigación es conocer el estado emocional, cognitivo y psicológico en el que se encuentra un niño de seis años que vive con una figura materna sustituta a causa de una privación parcial materna, para conceptualizar el caso desde el enfoque psicodinámico. Se presenta un modelo de intervención para los niños que han sido privados de la madre biológica y se encuentran bajo los cuidados de alguna figura materna sustituta.

Este trabajo de investigación únicamente se desarrolló de manera práctica la fase de diagnóstico, debido a la contingencia sanitaria implementada por el Covid-19 en el 2020, además es importante mencionar que debido a las condiciones socioeconómicas del paciente no se pudo establecer el proceso terapéutico en línea o alguna modalidad virtual, sin embargo, se representa una propuesta de intervención congruente con las metas terapéuticas establecidas en la fase de diagnóstico.

Algunas consideraciones que se recomiendan tener en cuenta en caso de aplicar el modelo de intervención propuesto, en modalidad en línea, son los siguientes, factores ambientales, evitar afectar el establecimiento de la base segura, la adherencia al tratamiento, las técnicas del proceso de intervención y las limitaciones del trabajo debido a la pandemia de Covid-19.

Palabras clave: Apego, Privación, Figura Materna, Reparación Emocional.

1. Introducción

Las teorías del apego tienen sus primeras apariciones científicas entre los años treinta y cuarenta por medio de trabajos realizados por psicólogos clínicos como Lauretta Bender, John Bowlby, David Levy, Schaffer y Emerson (Bowlby, 1995, Oliva, 2004). En esos mismos años Spitz publicaba sus estudios sobre las características de los niños de pocos meses abandonados por sus madres, criados en instituciones sin ninguna figura materna, ni siquiera sustituta (Garelli & Monturino, 1997).

Continuando a estos estudios, a partir de la Segunda Guerra Mundial, en el mundo y sobre todo en Europa, vivían y sufrían los efectos de la guerra, uno de estos eran los campos de niños huérfanos y sin familia que se extendían por toda Inglaterra y el continente (Garelli & Montuori, 1997).

Años más tarde, en 1963, la Organización Mundial de la Salud publicó una colección de artículos que tuvo una influencia importante en la teoría del apego, titulada “privación del cuidado materno” en esta colección se examinaron los múltiples efectos de las experiencias de la ausencia de la figura materna en los niños. El artículo más amplio en esta colección fue el de Mary Ainsworth (Bowlby, 1995), quién es considerada por John Bowlby como una persona que ha influido mucho en la creación de la teoría del apego, el mismo Bowlby ha dedicado a Mary Ainsworth su obra “Una base segura” (1995) por haber introducido el concepto de base segura.

Justamente es el interés por estudiar la ruptura del vínculo materno-filial y los efectos negativos en los niños lo que hizo surgir las observaciones e investigaciones que finalmente dieron origen a la teoría del Apego (Garelli & Montuori, 1997).

Pinzón y Pérez (2014) describen la teoría del apego como una explicación de la regulación del afecto, como consecuencia, esto diferencia a las personas en el modo en que están sienten y expresan sus necesidades de afecto, así como en el modo en el que actúan para mantener un equilibrio emocional. Por su parte Bowlby describe la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo (Bowlby, 1995), se ha comprobado que este apego o vínculo afectivo se establece en los niños durante el primer año de vida con las personas que los cuidan (López, 2009).

Bowlby (1995) describe que el apego impacta en las relaciones que establece el niño con otras personas, afirma que el desarrollo sano y la conducta de apego lleva al establecimiento de vínculos afectivos, al principio entre el niño y el progenitor y, más tarde, entre adultos. La teoría del apego intenta explicar la conducta de apego y los apegos duraderos que los niños y otros individuos tienen con otras personas determinadas (Bowlby, 1995).

Actualmente las investigaciones de Apego se centran en el conocimiento y comprensión del contenido de los Modelos Internos de Trabajo infantiles, o conocido como el estudio del nivel representacional del Apego, este es uno de los campos más fructíferos de trabajo dentro del Apego (Sierra, 2011). Las representaciones, conocidas como modelos internos de trabajo se refieren a la percepción que tienen los niños de la disponibilidad de su cuidador, quién es su figura de apego, dónde puede encontrarla, cómo espera que responda y qué tan apropiadas son las respuestas de su cuidador a sus necesidades cuando enfrentan situaciones de amenaza. La importancia de estos modelos radica en que se convierte en prototipo de las relaciones afectivas que el niño construirá en la adolescencia y en la adultez (Urrego, Restrepo, Pinzón, Acosta, Díaz & Bonilla, 2014).

1.1 Planteamiento del Problema y justificación

1.1.1 Planteamiento del problema.

En los primeros años de vida, los niños establecen lazos con sus padres o padres sustitutos a los que más tarde recurren en búsqueda de protección, consuelo y apoyo. Una forma de establecer estos lazos se da a través del disfrute del calor, de la intimidad y relación con la madre, o de quien la sustituya. Estos lazos ofrecen al niño y a la madre o madre sustituta satisfacción y goce (Bowlby, 1954).

Bowlby menciona la importancia de que los niños establezcan vínculos sanos con sus cuidadores. Planteó que los factores que determinan la salud mental de los individuos, de forma inmediata y a largo plazo, son el resultado de las primeras experiencias de las relaciones entre el sujeto, su infancia, y qué tan satisfactorias y cálidas fueron las interacciones entre madre e hijo o cuidador principal y el niño (Rúa, 2015).

De acuerdo con Amar y Berdugo (2006), se considera que la figura de apego central es la madre, que por lo general es quien provee los cuidados. Sin embargo, en algunos casos el proceso de la vinculación afectiva de apego que establece el niño con su cuidador principal no puede realizarse o se ve interrumpido debido a la separación o pérdida de la figura de apego (Sierra, 2011), haciendo que el niño presencie algún tipo de privación materna.

Bowlby describió en su obra “Los cuidados maternos y la salud mental” en 1954, tres tipos de privaciones maternas que pueden vivir los niños. La primera es la conocida como privación parcial, esto es cuando el niño vive con una madre cuya actitud hacia el niño sea desfavorable o con una madre sustituta permanente, incluyendo a los parientes que ofrezcan al niño dicha actitud. La segunda privación que Bowlby describió fue la privación completa

como consecuencia de la pérdida de la madre (o madre sustituta permanente) por causa de muerte, enfermedad o abandono total, y sin familiares que puedan atenderle. Por último, describe la privación completa por haber sido separado del lado de su madre (o madre sustituta permanente) y es entregado a personas extrañas por organismos médicos o sociales.

De acuerdo con Bowlby (1954), cuando se presenta la privación parcial es muy común que los niños pasen a cargo de algún adulto cercano a la familia que se haga responsable del niño, ya que, en la cultura occidental, es una tradición que los parientes próximos se ocupen del cuidado de los niños, cuando el núcleo familiar se quiebra por cualquier motivo. Otros niños que han vivido privación materna son entregados a instituciones que más tarde los ponen en calidad de adopción, Román y Palacios (2011) reportan que muchos niños adoptados han vivido algún tipo de maltrato, siendo la negligencia la principal forma de maltrato, esto puede ocasionar en los niños una distorsión de las relaciones emocionales básicas, lo cual afecta negativamente el desarrollo.

Cualquiera que sea la suerte de los niños, de ser adoptados en alguna institución o ser acogidos por la familia externa, algunos de estos niños que viven una privación materna tienen una oportunidad de volver a “re-construir” la vinculación afectiva en otro contexto familiar (Sierra, 2011). A pesar de esta nueva oportunidad que se les brinda a los niños, la historia previa para algunos de ellos no desaparece cuando comienzan a vivir con los padres sustitutos, lo cual implica que el proceso de vinculación este en parte mediado por las experiencias tempranas vividas (Román & Palacios, 2011), así también hay que tener en cuenta, que el niño que es retirado de su familia va perdiendo episodios de su biografía, sumando que los vínculos afectivos no siempre se garantizan de una manera adecuada (Barudy & Gantagnam, 2005), y es importante mencionar que este proceso puede llegar a

tener graves consecuencias negativas cuando la madre sustituta, aunque sea amable, es una extraña (Bowlby, 1954).

Continuando con los efectos que pueden vivir los niños que se integran a un nuevo contexto familiar, es importante mencionar lo que pasa con los niños que son transferidos a diversas personas o instituciones, lo que se considera como el “síndrome del peloteo” y que afecta directamente el desarrollo de los niños, beneficiando el posible desarrollo del trastorno más graves del apego que es conocido como el apego desorganizado (Barudy y Gantagnam, 2005).

A pesar de los efectos negativos que puedan presentar los niños que viven una privación materna, se ha comprobado que los vínculos afectivos son la expresión de la unión entre padres e hijos, aspecto que va más allá de la relación de parentesco, lo cual indica que los niños que están estableciendo una nueva vinculación tienen las posibilidades de entablar un vínculo seguro con los nuevos cuidadores, ya que expresión de vínculos afectivos está presente en todas las tareas educativas, facilitando la comunicación familiar, la seguridad en los momentos difíciles, el establecimiento de normas y el cumplimiento de ellas (Pérez & Arrázola, 2013).

1.1.2 Justificación.

La UNICEF (2018), reporta que el 5.1% de los niños y niñas menores de 5 años, en México, reciben cuidados inadecuados. En el Panorama Estadístico de la Violencia Contra Niñas, Niños y Adolescentes en México, publicado en 2019, se cataloga el descuido o trato negligente hacia las niñas, niños y adolescente como una forma de violencia, la UNICEF define esta forma de violencia como:

“Falla en la cobertura de las necesidades físicas o psicológicas de niños, niñas y adolescentes, así como en la protección contra el peligro o en la provisión de servicios cuando las personas responsables del cuidado de niñas, niños y adolescentes tienen los medios y el conocimiento para hacerlo” (pág. 13).

Algunas de las conductas por parte de los adultos hacia las niñas, niños y adolescentes que son considerados como descuido o trato negligente se puede mencionar el abandono, descuido en la alimentación, la vivienda, vestimenta, higiene y salud (Unicef, 2019).

De acuerdo con Barudy y Dantagnan (2005) todas las niñas y todos los niños tienen el derecho de vivir en condiciones y contextos donde sus necesidades pueden satisfacerse, estos autores consideran que es responsabilidad de los adultos y comunidades responder colectivamente para asegurar el derecho a la vida y desarrollo de todos los niños. Barudy y Dantagnan, (2005), proponen una lista de las necesidades que deben ser satisfechas para los niños, las cuales son las necesidades fisiológicas, necesidad de lazos afectivos seguros y continuos, el buen trato, necesidades cognitivas, necesidades sociales, necesidades de valores.

Respecto a la satisfacción de necesidades afectivas, estas le permiten al niño vincularse con sus padres y con los miembros de su familia. Es importante mencionar que si los niños reciben el afecto que necesitan, serán capaces de aportar afecto a los demás y podrán participar en dinámicas sociales de reciprocidad (Barudy y Gantagnan, 2005). Por esto, es importante atender las necesidades afectivas de los niños. Relacionado con las necesidades afectivas de los niños, es importante estudiar el apego en los niños ya que se cree que los cuidados maternos durante los primeros años de vida en los niños constituyen un factor decisivo para la salud mental. Se ha comprobado que los niños que han sido privados del cuidado materno tienen

retardos en su desarrollo físico, intelectual y social, incluso pueden presentar síntomas de enfermedades mentales o físicas. (Bowlby, 1954).

Una manera de lograr la salud mental en los niños es asegurarles lazos afectivos de calidad, incondicionales, estables y continuos. Los modelos de apego además de impactar positivamente en la salud mental de los niños tienen continuidad en la infancia y se manifiestan en la adolescencia. De acuerdo con Oliva, (2011), los modelos de apego contruidos en la infancia también van a guardar relación con los vínculos que el adolescente establezca con los compañeros. También se ha visto que los adolescentes con trastornos de apego, sus comportamientos perturban el orden social son castigados y excluidos (Oliva, 2011). Prueba de ello se puede encontrar en documentación científica como por ejemplo las de la UNICEF (2019) acerca de los niños que han sido víctimas de algún tipo de violencia, pues, la institución aclara que estos tienen altas probabilidades de volver a ser víctimas de actos violentos.

Cómo menciona Sierra en el 2011 “Resulta especialmente relevante, en primer lugar, la toma de conciencia de esta realidad personal que viven muchos niños pero que supone, además, una realidad social que es cada vez más frecuente” (pág 7), haciendo referencia a los niños que viven un tipo de negligencia como el abandono y son acogidos por familiares.

1.2 Marco teórico

1.2.1. Desarrollo psicológico en la segunda y la tercera infancia.

Papalia, Feldman, & Martorell, (2012) proponen 8 etapas del desarrollo humano. La primera es la prenatal, seguida por la infancia, niñez temprana, niñez media, adolescencia, adultez temprana, adultez media y adultez tardía. En cada una de estas ocho etapas, se describe el desarrollo físico, desarrollo cognoscitivo y desarrollo psicosocial.

1.2.1.1 Desarrollo físico y desarrollo del cerebro en la niñez temprana.

El desarrollo físico de los sujetos en la niñez temprana (de 3 a 6 años) se caracteriza principalmente por el notable crecimiento físico que ellos tienen, los niños adelgazan y crecen mucho, ellos necesitan dormir menos que antes, por lo mismo es probable que desarrollen problemas de sueño. También se ha notado que mejoran sus habilidades para correr, saltar sobre un pie, brincar y lanzar la pelota. Otras habilidades que desarrollan son, atarse las agujetas, dibujar con crayolas y servirse comida como cereal y también comienzan a mostrar preferencia por usar la mano derecha o la izquierda (Papalia et al., 2012).

En cuanto al desarrollo del cerebro, se reporta que la densidad de la sinapsis en la corteza prefrontal alcanza su punto más alto a los cuatro años, más o menos a esa edad se ha completado también la mielinización de las vías auditivas, aproximadamente a los seis años el cerebro ha alcanzado casi el 95% de su volumen máximo. También la mielinización progresiva de las fibras del cuerpo calloso permite una transmisión más rápida de la información y una mejor integración entre ellos, entre los 3 y 6 años el crecimiento más rápido ocurre en las áreas frontales que regulan la planeación y organización de las acciones (Papalia et al., 2012).

1.2.1.2 Desarrollo cognoscitivo en la niñez temprana.

En la niñez temprana el crecimiento más rápido del cerebro ocurre en las áreas frontales que regulan la planeación y organización de las acciones. Este desarrollo del cerebro repercute en otros aspectos del desarrollo, como en el incremento de las habilidades motoras (Papalia et. al. 2012).

Por otro lado, el razonamiento continúa siendo egocéntrico, sin embargo, aumenta la comprensión del punto de vista de los demás. La inmadurez cognoscitiva produce ideas

ilógicas sobre el mundo. También en esta etapa se consolida la memoria y el lenguaje (Papalia et. al. 2012).

1.2.1.3 Desarrollo psicosocial en la niñez temprana.

En esta etapa del desarrollo el autoconcepto y la comprensión de las emociones se hacen más complejos; también aumenta la independencia, iniciativa y el autocontrol. Por otro lado, se desarrolla la identidad de género, los juegos son más imaginativos y elaborados. Los niños se vuelven más sociables, sin embargo, la familia todavía es el centro de la vida social, aunque otros niños cobran importancia (Papalia et. al. 2012).

1.2.1.4 Desarrollo afectivo en la niñez temprana.

“Todo niño desde que nace necesita del afecto de sus padres, para lograr afianzar su esquema emocional, personal y sensorio-motriz”, el desarrollo afectivo, constituye uno de los factores fundamentales en toda evolución del ser humano, el mismo tiene sus inicios principalmente en el hogar Moreno, Quintero & Méndez (2011). Moreno, Quintero & Méndez (2011) consideran que el desarrollo emocional es importante ya que desempeña diversas funciones como de supervivencia, es adaptativa, figura como medio de comunicación, se considera factor importante en las relaciones sociales, como motivador de la conducta y también se considera importante en el desarrollo moral.

1.2.1.5 Desarrollo físico y del cerebro en la niñez media.

El desarrollo físico de los niños en la niñez media (de 6 a 9 años) la velocidad del crecimiento se ve reducida considerablemente, entre los 5 y 11 años los niños crecen entre 5 y 6 centímetro y duplican su peso. La necesidad de sueño disminuye de aproximadamente 11 horas a los cinco años a 10 horas a los nueve años y 9 horas a los 13 años. En el desarrollo cerebral se nota una pérdida en la densidad de la materia gris en algunas regiones de la corteza cerebral, esto es equilibrado por un incremento de la materia blanca que transmiten

información entre neuronas a regiones distantes del cerebro. Las habilidades motoras continúan progresando (Papalia et al, 2012).

1.2.1.6 Desarrollo Cognoscitivo en la niñez media.

Los niños de esta edad se encuentran en la etapa de las operaciones concretas, en esta etapa ellos pueden realizar operaciones mentales, como el razonamiento para resolver problemas concretos (problemas reales). A partir de esta etapa los niños son capaces de pensar de manera lógica ya que pueden considerar múltiples aspectos de una situación, sin embargo, su pensamiento todavía está limitado a las situaciones reales del aquí y ahora. Mejora la comprensión de los conceptos espaciales, la causalidad, la categorización, el razonamiento inductivo y deductivo, la conservación y el número (Papalia et al, 2012).

1.2.1.7 Desarrollo Psicosocial en la niñez media.

El desarrollo que se da en las cogniciones de los niños permite a los niños desarrollar conceptos más complejos de sí mismo y mejorar la comprensión y el control emocional. En esta etapa de desarrollo los niños alcanzan la tercera etapa del desarrollo del autoconcepto, en estos años, los juicios acerca del yo se vuelven más conscientes, realistas, equilibrados y generales a medida que los niños forman sistemas representacionales, es decir, autoconceptos amplios e inclusivos que integran varios aspectos del yo (Papalia et al, 2012).

1.2.2 Duelo.

El duelo es la pérdida de alguien a quien se considera cercano, el proceso de ajustarse a ella, esto puede afectar casi todos los aspectos de la vida de la persona en duelo. Este duelo por lo general genera un cambio de estatus o rol, y las consecuencias pueden ser sociales y económicas como la pérdida de amigos y en ocasiones de ingreso (Papalia et. al. 2012). León (2011) describe el duelo como la reacción de un individuo ante la pérdida de una persona amada, de una idea o de un proyecto cuyo valor y significado son importantes para el sujeto.

1.2.2.1 El duelo en la vida humana.

Elisabeth Kübler-Ross & Kessler (2017) propone 5 etapas en el duelo, estas etapas han ido evolucionando con el tiempo, la autora describe estas etapas como un instrumento para ayudarnos a enmarcar e identificar lo que se puede estar sintiendo en el proceso de duelo. Las personas no entran ni salen de cada etapa concretamente de forma lineal, incluso, las reacciones o sentimientos de las etapas pueden durar minutos u horas, mientras se oscila de una etapa a otra. Las cinco etapas del duelo se explican a continuación.

Negación. La negación es más simbólica que literal, esto no significa que un individuo sepa que la persona querida ya no está, sino que no puede creerlo. Al principio de esta etapa las personas se pueden quedar paralizados o refugiados en la insensibilidad, se cree que, al principio de una pérdida, la realidad es excesiva para la psique, por lo que se considera como un mecanismo de protección de la psique, se deja entrar únicamente lo que somos capaces de soportar y lo demás se niega. La negación permite a las personas distanciarse momentáneamente del dolor.

Ira. Los sentimientos de ira que se viven en esta etapa no tienen por qué ser lógicos ni válidos, la ira aparece solo cuando las personas se sienten lo bastante seguras como para saber que probablemente sobrevivirán pase lo que pase. El simple hecho de haber sobrevivido a la pérdida resulta sorprendente, con el tiempo van apareciendo más sentimientos como la tristeza, el pánico, el dolor, la soledad, sin embargo, la ira por lo regular es la que más predomina. Se considera que la ira es una etapa necesaria para el proceso curativo. Por lo general, se está más acostumbrado a contener la ira que a expresarla.

Negociación. En esta etapa las personas pueden tener sentimientos o deseos que la vida vuelva a ser como era antes de la pérdida, de retroceder el tiempo. La negociación, por lo general, va acompañada de la culpa. La negociación puede aliviar temporalmente el dolor que

conlleva el duelo, también se considera como una estación intermedia que permite a la psique el tiempo necesario para adaptarse a la pérdida, también permite que las personas crean que pueden restaurar el orden en el caos que los rodea.

Depresión. Aparece la sensación de vacío, el duelo aparece a un nivel más profundo, las personas tienen la impresión que esta etapa va a durar toda la vida. La depresión que aquí se describe no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida.

Aceptación. Esta etapa se confunde a veces con la noción de que las personas se sienten bien o están de acuerdo con lo que ha pasado, y no es así, la mayoría de las personas no se siente bien o de acuerdo con su pérdida. Lo que sucede es que se acepta la realidad de que se ha perdido físicamente algo o alguien, y se reconoce que dicha realidad es la realidad permanente, por lo general las personas no les gusta esta realidad, o no están de acuerdo, pero al final lo aceptan, y aprenden a vivir con ellas. Esta etapa no se refiere a que te gusta la situación, más bien, hace referencia a que las personas sean conscientes de todo lo que se ha perdido y aprender a vivir con dicha pérdida.

1.2.2.2 Duelo en la infancia.

En los estudios desarrollados por James Robertson y Christoph Heinicke y reportados por Bowlby (1986) describen los patrones con los que responden los niños ante la separación con su figura materna. Bowlby (1986) compara la privación materna con el duelo. Kübler-Ross & Kessler (2017) menciona que los niños no cuentan con los recursos ni la experiencia necesarias para integrar la pérdida en su mundo. Bowlby, describe la privación materna con las fases de protesta, desesperación y de apartamiento (de desapego).

- a) En la primera fase, que se le denomina de protesta, el niño al principio solicita, llorando y furioso, que vuelva su madre y parece esperar que tendrá éxito en su petición, esta fase puede durar varios días.
- b) En la fase de desesperación, el niño se tranquiliza, pero para una mirada atenta resulta evidente que se halla tan preocupado como antes por la ausencia materna y que sigue anhelando que vuelva; pero sus esperanzas se han marchitado.
- c) En la última fase, la de desapego, el niño parece olvidar a su madre, de modo que cuando vuelve a buscarle se muestra curiosamente desinteresado por ella e incluso puede aparentar que no la reconoce.

En todas las fases ya descritas el menor incurre fácilmente en rabietas y episodios de comportamiento destructivo, que con frecuencia son de una inquietante violencia (Bowlby, 1986).

Bowlby (1986) describe que la protesta, desesperación y desapego corresponden a todas las formas de duelo infantil. Hace la siguiente comparación, ante una pérdida inesperada, la persona que vive el duelo parece darse siempre una fase de protesta durante la cual, la persona dolida aspira, en la realidad y en sus pensamientos y sentimientos, recuperar a la persona perdida y reprocha su deserción. Durante esta y la fase de desesperación, los sentimientos se tornan ambivalentes, aunque las alternativas de esperanza y desesperación pueden proseguir durante mucho tiempo, a la larga se desarrolla cierto grado de desapego emocional respecto a la persona perdida. Al igual que los adultos, los lactantes y niños pequeños que han perdido a una persona querida experimentan pena y pasan por períodos de duelo.

La pérdida temprana hace el duelo más difícil y puede generar problemas en el desarrollo de la personalidad (Gamo & Pazos, 2009).

1.2.2.3 Elaboración del duelo.

El duelo, en relación con la pérdida definitiva de los seres queridos marca hitos y mojones en las etapas de la vida (Gamo & Pazos, 2009). Sino se le brinda al niño la posibilidad de elaborar la pérdida y restablecer su vida física y emocional, el niño busca de una manera u otra el modo de lograr que el mundo reconozca la deuda que tiene hacia él (Castrillón & Vanegas, 2014).

Las secuencias temporales del proceso de duelo son muy variables, además que pueden reactivarse ante otros duelos, nuevas pérdidas, acontecimientos biográficos, incluso reacciones de aniversario (Gamo & Pazos, 2009). Otros autores de la corriente de Lacan, plantean que un duelo terminado, asumido, corresponde a una especie de asunción de la castración (León, 2011).

La elaboración de las pérdidas (pasadas) comprenden una parte esencial de la terapia basada en el apego, esta elaboración solo puede producirse por efecto de la posibilidad de una “representación”, la persona amada (pérdida) no puede ser recuperada en el mundo externo, pero puede ser “reintegrado” en el mundo interno del paciente, un ejemplo de este proceso, es cuando el terapeuta logra ofrecer una base segura temporalmente, así la ira y la desesperación relacionadas al proceso de duelo pueden negociarse para alcanzar como mínimo una aceptación parcial (Holmes, 2009).

1.2.2.4 Diferentes modelos de duelo desde el psicoanálisis.

1) Desde el modelo de Sigmund Freud, el duelo es visto como un proceso intrapsíquico: una batalla dentro del aparato mental entre las resistencias que atan al objeto perdido y la realidad que desata al objeto y pugna por lo irreversible de la pérdida (Velasco,

2009) (Iglesias & Barranco, 2010), el duelo es la reacción de un sujeto ante la pérdida de una persona amada, de una idea o de un proyecto que son importantes para el sujeto (León, 2011).

El trabajo de duelo de Freud es un trabajo de desapego de las marcas distintivas en virtud de las cuales el objeto perdido estaba integrado a la subjetividad; una vez que este trabajo largo y difícil se concluye, el objeto puede ser sustituto, la movilidad completa de la libido es recuperada y el yo se muestra de nuevo libre y desinhibido (León, 2001).

En el duelo, hablando desde lo económico de la metapsicología del duelo, se refiere a lo cuantificable de la energía psíquica que se tramita por la pérdida de un objeto libidinal, es decir, hacemos duelo de aquellos objetos que, económicamente, son valiosos por lo que se ha invertido libidinalmente en ellos, por lo que el duelo implica quitar cada lazo libidinal que une al doliente con su objeto perdido. En el mismo proceso de duelo, aparece la batalla dinámica cuando se presentan las resistencias que se niegan a perder al objeto, por lo que se pone en marcha diferentes mecanismos de defensa que el sujeto tiene; la dinámica se refiere al conflicto de fuerzas que aceptan la pérdida del objeto y sus contrarias, que no permiten la pérdida del objeto negando la realidad (Velasco, 2009).

2) En la teoría de Melanie Klein, ella considera que el niño pasa por estados mentales que son comparables al duelo de adulto y que estos tempranos duelos se reviven posteriormente, ella lo denomina posición depresiva. Esta posición es una melancolía donde el objeto del duelo es el pecho de la madre (realidad externa) y todo lo que el pecho ha llegado a ser en la mente del niño (realidad interna). La parte más crucial del duelo es la relacionada con la fantasía inconsciente de perder los objetos internos. Todo duelo reactiva en el sujeto la necesidad de reinstalar los objetos buenos internalizados que se habían instalado en las fases tempranas del desarrollo (Velasco, 2009). El trabajo terapéutico se debe centrar

en la reestructuración del objeto interno, además de “desligarse” libidinalmente del objeto externo como lo había planteado Freud (Velasco, 2009).

3) Desde el psicoanálisis relacional el duelo es entendido como un proceso complejo de construcción de significado, donde el sujeto en duelo y su entorno forman una narrativa única para cada duelo, haciendo así una crítica al modelo clásico o prioritariamente intrapsíquico del duelo. De acuerdo con Bleichmar la intervención debe centrarse en la función que el objeto cumplía para el psiquismo que el objeto puede regular (Velasco, 2009).

1.2.2.5 Duelo patológico.

De acuerdo con Freud, el duelo patológico requiere el agente terapéutico-analítico para poder librar la batalla intrapsíquica antes descrita, a comparación del duelo sano, donde es el tiempo el que poco a poco va a restaurar el equilibrio psíquico (Velasco, 2009). Además, identifico dos aspectos por el cual un duelo puede volverse patológico, el primero es por el tipo de elección de objeto, se cree que en tanto más narcisista sea la elección de objeto más susceptibilidad hay de caer en un duelo patológico, ya que el doliente ha invertido gran cantidad libidinal en su elección y siente que al perder al objeto pierde también una parte de su identidad. El segundo aspecto es por la magnitud de la ambivalencia hacia el objeto, en este aspecto se desencadenan procesos patológicos muy complejos como los descritos por Freud en la explicación de la melancolía (Velasco, 2009).

Para Bowlby (1986) el duelo patológico o duelo crónico se caracteriza por respuestas emocionales muy intensas y prolongadas ante la pérdida. La persona afectada es incapaz de planificar su vida y se mantiene en un permanente estado de desorganización (Velasco, 2009). Bowlby fue de los pocos teóricos que estudio el duelo inhibido o duelo retrasado, este se caracteriza por responder ante la pérdida con una ausencia prolongada de aflicción o euforia (Velasco, 2009).

En los casos de duelos patológicos, si fracasa la elaboración del duelo, se producen graves perturbaciones de esta o formaciones patológicas (Gamo & Pazos, 2009).

1.2.3 Apego.

La teoría del apego tiene sus orígenes entre los años treinta y cuarenta, gracias a los trabajos realizados por psicólogos clínicos como Lauretta Bender, John Bowlby y David Levy por mencionar algunos (Bowlby, 1995). En esos mismo años Spitz publicaba sus estudios sobre las características de los niños de pocos meses abandonados por sus madres, criados en instituciones sin ninguna figura materna, ni siquiera sustituta (Garelli & Monturino, 1997).

John Bowlby, en especial, realizó sus estudios de observación en una clínica psicoanalítica de Londres, con niños que presentaban algún trastorno, ahí se convenció de la importancia del vínculo entre la madre y el bebé, oponiéndose a la separación de ellos sin que existiese un buen cuidado sustituto (Papalia et. al 2012).

Años más tarde, en 1963, la Organización Mundial de la Salud publicó una colección de artículos que tuvo una influencia importante en la teoría del apego, esta colección fue titulada “privación del cuidado materno” ahí se examinaron los múltiples efectos de las experiencias de la ausencia de la figura materna en los niños. El artículo más amplio en esta colección fue el de Mary Ainsworth (Bowlby, 1995).

Bowlby (1995) describe la conducta de apego cómo: “Cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (pág. 37). Él, intentó explicar con su teoría la conducta de apego y los apegos duraderos que los niños y otros individuos tienen con otras personas determinadas.

En la actualidad son diversos autores que se han dedicado a estudiar el apego, tomando como referencia las aportaciones de Bowlby y Mary Ainsworth.

Papalia et al (2012) definen el apego como el vínculo emocional recíproco y duradero entre el infante y su cuidador, cada uno de los cuales contribuye a enriquecer la calidad de la relación. Para Barudy y Dantagnan, (2005) el apego es el vínculo que se establece entre el niño y sus padres o cuidadores, que se da a través de un proceso relacional, donde el bebé es primeramente sensorial durante la vida intrauterina, pero apenas ocurrido el nacimiento, rápidamente se impregna según la reacción afectiva del adulto, esta relación puede ser positiva o negativa según los contextos y las experiencias de vida de la madre y secundariamente del padre. Por otro lado, López (2009) define al apego, como el vínculo afectivo por excelencia, que establecen los niños y niñas durante el primer año de vida con las personas que los cuidan, con uno o varios cuidadores, y mantienen este vínculo toda la vida con esas personas.

Por lo general, se describe a la madre como la figura de apego central, ya que ésta por lo regular es la que provee los cuidados básicos de su hijo, sin embargo, ellos buscan otras figuras subsidiarias como hermanos mayores y abuelos. Esta figura central es buscada para satisfacer las necesidades de afecto, hambre, sueño, cuando se siente asustado o cuando no sabe con certeza donde se encuentra (Amar & Berdugo, 2006).

Cuando el apego se desarrolla de manera sana, el niño o niña reaccionará normalmente con ansiedad ante la separación o la ausencia de su figura de apego, pero calmándose y mostrando alegría en el reencuentro. La interiorización de una figura estable y disponible, por separada de sí mismo, permite al niño o a la niña utilizar a ésta como base de seguridad para explorar su entorno y a los extraños (Barudy & Dantagnan, 2005).

1.2.3.1 Formación del apego.

Bowlby (1986) describe la formación del apego:

- a) Primeros meses de vida: El lactante va aprendiendo a diferenciar una determinada figura, por lo general es la de su madre, con esto va desarrollando una intensa tendencia a estar en su compañía.
- b) Después de los 6 meses: Muestra su preferencia hacia la madre de un modo inconfundible. A la edad de un año otras figuras pueden adquirir importancia.
- c) 6 meses a los tres años: El niño está estrechamente vinculado a su figura materna, lo cual equivale a que está contento con su compañía y disgustado en su ausencia. En estos años, una separación momentánea da lugar, con frecuencia, a que proteste y las separaciones prolongadas siempre provocan en él esta respuesta.
- d) A los tres años: En este tiempo el comportamiento de apego es provocado menos rápidamente que antes, aunque el cambio lo es tan sólo de grado.

Sánchez (2012) señala 4 fases en la formación del apego

1. Fase de preapego (nacimiento-2 meses): Se presentan conductas y señas dirigidas al niño que permiten establecer contacto con las personas que lo rodean o que le sugieren proximidad. Esta etapa para los niños es indiferente si están o no con el cuidador ya que aún no se encuentran apegados.

2. Fase de formación del apego (2-8 meses): Las respuestas del niño serán diferente si encuentra con algún adulto conocido o con algún desconocido. Conforme se va dando la interacción entre cuidador y niño, este último va entendiendo que sus conductas influyen en la conducta de quienes le rodean, desarrollando así la expectativa de que sus cuidadores respondan a sus necesidades cuando el niño lo solicite.

3. Fase del apego bien definido (8 meses-2 años): En estos meses se presenta la ansiedad por separación, esta etapa es muy importante ya que el niño utiliza a su cuidador

principal como una base segura para la exploración, lo cual es un apoyo emocional de gran importancia.

4. Formación de la relación recíproca (2 años en adelante): El niño comienza a comprender la ausencia de la madre o cuidador debido a la ampliación de las representaciones del lenguaje, y con esto disminuye la protesta por la separación con el cuidador principal.

De acuerdo con Shaffer & Kipp (2013) el apego se desarrolla de la siguiente manera:

- a. La fase asocial, del nacimiento a las 6 semanas. En esta fase todos los estímulos sociales y no sociales producen una reacción favorable, sin distinción. Al finalizar este periodo los bebés comienzan a mostrar una preferencia por estímulos sociales como un rostro sonriente.
- b. La fase de los apegos indiscriminados, de 6 semanas a 6 o 7 meses. Se puede observar la preferencia marcada de los bebés al disfrutar la compañía de las personas. En esta fase los bebés sonríen más a las personas que algún objeto realista como muñecos. Alrededor de los 3 a 6 meses los bebés guardan sus mayores sonrisas para compañeros familiares, rápidamente son calmados por un cuidador regular, parecen disfrutar de la atención que reciben de casi cualquier persona.
- c. La fase de apego específico, entre los 7 y 9 meses. En esta fase los bebés comienzan a protestar cuando los separan de un individuo en particular, la mayoría de las veces es la madre, se vuelven cautelosos con los extraños, según Shaffer y Kipp, a partir de esta fase se considera que los bebés han establecido sus primeros apegos genuinos. Los bebés necesitan confiar en otra persona para sentirse seguros de actuar independientemente.
- d. La fase de apegos múltiples entre los 9 y 18 meses. En esta fase los bebés comienzan a ser más independientes y son capaces de establecer múltiples apegos.

1.2.3.2 La importancia de la vinculación en la vida.

La conducta de apego se puede observar a lo largo de la vida, en especial, en situaciones de emergencia (Bowlby, 1995), incluso existen datos que indican cierta continuidad entre los modelos de apego construidos en la infancia y los manifestados en la adolescencia (Oliva, 2011).

Bowlby planteó la hipótesis de que la necesidad de vinculación entre el niño y su madre constituyen una necesidad primaria y fundamental en el desarrollo de la personalidad que cumple una función de supervivencia y protección para el niño (Amar & Berdugo, 2006). Cuando un vínculo de apego se ve perjudicado se produce la tristeza y algunas veces la depresión, si está amenazado se produce ira y angustia (Holmes, 2009).

Cada miembro de una pareja vinculada tiende a permanecer próximo al otro y a provocar un comportamiento mantenedor o conservador de la proximidad en la pareja, los individuos que no están vinculados no muestran esta tendencia. El rasgo esencial de la vinculación afectiva consiste en que los dos participantes tienden a permanecer en mutua proximidad, si por alguna razón están apartados, cada uno de ellos buscará más pronto o más tarde al otro, restableciendo así la proximidad (Bowlby, 1986). De acuerdo con Holmes, (2009) “nos sentimos bien con respecto a nosotros mismos en la medida en que nos sentimos partes de una red familiar y relacional y somos valorados dentro de esa red”.

Mary Ainsworth y sus colaboradores, describieron tres patrones principales de apego, estos son el apego seguro, apego evasivo y apego ambivalente o resistente, sin embargo, hay algunos autores que describen un patrón más de apego que es el apego desorganizado (López, 2009; Papalia et al 2012; Gayá, Morelo y Gil, 2014).

1.2.3.3 Tipos de apego.

- Apego seguro.

De acuerdo con Mary Ainsworth, (Bowlby, 1995) en el apego seguro el sujeto confía en que sus padres (o cuidadores) serán accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación de peligro o atemorizante. Esta seguridad brindada por el padre o cuidador apoya a que el sujeto se atreva a realizar exploraciones del mundo. Este patrón de apego se ve desarrollado en los primeros años de vida del sujeto, principalmente cuando la madre se muestra accesible ante el niño o niña, sensible a las señales que él o ella emita, y cuando se muestra amorosamente sensible cuando el infante está en busca de protección y/o consuelo (Bowlby, 1995).

Vondra y Barnett, (1999, en Papalia et al 2012) describen los hallazgos encontrados en los estudios realizados por Ainsworth y colaboradores. Estos últimos encontraron que los bebés con apego seguro lloran o protestan cuando el cuidador sale, pero son capaces de obtener el consuelo que necesitan y demostrar con eficacia y prontitud flexibilidad y resiliencia cuando enfrentan situaciones estresantes, son cooperativos y se muestran poco irritables. El apego seguro permite en los individuos la capacidad de reflexión sobre los estados mentales de uno mismo y de los demás (Holmes, 2009).

- Apego ansioso-ambivalente.

También conocido como apego ansioso-resistente, en este, el sujeto está inseguro de si su padre o cuidador será accesible, se mostrará sensible o brindará ayuda cuando lo necesite, a causa de esta incertidumbre, siempre presenta una tendencia a la separación ansiosa, puede ser propenso al aferramiento y se muestra ansioso o ansiosa ante la exploración del mundo (Bowlby, 1995). Este tipo de patrón de apego se desarrolla cuando el padre o cuidador se

muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones, pero en otras no, también se alimenta de las separaciones y por las amenazas de abandono utilizadas por los padres o cuidadores como medidas de control conductual (Bowlby, 1995).

Respecto a los trabajos realizados por Ainsworth y colaboradores, en el apego ambivalente (o resistente) se observó que los bebés con este patrón de apego muestran ansiedad incluso antes de que el cuidador salga y se muestran más molestos cuando el cuidador sale, cuando regresa los bebés demuestran mucho enojo al tratar de establecer contacto otra vez con el cuidador a la vez que se resisten a él con patadas u otra conducta (Vondra & Barnett, 1999 en Papalia et al 2012).

- *Apego evasivo o evitativo.*

En este patrón de apego el niño o la niña no confía que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial, sino que, por el contrario, espera sea desairado (Bowlby, 1995). Cuando este niño o niña intenta vivir sin el amor y apoyo de otras personas e intenta volverse emocionalmente autosuficiente, más tarde puede ser diagnosticado como narcisista o falso sí-mismo como lo describe Winnicott. Este patrón de apego se desarrolla cuando existe un constante rechazo por parte de la madre cuando el niño o niña se acerca a ella en busca de consuelo y protección, también se desarrolla en casos más extremos como consecuencia de los rechazos repetidos (Bowlby, 1995).

En las observaciones realizadas por Ainsworth en la “Situación extraña”, ella describe que los bebés con apego evasivo no se muestran afectados cuando el cuidador sale o regresa, además que demuestran poca emoción positiva o negativa (Vondra & Barnett, 1999 en Papalia et al 2012). Los niños con apego evasivo no muestran enfado ni ansiedad cuando la madre se va de la sala, sino cuando se quedan solos. No se pueden resistir al contacto físico

con su madre, pero se acercan sin ninguna prisa a saludarla y no les provoca ninguna reacción especial de alegría (Amar & Berdugo, 2006).

- *Apego desorganizado.*

Se estima que este patrón de apego se presenta al menos en un 10% de los niños de bajo riesgo (Vondra & Barnett, 1999 en Papalia et al 2012). Este tipo de apego se asocia con cuidados traumáticos (Holmes, 2009). Este patrón de apego es el menos seguro, (Papalia et al 2012) al parecer, los niños con este patrón de apego carecen de estrategias para afrontar con el estrés que puede provocar la situación extraña, estos niños o niñas muestran conductas contradictorias, repetitivas o mal dirigidas, incluso pueden saludar con mucha alegría a la madre cuando regresa pero luego puede darle la espalda o se acercan sin mirarla, estos niños o niñas pueden mostrarse confusos y temerosos (Carlson, 1988; van Ijzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg, 1999 en Papalia et al 2012). Parece reflejar una gran inseguridad en el vínculo con la madre. La mayoría de los niños no suelen mirar a su madre cuando les coge en brazos y mantienen una expresión facial atónita (Amar & Berdugo, 2006).

En el apego desorganizado el niño o niña presenta conductas contradictorias o incoherentes en el comportamiento y estrategias de atención, al mismo tiempo o de manera rápida, cuando la persona con la que estableció el apego se separa del infante (Gayá et al., 2014). Además de esto, el apego desorganizado produce niños desconfiados, con comportamientos disruptivos y violentos, incapaces de crecer con los demás y para los demás (Barudy & Dantagnan, 2005). Algunas de las perturbaciones que se presentan en el apego desorganizado dificultan el trabajo terapéutico y educativo, sobre todo en la adolescencia. Los adolescentes con este tipo de apego desorganizado terminan estigmatizados como los

responsables de su sufrimiento y cuando sus trastornos de comportamiento perturban el orden social son castigados y excluidos (Barudy & Dantagnan, 2005).

Los apegos desorganizados se asocian con los cuidados traumáticos, las respuestas desorganizadas y poco coherentes surgen cuando el cuidador mismo es la fuente de la amenaza (Holmes, 2009).

1.2.3.4 Modelos internos de trabajo.

Actualmente las investigaciones de apego se centran en el conocimiento y comprensión del contenido de los modelos internos de trabajo infantiles, o conocido como el estudio del nivel representacional del Apego, este es uno de los campos más fructíferos de trabajo dentro del Apego (Sierra, 2011).

Los modelos internos de trabajo son explicados como la elaboración que hace el individuo de modelos del mundo y de sí mismo, con estos modelos percibe los hechos producidos, prevé el futuro y elabora sus planes (Amar & Berdugo, 2006). Holmes (2009) describe estos modelos como un constructo más “cognitivo” que el mundo psicoanalítico como tal, y consiste en esquemas afectivos asociados con los otros significativos. Para producir o representar estos modelos internos de trabajo una de las características claves que tiene que desarrollar el sujeto es, el criterio del individuo para establecer quiénes son sus figuras de apego, dónde puede encontrarlas y que puede esperar de ellas (Amar & Berdugo, 2006).

Las representaciones, conocidas como modelos internos de trabajo se refieren a la percepción que tienen los niños de la disponibilidad de su cuidador, quién es su figura de apego, dónde puede encontrarla, cómo espera que responda y qué tan apropiadas son las respuestas de su cuidador a sus necesidades cuando enfrentan situaciones de amenaza. La importancia de estos modelos radica en que se convierte en prototipo de las relaciones

afectivas que el niño construirá en la adolescencia y en la adultez (Urrego, Restrepo, Pinzón, Acosta, Díaz & Bonilla, 2014). Un ejemplo de esto son los niños que han establecido relaciones de apego con adultos que los han rechazado o ignorado, por lo cual, han ido desarrollando modelos internos de apego caracterizados por expectativas negativas sobre los adultos, como una posibilidad de desprotección o inseguridad, sobre sí mismo, como sino merecieran amor y protección (Román & Palacios, 2011).

1.2.3.5 Base segura.

Las conductas de base segura se consideran importantes ya que provee protección al niño en situaciones de peligro y garantiza su supervivencia (Bowlby 1969 en Salinas, Morales, Castro, Juárez, Posada & Carbonell 2015).

Los primeros autores que intentaron explicar la base segura le daban mayor importancia a la parte conductual, haciendo referencia al cuidador que es capaz de proporcionar al niño la protección necesaria. Mas tarde, el término de base segura comenzó a considerarse también como una representación de la seguridad dentro de la psique de la persona (Holmes, 2009).

La base segura hacía referencia originalmente a la persona a la cual el bebé busca cuando está angustiado, de acuerdo a cómo sea la respuesta de este cuidador es el apego que se va a desarrollar, por lo tanto, el apego que se desarrolla puede ser el seguro o inseguro (Holmes, 2009). Van Ijendoorm y Sagi (1999) en Holmes (2009) proponen que alrededor del 70% de las personas establecen apegos seguros, el resto, apegos inseguros, entre los cuales están los evitativos, ambivalentes y desorganizados. Bowlby (1995) describe la base segura como un rol que los padres desempeñan y se refiere a “ser accesibles, estar preparado para resolver cuando se le pide aliento, y tal vez ayudar, pero intervenir activamente sólo cuando es evidentemente necesario” (pág. 24).

Los terapeutas intentan crear algunos parámetros de base segura en sus relaciones con los pacientes a través de la fiabilidad, responsividad, proximidad no posesiva, límites firmes, con esto se espera que los pacientes internalicen la terapia como el lugar en la psique al que el paciente pueda recurrir cuando lo necesite (Holmes, 2009).

Holmes (2009) propone una serie de elementos a considerar en la práctica clínica de la psicoterapia desde la perspectiva del apego:

1. Sintonización: Poder atender a los sentimientos del paciente y al mismo tiempo, a los propios (terapeuta) sentimientos a medida que se producen en un encuentro es esencial.
2. Proximidad emocional. La activación del afecto, tanto si es de tristeza y llanto, ira o miedo, durante las sesiones es un recurso crucial mediante el que se logra la proximidad emocional y brota de los esfuerzos de sintonización del terapeuta.
3. Formación y mantenimiento de la alianza terapéutica. Una tarea fundamental en cualquier enfoque es la alianza terapéutica, es lograr que el paciente se siente comprometido con la terapia y confié en que el terapeuta pueda ayudarlo, sin alianza terapéutica no puede existir una base segura, y sin una base segura no puede existir la exploración.
4. Desafío. El terapeuta debe desafiar las presunciones habituales y los patrones relacionales y crear suficientes turbulencias y los patrones relacionales y crear suficientes turbulencias para que emerjan nuevas estructuras.
5. Equilibrio. Conducir a los pacientes a una posición equilibrada entre ellos mismos y el mundo. Con el terapeuta no deben estar ni demasiado cerca ni demasiado lejos. El terapeuta logra el equilibrio de formas diferentes con diversos aspectos del estilo de apego.

6. La libertad de movimiento del terapeuta. El terapeuta debe ayudar al paciente a confiar en sí mismo, a saber, que la seguridad sólo puede alcanzarse desde el reconocimiento de la inexistencia de seguridad absoluta, y que la capacidad de elección es lo que nos hace libres, no al aferrarnos ni a nosotros mismos ni a ninguna otra persona.
7. Aptitud o capacidad negativa. Como terapeuta a veces no se sabe que es lo que le pasa al paciente, el profesional debe ser capaz de tolerar ese estado, teniendo la seguridad de que en algún momento surgirá el sentido. Incluso se puede ser sincero con el paciente diciendo frases como “no entiendo completamente a qué te refieres con eso...” mostrando humildad, de esta manera se puede ayudar al paciente a sentirse más seguro, más expuesto a reflexionar y con mayor control.
8. La mente pensante. El terapeuta debe ser capaz de comunicar al paciente que está ahí, usando la mente para pensar acerca de lo que está ocurriendo en la mente del paciente, tratando de comprender y contener la representación mental de sus sentimientos, colocarlos en palabras y que todo esto haga sentir al paciente que está siendo comprendido. La seguridad emocional muchas veces se da al sentirse comprendidos de esta forma.

1.2.4 Separación y privación materna.

Los primeros teóricos dedicados a estudiar los efectos de la privación de alguna de las figuras parentales, cuando comenzaron con los estudios de apego, fueron Bowlby, Spitz, David Levy, entre otros (Bowlby, 1995) (Bengoechea, 1996). En los años 30 Bühler, Gesell y Thompson y Jones, documentaron los cambios del desarrollo en los niños que son frecuentemente incongruentes con los estímulos que los producen, un ejemplo fue la sonrisa de los lactantes menores que por no tener integración cortical se considera refleja (Souza &

Escotto, 1985). La conciencia que existía en la sociedad en general sobre el efecto de las separaciones tempranas para el futuro desarrollo sano del niño ha ido atenuándose desde la Segunda Guerra Mundial hasta hoy en día (Garelli & Montuori, 1997).

Muchos de los teóricos en esa época se interesaron por estudiar la ruptura del vínculo materno-filial y los efectos negativos en los niños, justamente es este interés lo que hizo surgir las observaciones e investigaciones que finalmente dieron origen a la teoría del Apego (Garelli & Montuori, 1997). En las primeras investigaciones que se realizaron se considera que el estudio orientado hacia la privación materna, tomando a la madre como el eje referencial, organizador y mediador por excelencia ante el hijo, es parte de la investigación tradicional, este papel fundamental de la madre está claramente vinculado a la función de crianza, que, al mismo tiempo, aparecía estrechamente unida a la de maternidad. Con el paso de los años, y en específico en los años 70 se han abierto otras líneas de investigación respecto a otras figuras igualmente de significativas como el de la madre, y estas son la figura del padre y de los hermanos (Bengoechea, 1996).

Bowlby (1986) consideraba que la mayoría de los niños sufren pocas rupturas en la vinculación primaria en los primeros años de vida. En la actualidad se sabe que las experiencias tempranas de algunos niños se ven marcadas con negligencia, maltrato y algunas veces con el abandono (Román & Palacios, 2011). Por lo que es importante mencionar que existe una minoría de niños que experimentan rupturas en este sentido, sus madres pueden abandonarlo, fallecer, pueden ser ingresadas en un hospital u otra institución, las experiencias que se contemplan dentro del concepto de privación materna son múltiples y variadas, ya que existen diferentes tipos de rupturas, pueden ser prolongadas o breves, únicas o repetidas (Bowlby, 1986).

En la obra “Los cuidados maternos y la salud mental” Bowlby (1954) define la privación materna como la ausencia de la relación materno-filial. Comprende diferentes situaciones, por ejemplo, a un niño se le considera “privado” cuando vive en el mismo hogar que su madre y esta es incapaz de proporcionarle el amoroso cuidado que la infancia necesita, al igual que se considera “privado” al niño cuando por cualquier motivo se le separa del cuidado materno. Bengoechea (1996) habla de la privación parental refiriéndose no sólo a la pérdida, por parte del hijo, de uno de sus progenitores a causa del divorcio o una separación, sino que también incluye a los niños que viven privación por muerte de uno u ambos padres, incluyendo también aquellos niños que han sido abandonados por sus padres. Otros autores lo denominan *deprivación*, haciendo referencia a la pérdida o falla en el ambiente cuidador del niño que se presenta por un periodo prolongado y supera las capacidades del niño para elaborar dicha pérdida (Castrillón & Vanegas, 2014).

Bowlby describe en el libro “Vínculos afectivos formación, desarrollo y pérdida” la importancia o lo preocupante que puede llegar hacer la pérdida de la figura materna durante el período comprendido entre aproximadamente los 6 meses y los 6 años de edad. Él describe cómo se van formando los vínculos afectivos. Además, se entiende la privación como una estimulación inadecuada que produce la falta de respuesta positiva emocional y la falta del involucramiento afectivo correspondiente (Souza & Escotto, 1985).

1.2.4.1 Efectos de la separación o privación materna.

El efecto de la privación resulta relativamente leve si el niño es atendido por alguien con quien se ha encariñado y en quien confía, pero puede ser grave si la madre adoptiva, aun cuando sea amable, le es extraña (Bowlby, 1954). Cyrulnik (2005) señala que cuanto más larga sea la separación, más difícil será la mejoría. Sobre todo, porque cada niño tiene reacciones muy diferentes.

Cuando un niño se ve privado del cuidado materno su desarrollo es casi siempre retardado física, intelectual y socialmente, así como pueden aparecer síntomas de enfermedades mentales y físicas, incluso para algunos niños esta privación les afecta para toda la vida (Bowlby, 1954). También genera en el niño el desarrollo de una personalidad en una dirección que lleva a la caída depresiva, pero una fantasía puede organizar un patrón de comportamiento y obtener su fuerza modeladora en el vínculo afectivo (Cyrulnik, 2005).

Bowlby señala que dos síndromes psiquiátricos y dos clases de síntomas asociados van precedidos por una elevada incidencia de rupturas de vínculos afectivos durante la infancia, estos síndromes son la personalidad psicopática y depresión; los síntomas se refieren a la delincuencia persistente y suicidio.

Otros efectos de la privación pueden ser la ansiedad aguda, excesivo anhelo de amor, sentimientos de venganza y, como consecuencia de éstos, los de culpabilidad y depresión (Bowlby, 1954), Castrillón & Vanegas (2014) reportan que algunos efectos pueden ser la aparición de angustias primitivas, un estado de confusión, desesperanza y se hace presente el sentimiento de desamparo.

La privación de estímulos afectivos a largo plazo involucra muchos factores, como disturbios emocionales en la adolescencia y edad adulta, sin embargo, algunas veces pueden ser modificaciones y tornarse reversibles por medio de la intervención apropiada, su grado de reversibilidad es variable de acuerdo con el momento del desarrollo en el que ocurre la intervención y al tipo de ésta (Souza & Escotto, 1985). Un niño en una situación de pérdida materna o deprivado, espera que alguien lo sostenga, así como una restitución del vínculo confiable que ha perdido, ya sea de su madre o de la familia primaria (Castrillón & Vanegas, 2014), si esto falla, el niño va a buscar el modo de llenar ese vacío con reclamos al ambiente

presentando sintomatología de la conducta antisocial: las conductas agresivas, la mentira, el robo, la compulsión a la crueldad, hasta la psicopatía.

Rutter (1990) definió los efectos de la privación materna en dos momentos, el primero llamado efectos de “corto plazo” y el otro de “largo plazo”. Los efectos de corto plazo se refieren a la respuesta inmediata a una experiencia de privación y la conducta mostrada en los meses siguientes. Los efectos de largo plazo son aquellos advertidos unos años más tarde, después de un breve período de privación o tras una privación continua y prolongada.

Schaffer en 1985 (Moreno, Quintero & Méndez, 2011) destaca que las mujeres que han experimentado la privación afectiva materna están más condicionadas a tener hijos que vivan esta misma privación.

1.2.5 Función de la figura materna.

Bengoechea (1996), entiende o describe a la figura de la “madre” no sólo como la persona biológica, sino también incluyendo a cualquier cuidador del niño, cuya ausencia produce una ansiedad por separación. Barreiro, Foscarini, Katz, Podgaetzky & Varas (2006) definen la función materna como la capacidad de acción que de la persona que ocupa el lugar de la madre. De acuerdo con estas definiciones se entiende como figura materna al cuidador que satisfaga las necesidades básicas de alimentación, físicas y emocionales, y que establece un vínculo con el menor. Esta figura materna se caracteriza por una serie de elementos necesarios para el desarrollo del niño, como brindar sostén emocional.

El sostén o el holding como lo nombra Winnicot (en Sáinz, 2017), es reconocida como una función materna primordial, no solo se refiere a sostener físicamente al niño, tenerlo en brazos o adormecer, sino que también implica mirarlo, hablarle al niño, acariciarlo, mimarlo, por lo que también implica el sostén corporal, pero igual emocional y afectivo, así como estar en empatía con el infante (Aranda, Ochoa & Lezama, 2013). La función de sostén se refiere al

acompañamiento de los hijos en las distintas etapas de la vida, en específico con los cuidados físicos y psíquicos, con la contención y ayuda en el control de emociones, con la transmisión de los efectos, de la cultura o historia familiar (Ginestar, Otto, Rodríguez & Geretto, 2012).

El holding supone, mantener al niño a resguardo de sucesos impredecibles y que como consecuencia puedan llegar a ser traumáticos que interrumpen la continuidad de existir. Así como proveer apoyo y/o en el estado de dependencia absoluta, y que es anterior a que se afirme la integración del yo (Aranda, Ochoa & Lezama, 2013).

Además del holding, la madre o figura materna dota al niño los elementos de realidad con que construir la imagen psíquica del mundo externo (Aranda, Ochoa & Lezama, 2013). En los primeros meses de vida, los niños se encuentran en un estado de dependencia, que va desde la dependencia absoluta hasta evolucionar hasta la independencia. Al inicio se encuentra una incapacidad por parte del bebé para tomar conciencia de su dependencia, con el tiempo se transforma a dependencia relativa, ya que el menor puede percatarse de sus necesidades y de los pormenores del cuidado materno. Se espera que en la transición hasta la independencia el niño establezca tres logros, la integración, personalización y los comienzos de la relación de objeto, no son consecutivos estos logros sino más bien interdependientes (Aranda, Ochoa & Lezama, 2013).

Otro elemento por el cual es importante que la figura materna ofrezca el holding o sostén de debe a que la figura materna actúa como fuente constante de apoyo y seguridad para el niño, entonces el niño puede desarrollar su capacidad de dar y de reparar, lo que permitirá dominar el temor a la pérdida del objeto y minimizar la culpabilidad generada por sus impulsos agresivos (Castrillón & Vanegas, 2014). De acuerdo con Winnicott (Sáinz, 2017) “si la figura materna es un espejo para el niño, también el pequeño lo es para ella” de ahí las identificaciones cruzadas de Winnicott: dos seres que se reconocen en sus miradas y se

verifican como personas capaces de influenciarse mutuamente, es decir, de despertar emociones y sentimientos de una forma bidireccional. La relación interpersonal tiene que ver con el reconocimiento mutuo del uno y del otro en tanto que sean sujetos capaces de sentir y de hacer sentir al otro (Sáinz, 2017).

Winnicott se refiere a las madres suficientemente buenas como aquellas madres capaces de desarrollar las funciones maternas, pero que al mismo tiempo pueda frustrar, esto es para que el niño pueda transitar desde una dependencia absoluta hasta un estado de independencia (Aranda, Ochoa & Lezama, 2013).

1.2.5.1 Función materna y superyó.

Negro (2012) explica el superyó materno que Lacan propuso, de acuerdo con esto, la relación que establece la madre con el niño ayuda a incorporar el término de temporalidad presencia-ausencia, que al mismo tiempo introduce al niño a la estructura del lenguaje, cuando aparece la respuesta materna a las demandas del niño hace que el niño se identifique a sí mismo como el sujeto. Esta interacción de presencia-ausencia entre figura materna y niño, se considera singular y específico ya que es contingente porque depende de cada madre. Continuando con esto, para el niño este proceso de ausencia-presencia puede llegar a verse como un tipo de “capricho”, ya que para el niño, la madre de repente responde al “capricho”, por lo que el menor puede llegar a imaginar que depende absolutamente de él la voluntad de la madre, de esta manera se instala así la “dimensión de la contingencia puesta en juego por la particularidad de esa madre en la relación con ese niño”, este proceso se considera el primer eslabón para el desarrollo psíquico del niño, el efecto que puede provocar de manera inmediata la respuesta a este “capricho” es la frustración de la demanda del niño.

Se considera que existen tres elementos importantes para la constitución del psiquismo, los cuales son: el pasaje del objeto de necesidad al objeto simbólico, el nacimiento de la pulsión y el superyó materno. A continuación, se describen cada uno de ellos.

El pasaje de objeto de necesidad al objeto simbólico. El objeto que antes era simplemente un objeto que satisface las necesidades del niño, se transforma en un objeto que representa la buena disposición de la madre a satisfacer las demandas del niño. El objeto pierde su valor de sí mismo ya que pasa a ser un objeto de amor o desamor, depende de la respuesta de la madre, y es visto como signo de amor, un objeto simbólico y de intercambio.

El nacimiento de la pulsión. El menor se apega a lo real del objeto, “la pulsión se dirige al objeto real como parte del simbólico”. El niño toma del objeto la materialidad para hacer de la relación con esta materialidad la compensación de la relación de amor con la madre. Como no se tiene el amor de la madre, pero se tiene su pecho u otra materialidad, que adquiere un carácter simbólico, ahí nace la oralidad, por ejemplo. Como consecuencia de la frustración de amor, la madre puede pasar a funcionar como un objeto real, ya no como simbólico, ahora es visto como un objeto pulsional, el niño se refugia en la pulsión, en su actividad y su objeto, entonces este objeto real funciona representando al objeto simbólico que no se tiene, un ejemplo de esto es aferrarse al pecho de la madre, Lacan llama a esta pulsión “degradación del intercambio simbólico”, pero también funciona para sostenerlo para que funcione cuando el orden simbólico falla.

El superyó materno. De acuerdo con Lacan, si lo que se toma de la materialidad del objeto real es la palabra entonces se están refiriendo a la pulsión del superyó. Se puede definir al superyó cuando el sujeto recibe las palabras de la madre que están relacionadas al punto de contingencia en el traspaso que ella hace del orden simbólico que la precede, ese punto de contingencia es el núcleo traumático, un real imposible de simbolizar.

1.2.6 La importancia de la reparación del vínculo afectivo y emocional en la infancia.

Se considera el apego como un sistema motivacional primario y su pérdida desencadena una serie de respuestas que todos los seres humanos realizan. A partir de esta elaboración del duelo, dependiendo si fue un duelo sano o patológico se explican diversas patologías en el adulto (Legaz, 2003). Otras situaciones que viven los niños como duelo es cuando la madre no provee la protección y el holding necesario al frágil yo del niño, este percibirá esta carencia de la función materna y percibirá al ambiente como algo amenazante, que pone en peligro su existencia, lo que le provocara la vivencia subjetiva de que todas sus percepciones y actividades motrices son una respuesta ante el peligro al que se ve expuesto (Aranda, Ochoa & Lezama, 2013).

Un pequeño que ha perdido a su figura de apego primero deberá de elaborar la pérdida para después construir una segunda vinculación saludable (Legaz, 2003). Se ha estudiado que los efectos en niños que han vivido la privación materna posterior al primer año de vida van a depender de los vínculos que estableció durante los dos primeros años de vida, si estos vínculos fueron buenos y hay una figura sustituta es probable que el niño logre establecer buenos lazos afectivos, sin embargo, si las experiencias anteriores han sido malas es poco probable que genere buenos lazos (Rosas, Gallardo & Díaz, 2000). El niño que ha sido recibido por una familia acogedora, que se ha vinculado con sus nuevos cuidadores, recupera un espacio que le permite establecer nuevos vínculos, repitiendo ahora un patrón de vinculación sana.

Castrillón & Vanegas (2014) describe el vínculo reparador como un “proceso intersubjetivo donde está presente la capacidad del ambiente para resarcir el daño causado y los recursos psíquicos de los niños deprivados para aceptar la reparación ofrecida por el

ambiente”. La reparación psicológica involucra un proceso complejo, Winnicott retoma lo propuesto por la posición depresiva propuesta por Melanie Klein, él pone énfasis en los aspectos madurativos normales con el término de Ciclo Benigno, es decir, en todo vínculo se llegan a presentar fallas que descompensan a una de las partes, generando frustración, ambivalencia, impulsos destructivos, culpa y reclamos que configuran la demanda de reparación (Castrillón & Vanegas, 2014).

1.2.7 Psicoterapia.

La psicoterapia se puede definir como “todas aquellas acciones, técnicas y métodos que utiliza el especialista para ejercer una influencia en el sujeto, que le permita establecer un equilibrio psicológico con el entorno, en el cual los mecanismos que ha asumido ese sujeto no le provoquen displacer-daño, o violen las normas sociales provocando dificultades en la comunicación con los otros” (García, 2013, p. 48 en De Jongh, 2017). Lopera, 2017 ofrece la definición de psicoterapia como “un tratamiento del alma con el propósito de moderar el sufrimiento o de transmitir una actitud ante la existencia”.

La psicoterapia infantil implica aspectos esencialmente distintos, lo cual impone al psicoterapeuta retos muy difíciles, al igual que demanda requerimientos muy específicos, para desarrollar con éxito la labor profesional (De Jongh, 2017).

1.2.7.1 Terapia psicoanalítica (o psicodinámica) para niños.

Se puede definir la psicoterapia psicoanalítica para niños como el proceso en el que se ayuda a un pequeño o joven a resolver algún problema emocional, de comportamiento o de la relación interpersonal, por medio de la relación que establece con un terapeuta, con el propósito de hacer posible un cambio interno que le permita reducir su angustia, corregir un comportamiento indeseable o poco adaptativo, o mejorar el tipo que se puede obtener un

método preciso de evaluación al eliminarse en lo posible la ambigüedad en la comunicación producida por los patrones de la psicopatología (Salles, 2003).

En la terapia psicodinámica, de acuerdo con algunos postulados derivados de autores como Melanie Klein, Bion, Anna Freud, Winnicott, entre otros, se busca que la relación terapéutica pueda crear las condiciones más favorables posibles para que el paciente pueda desplegarse (Lopera, 2017).

La psicoterapia psicodinámica utiliza una variedad de métodos para lograr cambios, estos métodos pueden ser la exploración, expresión, diferentes formas de terapia de juego o asesoría directa, entre otros (Salles, 2003).

En la terapia se trabaja mediante la comprensión y la autoobservación, lo que permite a los niños desarrollar más sus potenciales, al liberar la energía psíquica que presumiblemente se utiliza para defensas en contra de los peligros fantaseados, y empleara así en forma más constructiva. Por lo general los pequeños pacientes no están conscientes de estos peligros irreales, de sus miedos y de las defensas psicológicas que utilizan para evitar tanto el peligro como el miedo (Salles, 2003).

1.2.7.2 Psicoanálisis relacional.

El psicoanálisis relacional es un paradigma relativamente nuevo en el mundo del psicoanálisis, se estima que sus orígenes se remontan a los últimos 20 años (Velasco, 2009). De los autores más destacados o que más relevancia han tenido sus escritos para la formación de esta corriente en psicoanálisis se mencionan a Jay Grennberg y Stephen Mitchell, algunas de las obras más destacadas de estos autores son “Las relaciones de Objeto en la Teoría Psicoanalítica” publicado en 1983 (Velasco, 2009), en esta obra se propone la comprensión de la mente como producto del conflicto entre impulsos y defensas hacia una comprensión de la mente como producto de relaciones con los demás (Marín, 2014), otra obra de Stephen

Mitchel que se considera pionera en el paradigma relacional fue el libro “Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integrations” en 1988 (Marín, 2014).

Siguiendo con la historia acerca del surgimiento de este paradigma, en 1988 se crea el Programa Postdoctoral Psicoanalítico de la Universidad de Nueva York, se considera que a partir de la publicación de las dos obras mencionada anteriormente y la creación de este grupo se sientan las primeras piedras del psicoanálisis relacional (Marín, 2014).

En el marco teórico de la psicología relacional, Mitchell integro algunas teorías como la teoría de las relaciones objétales, el psicoanálisis interpersonal, psicología del Self, algunas versiones de la psicología del Yo de Spitz y Mahler, y deja por fuera las teorías clásicas de psicoanálisis basadas en el concepto de pulsión (Marín, 2014). La razón de dejar por fuera las teorías clásicas basada en el concepto de pulsión, es que el psicoanálisis relacional intente integrar las teorías que abordan la relación intersubjetiva como el elemento más importante para el desarrollo del psiquismo (Aguilar, Dávila, Rivera, Chávez, Vidaurri, Rodríguez, & Vargas, 2020), a diferencia de las teorías clásicas como la de Freud que plantea que el ser humano motivado por satisfacer las pulsiones sexuales y agresivas, innatas y biológicamente determinadas (Rodríguez, 2007) empujan incesantemente a expresarse y descargarse en movimientos, es decir está en constante búsqueda de la satisfacción (Rodríguez, 2011). Se cree que desde el origen del psicoanálisis han existido planteamientos relacionales y socio-contextuales, sin embargo, estos autores mencionados fueron parte aguas para la consolidación del modelo teórico (Ávila, Bastos, Castelo, García-Vladecasas, Gasparino, Pinto, Rubí, Viada, Vivar & Aburto, 2002).

El concepto relacional hace referencia a poner especial atención en el impacto que las relaciones humanas tienen en la génesis de la actividad mental (Ávila, 2009). En cuanto al psicoanálisis relacional concierne tanto a lo intrapsíquico como a lo interpersonal, pero lo

intraprésiquico es visto como constituido por la internalización de las experiencias interpersonales (Velasco, 2009). Algunos de los supuestos básicos del psicoanálisis relacional es que se sugiere que para un desarrollo saludable del Self es necesario que se incluya el reconocimiento del estado mental subjetivo del otro, al igual que el de uno mismo (Velasco, 2009), afectos intensos despiertan afectos semejantes en los otros (Lieberman, 2007). Otros supuestos básicos es que la experiencia de las relaciones tempranas y su repercusión en la realidad presente, así como la creencia de que los individuos están incluidos en una matriz relacional, da forma al continuo desarrollo y a la expresión de la personalidad (Velasco, 2009).

La matriz relacional refiere que “la mente sería una matriz constituida por variables relacionales” (Marín, 2014). Esta matriz está integrada por tres dimensiones, el “sí mismo” que se entiende como las representaciones que un sujeto tiene sobre sí mismo, la segunda dimensión pertenece al concepto de “objeto” y se refiere al conjunto de representaciones que tiene ese mismo sujeto acerca de algún otro significado para él, y por último, la tercera dimensión que es el “campo interactivo” que hace referencia a los patrones o esquemas transaccionales que presentan entre el sujeto y algún otro significativo, las dimensiones mencionadas anteriormente se encuentran en permanente interconexión (Marín, 2014) Ávila (2009) aporta que esta matriz puede ser pasada y presente.

Respecto a la parte práctica, en la psicoterapia desde el modelo relacional, se describe la empatía como lo central del proceso terapéutico, por lo cual el terapeuta deberá privilegiar la empatía sobre cualquier otro concepto, para poder entender los modelos de relación del paciente (Velasco, 2009). La intervención del modelo relacional “está centrada en la relación” el principal objetivo es el tratamiento psíquico con el consecuente desbloqueo es el tratamiento psíquico con el consecuente desbloqueo de iniciativas necesarias para el

desarrollo emocional (Velasco, 2009). Sáinz (2017) señala que en la terapia relacional no es importante estar atento a realizar una mejor interpretación de lo que le sucede al paciente, sino que será establecer un buen clima que favorezca una relación terapéutica, para que permita una mejor comprensión de lo que cuenta el paciente.

Por otro lado, de las teorías mencionadas que contribuyeron para sentar las bases del psicoanálisis relacional se considera importante la teoría del apego debido a la relevancia que tiene el vínculo con las figuras de apego, además de comprender los patrones relacionales del paciente y el tipo de interacción que podemos esperar a lo largo del proceso terapéutico (Aguilar et al 2020). Mitchell toma de Bowlby que los procesos de apego son relevantes en el desarrollo afectivo del niño, la psicodinamia de las pulsiones queda relegada, a nivel explicativo y evolutivo, a un plano secundario, entonces, son los vínculos y su papel lo que determina el desarrollo, no las pulsiones y sus representaciones, ni la dinámica inconsciente (Ávila, 2020). Aguilar et al (2020) describe que “el apego es la primera puerta del mundo relacional, en donde se construye un vínculo, es decir, un tercero en ese espacio, conformando las capacidades más elaboradas del ser humano como la posibilidad de reconocer al otro en su subjetividad” (pp.8). De manera práctica se puede observar que derivado de sus experiencias relaciones, el niño va elaborando convicciones emocionales inconscientes, que determina que a lo largo de la vida vaya repitiendo patrones de relación estereotipados y recurrentes (Ávila et al 2002).

1.2.7.3 Terapia de juego.

Se considera al juego como una forma genuina de expresión para los niños (Luzzi & Bardi, 2009). El juego resulta una vía principal por la cual el niño participa en la cultura (Corbal, 2008). Cuando el niño juega crea un mundo propio (Luzzi & Bardi, 2009).

“El inicio del juego es símbolo de la confianza del niño en el ambiente” (Corbal, 2008), por lo que cuando un niño juega hace suya una parte de la realidad exterior. El juego es considerado como un medio de expresión simbólica de fantasías, deseos y experiencias. Es a través del juego que el niño elabora situaciones traumáticas y siente alivio de la presión superyoica (Luzzi & Bardi, 2009).

Se cree que la función del juego “será la de aliviar al sujeto de la constante tensión que se produce por la puesta en relación de la realidad del interior y del exterior, aquella que permite tomar contacto con el sentido personal de cada sujeto y con el mundo que lo rodea” (Corbal, 2008).

1.2.7.4 Terapia de juego relacional psicoanalítico

El juego relacional surge a partir de la consolidación del psicoanálisis relacional (Mayo, 2020). Se considera a Winnicott como un precursor del pensamiento relacional psicoanalítico, en sus aportaciones él consideraba que el terapeuta debe ser capaz de establecer con el paciente un vínculo y una confianza en donde el verdadero self pueda surgir y pueda ser tal como es (Sáinz, 2017); otra característica fundamental del psicoanálisis relacional es la reciprocidad durante el juego relacional (Mayo, 2010). Paolicchi, Serantes, Núñez, Bozalla, Sorgen, Bosoer, Maffezzoli, Metz, Pereyra, Alfaro, Basso, Lobosco, Muras & Salvatierra (2017) proponen que existe una relación en la teoría del apego y lo que Winnicott señala como “fenómenos transicionales”, término importante en la terapia relacional psicoanalítico, ya que ambos contribuyen a la conformación de una base segura desde la cual los niños puedan explorar el mundo. Esta relación entre el juego relacional y el apego se explica a continuación, de acuerdo con Winnicott (Portalatin, 2020), los orígenes de jugar están en la relación madre-bebé motivada por el amor de la madre hacia éste. Él

relaciona el surgimiento de la capacidad del niño de jugar con el desarrollo de la función materna (Paolicchi et al 2017).

Sáinz 2017 afirma que es la capacidad del jugar lo que hace posible la creación de un espacio en el que” tendrán lugar las experiencias transicionales” Además, se cree que la aparición del juego en el niño podría estar condicionada por el ejercicio de las funciones parentales, así como por la conformación de vínculos de apego de tipo seguro, por otro lado, se considera el juego como otra vía de acceso al inconsciente (Scalozub, 1998)

Winnicott habla de un tercer espacio (Portalatin, 2020). que lo llamo “intermedio” de acuerdo con él, entre el espacio interior, denominado intrapsíquico, y el espacio exterior, asignado por la percepción de la realidad objetiva, se da la existencia de este tercer espacio Paolicchi et al (2017). En este tercer espacio se da lugar a los intercambios tempranos entre el niño y sus padres, creándose así los “fenómenos transicionales”. Este espacio es construido por el niño y su figura materna, gracias a la contención y sostén que los padres puedan ofrecer tempranamente permitiendo que en el niño crezca la ilusión, la creencia y la confianza sobre su propia capacidad creadora.

2. Evaluación diagnóstica

2.1 Descripción del escenario y participantes

El escenario donde se desarrolló el trabajo de investigación fue en un consultorio psicológico ubicado en uno de los 106 municipios del estado de Yucatán. En este consultorio particular únicamente se atienden a niños y adolescentes por la psicóloga encargada. Los usuarios llegan solicitando informes para el servicio de psicoterapia, se les brinda informes acerca de las cuotas y los horarios, y en casos donde sea necesario se realiza una canalización, o bien se les agenda la primera cita para comenzar con el proceso terapéutico.

Se seleccionó como participante de esta investigación a un niño de 6 años de edad originario de un municipio del estado de Yucatán, se tomaron las acciones pertinentes respecto al consentimiento informado. Se eligió a este menor ya que cumplía con las características necesarias para desarrollar un trabajo de investigación acerca de la reparación del vínculo con un infante que vive con una figura materna sustituta.

Durante el desarrollo de este trabajo de investigación se trabajó con el menor, el cual es considerado como el paciente, y con la tía que desempeñaba el rol de figura materna sustituta.

2.1.1 Motivo de consulta.

2.1.1.1 Motivo de consulta manifiesto y latente parental.

Manifiesto.

De acuerdo con la figura materna sustituta de A., quién es tutora y de parentesco es hermana del padre biológico del paciente, es decir, es tía del menor, el niño presenta

dificultades para prestar atención en clases, dificultad para cumplir con las tareas, dificultades con la lecto escritura y dificultades para entender algunas indicaciones. La maestra de A. comenta a la figura materna sustituta que el menor parece presentar una inmadurez intelectual y que el grado de desempeño corresponde a un niño en edad preescolar. En algunas ocasiones A. muestra comportamientos agresivos, como golpes, dirigidos a los compañeros de clase o dirigidos a los primos que son cercanos a su grupo de edad.

Latente.

A. presenta pulsiones agresivas manifestándolo en conductas violentas con sus pares. Asimismo, se observa que la figura materna sustituta presenta una gran preocupación de que A. se entere de la verdad de su origen, formulándose fantasías catastróficas (con base inconsciente), lo cual le produce mucho miedo de develar este secreto por los posibles efectos negativos que pudieran tener en A., ya que él tiene la fantasía de que ella es su madre. Ante la curiosidad del tema, en una ocasión, el niño realizó algunas preguntas, pero la figura materna sustituta lo evade y no sabe qué responder. A. presenta dificultades para adaptarse al cambio de preescolar a primaria y presenta dificultades para prestar atención, lo cual podría deberse a una inmadurez emocional ocasionada por los eventos estresantes relacionados con el abandono de la madre biológica que el menor ha vivido y que han afectado la formación del yo.

2.1.1.2 Motivo de consulta manifiesto y latente del paciente.

Manifiesto.

A. sabe muy poco sobre porqué acude al proceso psicoterapéutico, ya que la figura materna sustituta no la brinda más información. Él dice que acude al psicólogo para que deje de pelear con los otros niños y cumpla con las tareas de la escuela.

Latente.

A. desea reparar los daños ocasionados ante el abandono de la madre biológica. El menor demanda conocer la verdad sobre su origen y sobre el parentesco real con la figura materna sustituta, presenta conductas disruptivas como presencia de pulsiones agresivas para llamar la atención de los adultos.

2.1.2 Datos generales.

2.1.2.1 Ficha de identificación.

Nombre: A.

Edad: 6 años

Escolaridad: 1° de primaria

Escuela: Pública

Nacionalidad: mexicana

Nivel socioeconómico: Bajo

Lugar de residencia: Interior del estado.

2.1.3 Descripción del paciente.

Paciente masculino de 6 años de edad, de tez morena, compleción media, cabello oscuro y ojos en tono café. A las sesiones acude alineado y limpio, por lo regular a las sesiones acudía vestido con una playera, short de tela o mezclilla, y calzaba chancas, tenis o sandalias. El menor vive en el interior del estado y el nivel socioeconómico de la familia del menor es bajo.

El lenguaje no era claro para el nivel de desarrollo esperado, era un poco difícil entender cuando se expresaba, había muchas palabras que se le dificultaba pronunciar, sin embargo, cuando se le corregía o modelaba la correcta pronunciación de la palabra él respondía de manera cooperativa y muy atento para poder pronunciarlo correctamente, en ocasiones si lograba mejorar la pronunciación de las palabras después de algunos ensayos.

En las primeras sesiones se mostró un poco tímido, pero esto fue desapareciendo conforme las sesiones fueron avanzando. En las actividades que realizábamos él se mostraba participativo. En las sesiones, los títeres de dedo era el juego que por lo regular escogía, el contenido del juego, por lo regular era repetitivo, un villano que atacaba a los buenos.

A. respetaba las reglas del consultorio, seguías las instrucciones cuando se les proporcionaba, recogía los juguetes cuando la sesión se terminaba y respetaba el tiempo destinado para la sesión.

Acudía a las sesiones con figura materna sustituta y en algunas ocasiones la abuela paterna era la que llevaba A. al consultorio.

2.1.4 Diagnóstico/conceptualización del caso.

Paciente masculino de 6 años de edad que se ubica en tiempo, espacio y persona, presentando los siguientes síntomas: inseguridad y dificultad para concentrarse en tareas escolares, signos de agresividad, con disfunciones en los social, familiar y escolar, lo anterior se encuentra en un estado moderado. Esta sintomatología podría estar presente debido a los eventos significativos presenciados durante los primeros años de su vida, en específico, el abandono por parte de su madre biológica y la ausencia del padre biológico. Sumado a esto, experimenta el acogimiento por parte de la tía paterna que se convierte en la figura materna sustituta, impactando en su desarrollo psicológico, su formación del Yo y en la base segura, interfiriendo en el establecimiento de la confianza básica y de la vinculación afectiva.

2.1.5 Objetivo General.

Conocer el estado emocional, cognitivo y psicológico en el que se encuentra un niño de seis años que vive con una figura materna sustituta a causa de una privación parcial materna, para conceptualizar el caso desde el enfoque psicodinámico.

2.1.6 Objetivos Específicos.

- Elaborar el motivo de consulta latente y manifiesto de la figura materna sustituta.
- Elaborar el motivo de consulta latente y manifiesto del paciente.
- Recopilar información para realizar la historia clínica y la conceptualización del caso desde el enfoque psicodinámico.
- Recopilar información para la fase de diagnóstico, a través de técnicas psicodinámicas y pruebas proyectivas.

- Identificar la disposición de la figura materna sustituta para establecer el juego con el paciente.
- Conocer la presencia de reciprocidad en el juego entre el paciente y su figura materna sustituta a través de la observación.
- Evaluar a través del juego la existencia de características necesarias para aplicar sesiones de juego relacional en la intervención.
- Generar las hipótesis de trabajo y establecer las metas terapéuticas para el proceso de intervención.

2.1.7 Definición de términos.

Figura materna: La representación de la figura materna se describe como las representaciones mentales que hacen referencia en específico a la persona que cumple el rol materno en la vida del menor, ya que es una representación mental posee particularidades específicas (Vexelman, 2008). Se entiende aquella persona hacia la cual el niño dirige de preferencia su conducta de apego (Bowlby, 1954).

Vínculo afectivo: Es la expresión de la unión entre padres e hijos, esto va más allá de la relación de parentesco que mantenga, ya que está presente en todas las tareas educativas, facilitando la comunicación familiar, brindando seguridad en los momentos difíciles, establecer normas y vigilar el cumplimiento, de igual manera implica satisfacer las necesidades materiales, afectivas y espirituales al menor (Pérez & Támara, 2013).

Apego: Es cualquier forma de comportamiento que tiene como resultado el logro o conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo (Bowlby, 1995).

Niñez temprana: Etapa de desarrollo humana que comprende de los 3 a 6 años, caracterizado por cambios en el desarrollo físico, desarrollo cognoscitivo, desarrollo psicosocial (Papalia et al 2012).

Abandono infantil: Falta injustificada de asistencia de un niño de corta edad a sus necesidades básicas y desprotección del menor. Algunos autores sugieren dos categorías para clasificar al abandono infantil en abandono moral que es entendido como la falta de vigilancia, corrección de conductas, acción educadora o de formación intelectual y formación del carácter, la segunda categoría corresponde al abandono material que se refiere a la falta de asistencia alimenticia, vestimenta, vivienda (Rodríguez & Espinosa, 2011).

Duelo: Es un proceso ante la pérdida (Aranda, 2014) de una persona, un objeto o evento significativo que se integra por componentes físicos, psicológicos y sociales que tiene una intensidad y duración proporcionales al vínculo y significados personales (Rodríguez & Espinosa, 2011).

Reparación: Proceso intrapsíquico e intersubjetivo que vive todo niño en su proceso de maduracional, se considera intrapsíquico ya que el niño dirige imaginariamente sus impulsos agresivos en contra del objeto maternante y ante la posibilidad de haberlo dañado surgen en el niño sentimientos de culpa que pueden provocar la necesidad de reparar y el desarrollo de capacidades creativas para hacerla afectiva; se considera intersubjetivo en tanto el cuidador debe aceptar la reparación para que el ciclo se complete satisfactoriamente (Castrillón & Vanegas, 2014).

Formación del Yo en menores: La diferenciación del Yo comienza alrededor del sexto y octavo mes de vida y queda bien establecida a la edad de dos o tres años, el Yo es el

resultado de la interacción del individuo con su realidad objetiva. A partir de los factores de experiencia y maduración se realiza el desarrollo del Yo como estructura psíquica que se rige por el principio de realidad (González & Rodríguez, 2013). En el transcurso de su evolución, a medida que pasa por las diferentes etapas de su conformación, el yo sufre transformaciones en lo que respecta a su modo de actuar (Tallaferro, 2005).

Privación materna: Ausencia de la relación materno-filia (Bowlby, 1954).

2.2 Instrumentos, técnicas y/estrategias utilizados

2.2.1 Instrumentos utilizados.

Historia clínica: La historia clínica tiene como origen el campo de la medicina, en el cual es de suma importancia establecer un diagnóstico formal. Esta técnica tiene como objetivo establecer un diagnóstico nosológico que consiste en analizar los síntomas que presenta el niño y ubicarlos dentro de síndromes específicos (Esquivel, Heredia & Gómez-Maqueo, 2017).

Prueba de la familia ideal. La prueba se utiliza para evaluar aspectos emocionales en el niño, se enfatiza el aspecto proyectivo, permite investigar acerca de los aspectos de la comunicación del pequeño con otros integrantes de su familia, y otros miembros restantes (Esquivel et al., 2017). Luis Corman (1967) en Esquivel et al. cree que con esta prueba de la familia ideal existen tendencias inconscientes que se expresan con mayor facilidad.

Prueba de la familia real. La prueba se utiliza para evaluar aspectos emocionales en el niño, se enfatiza el aspecto proyectivo, permite investigar acerca de los aspectos de la comunicación del pequeño con otros integrantes de su familia, y otros miembros restantes (Esquivel et al., 2017). Porot (1952) en Esquivel et al., 2017 argumenta que pedirle a un niño

que dibuje a su familia permite conocerla tal y como él la representa, lo cual el autor señala la importancia de conocer cómo es la realidad.

Prueba del Dibujo de la Figura humana: Técnica de Elizabeth Koppitz donde permite evaluar aspectos emocionales, maduración percepto-motora y maduración cognoscitiva (Esquivel et al., 2017).

Pruebas de Apercepción Temática para niños (del inglés Children Aperception Test) CAT-A. Esta prueba es un método proyectivo de personalidad que fue creado por Leopoldo Bellak. Esta prueba es un instrumento estandarizado, las historias que narran los niños se caracterizan por ofrecer un contenido manifiesto, y son las representaciones que sugiere la imagen presentada, los temas propuestos y el lenguaje utilizado por el niño en la narración (Esquivel, et. al., 2017).

2.2.2 Técnicas implementadas.

Entrevista clínica: Ayuda a recopilar información sobre el paciente y es posible realizar una historia acerca del padecimiento de la persona e ir más allá de lo que la misma persona se ha dado cuenta, por último, es necesario adecuar la entrevista clínica a los objetos que se persiguen, o las necesidades de la institución o de la persona (Esquivel et al., 2017).

Terapia de juego psicoanalítico: En la terapia de juego psicoanalítica, la meta del análisis es contribuir a liberar las fuerzas del desarrollo que permiten que el yo trabaje sin problemas, también para remover conflictos inconscientes, represiones y fijaciones (O'Connor, Schaefer & Braverman, 2017). El papel del terapeuta en esta terapia radica en ofrecer ayuda para desarrollo del yo y fortalecerlo, además de ayudar a los niños a realizar una reorganización de su desarrollo para poder abordar conflictos y defensas, para hacer espacio

para el surgimiento del sí-mismo (O'Connor et. al, 2017). Todo ello se trabaja a través de las técnicas terapéuticas de la terapia de juego psicoanalítica, que son el juego paralelo, juego conjunto, juego simbólico y juego dirigido (O'Connor et. al, 2017).

Juego relacional: El juego relacional surge a partir de la consolidación del psicoanálisis relacional. En la intervención con los niños es una característica fundamental la presencia de reciprocidad (Mayo, 2010).

Observación: La observación investigativa no se limita al sentido de la vista, sino que demanda todos los sentidos. Algunos de los propósitos de la observación se centran en comprender procesos, conocer las vinculaciones entre personas y sus situaciones o circunstancias, los eventos que suceden a través del tiempo, los patrones que desarrolla, así como los contextos sociales y culturales en los cuales ocurre las experiencias humanas, también puede ser útil para identificar problemas o generar hipótesis (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Evaluación del examen mental: El Examen Breve del Estado Mental es uno de los instrumentos de medición más utilizados para evaluar el estado mental, ya sea en la práctica o en la investigación. Este instrumento fue diseñado con fines de cuantificar el grado de demencia o delirio que hay en pacientes psiquiátricos y neurológicos. Está constituido por reactivos sencillos y cortos lo cual permite una valoración rápida de funciones como orientación, registro, atención, calculo, evocación, lenguaje y escritura (Ostrosky, López & Ardilla, 1999).

2.2.3 Evaluación del proceso.

El diagnóstico se realizó a través de diversas técnicas y pruebas proyectivas, dentro de las pruebas aplicadas están las pruebas proyectivas del Test de la Figura Humana, Test de la Familia Ideal, Test de la Familia Real y el CAT-A, por parte de las técnicas que se incluyeron se encuentran la entrevista clínica, observación clínica, juego relacional e historia clínica.

La aplicación de estas técnicas y pruebas involucro tanto al paciente como a la figura materna sustituta.

2.3 Procedimiento.

La figura materna sustituta del niño acude al consultorio privado para solicitar el servicio de psicoterapia para él. El servicio de psicoterapia comenzó a brindarse sin demorar mucho tiempo, de acuerdo con la lista de espera del consultorio psicológico. Se tuvo una entrevista muy breve con la figura materna sustituta del menor para aclarar detalles del proceso psicológico, como los horarios, frecuencia de las citas y se programó la primera cita para iniciar el proceso psicoterapéutico.

En la primera sesión con la figura materna sustituta se procedió a llenar los formatos para el contrato terapéutico, consentimiento informado, derechos y obligaciones del paciente, y se informó acerca del trabajo de investigación.

La fase de diagnóstico estuvo conformada por 6 sesiones, en las cuales se pudo trabajar con la figura materna sustituta, y con el menor, en sesiones individuales cada uno. En esta fase se pudo reunir la información necesaria para establecer el motivo de consulta latente y manifiesto, tanto de la figura materna sustituta como la del menor, también se obtuvo información sobre el estado emocional del niño, la maduración perceptora, cognoscitiva,

conflictos, defensas, represiones y fijaciones del menor, además de obtener información sobre la dinámica familiar, todo esto para poder conceptualizar el caso.

Tabla 1. Procedimiento de la fase diagnóstica.

Sesión	Técnica implementada	Objetivo de la sesión	Temáticas abordadas
1	Entrevista clínica Historia clínica	Recabar información para establecer el motivo de consulta latente y manifiesto. Obtener datos de la historia clínica.	Motivo de consulta, desarrollo psicológico del menor, historia familiar, acontecimientos significativos, datos sobre los padres biológicos y detalles sobre el abandono del menor
2	Figura Humana Juego psicoanalítico	Establecer el Rapport con el paciente. Elaborar el motivo de consulta latente y manifiesto con el niño. Obtener información para la fase de diagnóstico. Obtener información sobre los aspectos emocionales del niño, así como también conocer los problemas emocionales del paciente.	Se abordó el motivo de consulta con el menor. Se midió el nivel de maduración emocional a través pruebas proyectivas.
3	Prueba de la familia ideal Juego psicoanalítico	Obtener información sobre aspecto emocionales en el niño y conocer la dinámica familiar y comunicación entre la familia	Dinámica y vínculos familiares.
4	Prueba de la Familia real Dibujo libre Juego psicoanalítico	Obtener información sobre aspectos emocionales en el niño. Conocer la dinámica y comunicación familiar. Obtener información sobre los conflictos, defensas inconscientes, represiones y fijaciones.	Dinámica y vínculos familiares.
5	Pruebas de Apercepción Temática para niños CAT-A	Obtener información sobre las represiones del niño	Represiones y fantasías del niño.
6	Pruebas de Apercepción Temática para niños CAT-A	Obtener información sobre las represiones del niño	Represiones y fantasías del niño.

Se propone implementar un número de sesiones adicionales de las presentadas en caso de replicar el modelo de intervención propuesto en este trabajo, el objetivo de estas sesiones es evaluar la pertinencia y verificar la presencia de los elementos necesarios para incluir sesiones de juego relacional en la fase de intervención.

Tabla 2. Sesiones complementarias para la fase diagnóstica.

Sesión	Técnica implementada	Objetivo de la sesión
1	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Juego relacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar la disposición de la figura materna sustituta para establecer el juego con el paciente • Identificar la presencia de reciprocidad en el juego entre el paciente y su figura materna sustituta
2	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Juego relacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar la disposición de la figura materna sustituta para establecer el juego con el paciente • Identificar la presencia de reciprocidad en el juego entre el paciente y su figura materna sustituta
3	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Juego relacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar la disposición de la figura materna sustituta para establecer el juego con el paciente • Identificar la presencia de reciprocidad en el juego entre el paciente y su figura materna sustituta

2.4 Informe de los resultados de la evaluación diagnóstica

2.4.1. Resultados diagnósticos.

2.4.1.1 Datos de la historia clínica y el examen mental.

Historia Clínica.

Datos generales.

Nombre: A. T.

Fecha y lugar de nacimiento: 23 de junio del 2013.

Edad: 6 años

Sexo: Hombre

Lugar y origen de residencia: H., Yucatán.

Escolaridad: 1° primaria

Tipo de escuela: Pública

Descripción física: Tez morena, complexión media, cabello oscuro y el tono de los ojos es de café.

Datos de los padres.

Madre.

Nombre: M.

Edad: 24

Escolaridad: No se tiene la información

Ocupación: No se tiene la información

Estado civil: Soltera

Dirección: Mérida, Yucatán.

Padre.

Nombre: P.

Edad: 26

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Obrero

Estado civil: Soltero

Dirección: Mérida, Yucatán.

Datos de los hermanos.

Nombre: Paul

Edad: 5 años

Escolaridad: 3° preescolar

Ocupación: Estudiante

Núcleo familiar. El núcleo familia está conformado por la tía paterna, la cual ejerce la figura materna sustituta, el esposo de ella, el hermano menor de 5 años y la abuela paterna.

Motivo de consulta. De acuerdo con la figura materna sustituta de A., quién es tutora y de parentesco es hermana del padre biológico, es decir, es tía del menor, el niño presenta dificultades para prestar atención en clases, dificultad para cumplir con las tareas, dificultades con la lecto escritura y dificultades para entender algunas indicaciones. La maestra de A. comenta a la figura materna sustituta que el menor parece presentar una inmadurez intelectual y que el grado de desempeño corresponde a un niño en edad preescolar. En algunas ocasiones A. muestra comportamientos agresivos, como golpes, dirigidos a los compañeros de clase o dirigidos a los primos que son cercanos a su grupo de edad.

Pautas de desarrollo.

Historia prenatal, perinatal y posnatal: Se conoce poco sobre la historia prenatal y perinatal del menor debido al abandono materno que vivió, sin embargo, la figura materna sustituta reporta que los primeros 18 años estuvo bajo el cuidado de la madre biológica, sin embargo, la figura materna sustituta estuvo presente con menor participación en el cuidado del niño. De acuerdo con lo que reporta la figura materna sustituta es que A. no tenía el esquema de vacunas completo.

Pautas de alimentación: Se desconoce cómo era la alimentación durante el primer año de vida, se tiene reporte que el infante a los 18 meses se alimentaba únicamente con leche de fórmula, una alimentación negligente, ya que no había comenzado a consumir alimentos correspondientes a la edad. Fue a partir que la figura materna sustituta se hace cargo de él, aproximadamente a los 19 o 20 meses de vida, que el pequeño comienza con una dieta correspondiente a la edad. A partir de eso, el sujeto comenzó con la ingesta de verduras, frutas, cereales, entre otros grupos alimenticios recomendados a su etapa de desarrollo.

Patrones de sueño: Se desconoce cómo eran los patrones de sueño durante el primer año de vida, sin embargo, la figura materna sustituta reporta que en los primeros meses de acogimiento que estuvo al cargo de él y del hermano menor, A. presentó terrores nocturnos con una frecuencia aproximada de 2 veces por semana durante 2 meses, estos terrores nocturnos desaparecieron por sí solos, sin necesidad de acudir con algún especialista. A partir de eso, los patrones de sueño se regularizaron y desde entonces ha tenido un curso normal.

Motricidad: No se tiene información de cómo fue el desarrollo de la motricidad en el primer año de vida, si tuvo alguna estimulación motriz por parte de los cuidadores. Cuando la

figura materna sustituta se hace cargo de él a la edad de 19 meses, A. todavía no caminaba y parecía que no tuvo la estimulación motriz durante el tiempo que vivió con la madre biológica para aprender a caminar.

Desarrollo del lenguaje: Después del evento de abandono materno que vivió en los primeros años de vida, A. presentó problemas en la fluidez verbal, repetía algunas sílabas y en ocasiones, los adultos no entendían el lenguaje, con el paso del tiempo el lenguaje fue evolucionando favorablemente y la dificultad en la fluidez verbal disminuyó. Cuando comenzó con el proceso terapéutico, ya a los 6 años de edad, se pudo observar que aún tenía dificultades para pronunciar algunas palabras, sin embargo, cuando se le retroalimentaba o se le modelaba la correcta pronunciación de las palabras él respondía favorablemente y muy participativo, al paso del proceso de diagnóstico, la pronunciación de A. mejoró notablemente y los adultos ya podían entender mejor lo que él decía.

Control de esfínteres: No presentó problemas con el entrenamiento de control de esfínteres.

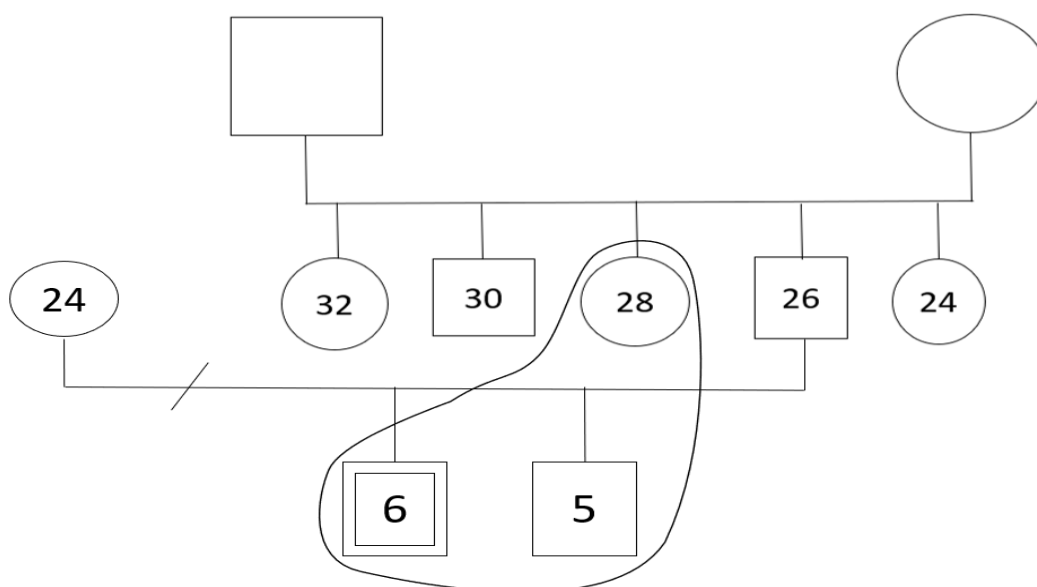
Salud: Durante los primeros meses de vida, hasta los 18 meses, el tiempo que vivió con la madre biológica, el menor vivió diversas negligencias respecto a las necesidades básicas de salud, como la alimentación, esquema de vacunas incompleto, negligencias en la higiene con el cambio de pañal a tiempo, poca estimulación en el lenguaje y desarrollo motor. Después de que el menor pasó a los cuidados de la figura materna sustituta estas negligencias fueron atendidas.

Sexualidad e identificación de género: El paciente se identifica con la figura masculina.

Conducta y personalidad: El paciente presenta conductas agresivas con sus pares, principalmente en el juego. Responde favorablemente y de manera participativa a las indicaciones que se le presentaban en las sesiones de psicoterapia, la figura materna sustituta lo describe como un niño que rápido habla y platica con los demás.

Familia: Familiograma.

Figura 1. Familiograma



Socialización y patrones de juego: Respecto a la socialización la figura materna sustituta asegura que A. no presenta dificultades para socializar con sus pares, lo describe como un niño que rápido habla a los pares e invita a jugar. El juego de A. tenía mucho contenido agresivo, existía un villano o depredador que atacaba a otros personajes y estos no podían ser salvados o recatados, conforme fueron avanzando las sesiones de diagnóstico, el contenido agresivo en el juego fue disminuyendo. El juego en cada sesión era repetitivo, reproducía la misma escena con la misma narrativa, un animal depredador que comía a otros

animales que no podían ser salvados, de igual manera conforme fue avanzando las sesiones, A. comenzó a reproducir otro contenido con menos agresividad en el juego.

Escuela: Durante la etapa de preescolar no presentó alguna dificultad cognitiva, fue hasta en primer grado de primaria cuando él comienza con dificultades académicas, relacionada con el seguimiento de instrucciones, concentración, cumplimiento de tareas, y relacionadas con la lecto escritura.

Eventos significativos. Los padres biológicos del menor se separan cuando él tenía aproximadamente 1 año y el hermano menor estaba a punto de nacer. Cuatro meses después del nacimiento del hermano menor, la madre de ambos se presenta a la casa de la abuela paterna para entregar a los nietos, la madre biológica condiciona a la abuela paterna, que en caso de que la abuela paterna no acepte a los niños, ella llevaría a entregar a los menores en algún albergue, ya que no quería seguirse haciendo cargo de ellos, la abuela paterna acepta a los niños y la tía paterna, que vivía en la misma casa de la abuela y comienza a hacerse cargo de ellos.

Examen mental.

Paciente masculino de 6 años de edad que se ubica en tiempo, espacio y persona, a las sesiones acude alineado y aseado, presenta dificultades en menor grado en el área de atención y lenguaje.

2.4.1.2 Resultados de las pruebas proyectivas aplicadas.

Test de la Figura Humana

De acuerdo con la interpretación propuesta por Koppitz, se puede inferir que A. presenta un nivel de maduración bajo de acuerdo con su rango de edad. Respecto a los

indicadores emocionales observados en la prueba se encuentran los indicadores de inseguridad, angustia, un posible retraimiento o depresión. Otros indicadores observados sugieren que A. presenta una inmadurez severa o retraso en el desarrollo, además de una aguda ansiedad que podría estar relacionada con el cuerpo, esto podría deberse al temor al castigo. Por último, sentimientos de poca valía e inseguridad por no tener dónde pararse o apoyarse.

Familia ideal.

De acuerdo con la interpretación propuesta por Corman, algunos de los indicadores encontrados en la prueba sugieren que A. es guiado por las reglas, por lo que se considera que ha perdido su espontaneidad, por el apego que tiene a las reglas, al igual se encontraron indicadores que sugieren una expansión vital, una fácil extraversión de las tendencias se muestra sensible al ambiente y con metas en relación con el futuro.

También se encontraron indicadores que sugieren una depresión, en niños se puede describir la depresión analítica que se presenta de modo progresivo en el niño privado de su madre después de haber tenido con ella una relación normal, por lo menos, durante los seis primeros meses de la vida, otros indicadores encontrados fueron el de la apatía, la pulsión agresiva, que también es conocida como la pulsión de muerte, esta pulsión se encuentra dirigida un tanto al exterior, el fin de esta pulsión es la destrucción del objeto.

Otro de los indicadores encontrados son los relacionados con la pulsión de autoconservación y pulsiones de vida, el primero se refiere al conjunto de necesidades que están ligadas a las funciones corporales que se precisan para la conservación de la vida del individuo, su prototipo viene representado por el hambre, esta pulsión va relacionada con la segunda, que es la pulsión de vida, en donde el individuo tiende a conservar las unidades

vitales existentes, también a constituir, a partir de éstas, unidades más amplias, la pulsión de la vida armoniza mal con el modelo energético de la pulsión como tendencia a la reducción de las tensiones.

Otro indicador encontrado fueron los instintos primordiales de la conservación de la vida, el instinto se define como el esquema de comportamiento heredado, propio de una especie animal, que varía poco de uno a otro individuo, se desarrolla según una secuencia temporal poco susceptible de perturbarse y que parece responder a una finalidad, en este caso, este instinto se desarrolla para la conservación de la vida, parecido a lo ya mencionado en la pulsión de vida.

A. demuestra indicadores que sugieren que no se identifica con el mismo. Por otro lado, en el dibujo no representa a los miembros de la familia, además que no representa los caracteres propios de la real, sino que son vistos a través de las atracciones y repulsiones experimentadas por el sujeto, y por eso, aparecen deformados. Por lo que se puede decir que A. no tiene una realidad subjetiva y sólo son producto de la proyección de las tendencias personales del individuo.

Respecto a la representación de la familia, en el dibujo se observa un escenario caótico, conforme se le fue haciendo el cuestionario, él iba agregando más cosas. A. describió lo siguiente cuando se le preguntó que hacían la familia:

“Viendo tele, no saben que la tele está arriba, se está incendiando, se está quemando los cables, ya se quemó, ya se pararon en que vieron esto, el pequeño sabe que se está incendiando e hizo un escudo para proteger la casa y las personas que están haya, ya lo apagaron los bomberos. Son bomberos se van a morir, ya se murió, la muerte del bombero”.

Parece un escenario no muy esperanzador, ya que el bombero que puede salvarlos juega un papel de héroe se muere, sin embargo, A. habla de un niño que hizo un escudo para proteger a las personas y la casa, lo cual podría estarse refiriendo a los recursos personales que él tiene.

Respecto al cuestionario de la prueba, el esposo de la figura materna sustituta apareció como el personaje más valorado por A., los argumentos que el niño utiliza es que “presta el teléfono celular” y “adora a sus hijos”. Al hermanito lo describe como un niño sonriente, lo cual sugiere que existe buena relación fraternal, por el contrario, que a los primos los señala como agresivos con él, en la narración él dice que le golpean la cabeza, y lanzan objetos a su hermanito. Estos primos no pertenecen a la familia nuclear, sino a la familia extensa, sin embargo, A. los incluyo en el dibujo.

Familia real.

De acuerdo con la interpretación propuesta por Luis Font algunos de los indicadores encontrados en la prueba sugieren que A. tiene sentimientos de inseguridad e inferioridad, este último, en los niños podría responder a dos daños, reales o fantaseados, que puede sufrir, estos son la pérdida de amor y castración, un niño puede sentirse inferior si nota que no es amado, el otro daño, es que el único órgano que se considera realmente como inferior es el pene atrofiado o el clítoris de la niña. El sentimiento de inferioridad traduciría la tensión existente entre el yo y el superyó que lo condena, estos dos últimos sentimientos podrían estar relacionados.

Otro de los indicadores encontrados sugieren que A. presenta síntomas de culpabilidad, estos sentimientos puede designar un estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprensible, también puede ser un sentimiento difuso de indignidad personal sin

relación con un acto preciso del que el sujeto pudiera acurarse, en psicoanálisis se describe este sentimiento como un sistema de motivaciones inconscientes que explican comportamientos de fracaso, conductas delictivas o sufrimientos que se infringe el sujeto y especialmente se caracteriza por autoacusaciones, autodesprecio y tendencia al castigo. Estos sentimientos de culpabilidad podrían estar relacionados con una dificultad para el contacto ambiental.

También se observaron indicadores de negación de la realidad, la negación se define desde el psicoanálisis como un procedimiento en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose, negando que le pertenezca, la negación igual se puede observar como la percepción de un hecho que se impone en el mundo exterior. También se puede decir que A. presenta un conflicto psíquico, este conflicto se observa cuando en el sujeto se oponen exigencias internas contrarias, el conflicto puede ser manifiesto o latente, pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter. El conflicto psíquico es el conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflictos entre las pulsiones, conflicto edípico, en el que no solamente se enfrentan deseos contrarios, sino que éstos se enfrentan con lo prohibido.

En la prueba se observan indicadores que señala que A. se identifica consigo mismo. Respecto a los miembros de la familia, desvaloriza al bloque parental sustituto con el que vive actualmente, en el dibujo igual se observa la presencia de dos mascotas al final del dibujo, lo cual podría indicar la presencia de los padres biológicos, sin embargo, los desvaloriza y deja ver que existe un conflicto con ellos, de igual manera, apoyando la idea de desvalorización y

un conflicto existente con los padres biológicos, se observa la supresión de los padre biológicos, lo cual indica la máxima expresión posible de desvalorización, que deja en evidencia problemas importantes con la relación. Estas situaciones de conflicto observadas con los padres biológicos podrían explicar la negación de la realidad, también podría producir ansiedad o conflicto intrapsíquico. A. percibe perturbaciones en las relaciones interpersonales que están vinculadas a la inhibición de los sujetos y a una pobre imagen de sí mismos. También percibe vínculos afectivos de alguno de los padres, o padres sustitutos, hacia alguno de los hermanos, proyecta su visión de ciertos favoritismos o una situación de rivalidad entre los hermanos por el afecto de los padres. Por último, se observa que adiciono otros elementos, en el dibujo A. agrego a dos primos que son de edades cercanas a la de él, está presencia de los primos podría explicarse al contexto sociocultural donde se vive el sujeto, ya que en el interior del estado es muy común convivir mucho tiempo con la familia extensa.

CAT-A

Lámina 1.

Interpretación: El sujeto no es capaz de dar afecto, y tampoco percibe que recibe afecto, además que no identifica a una figura materna.

Meta terapéutica: Intervenir para que el menor identifique la figura materna sustituta que tiene a su lado.

Lámina 2.

Interpretación: El escenario es caótico y poco esperanzador. Percibe presente a una figura paterna y una figura materna agresiva, también que en la dinámica familiar hay presente otra persona, sin embargo, no identifica qué papel ocupa. Percibe que hay diversos peligros

que exponen a los más frágiles, pero igual a los más fuertes, además que adiciona la presencia de otras figuras que percibe como amenazantes. Se observa temor a la agresión y se siente agredido o desprotegido por los adultos.

Meta terapéutica: Fortalecimiento de una base segura y confianza en los adultos.

Lámina 3.

Interpretación: El escenario es caótico y percibe la presencia de figuras agresivas y peligrosas, todos corren el riesgo de ser atacados, incluso el más fuerte, además, percibe a una figura paterna agresiva y responde agrediendo a esta figura paterna.

Meta terapéutica: Reparar la imagen de las figuras parentales.

Lámina 4.

Interpretación: Describe un escenario amenazante, del cual desea huir. Percibe la presencia de adultos que pueden ser peligrosos o amenazantes. No logra identificar la figura materna, la identifica de manera distorsionada.

Meta terapéutica: Reparación de la figura materna y sentimiento de confianza.

Lámina 5.

Interpretación: Percibe que él y el hermano menor están expuestos a diversos peligros o presenta sentimientos de inseguridad ante el ambiente. También percibe figuras de adultos como amenazantes y agrede a la figura paterna.

Meta terapéutica: Reparar la figura paterna, trabajar la confianza y una base segura.

Lámina 6.

Interpretación: Describe un cambio de residencia o de hogar, al cual dice no poder regresar. Identifica a la figura paterna como protectora, sin embargo, esta figura no puede protegerlos ante los riesgos que se presentan y la familia no puede huir del peligro. También describe que hay la presencia de una persona que los observa.

Meta terapéutica: Elaborar el duelo ante la pérdida del hogar establecido con sus padres biológicos, y reparar el hogar que ahora establece con su figura materna sustituta.

Lámina 7.

Interpretación: Describe un escenario caótico donde todos corren peligro, incluso los personajes más fuertes, el escenario lo describe poco esperanzador, percibe miedo a la agresión y la presencia de otras figuras amenazantes. Él se percibe a sí mismo buscando afecto, sin embargo, es interrumpido de manera agresiva en esta búsqueda, percibe a una figura paterna agresiva, sin embargo, esta figura paterna agresiva convive con los hijos, ante la presencia de un riesgo, esta figura paterna se enfrenta a estos peligros y se sacrifica para salvar a los hijos, a pesar del escenario poco esperanzador, percibe la interacción entre la figura paterna con sus hijos.

Meta terapéutica: Establecer una base segura y reparar la figura paterna.

Lámina 8.

Interpretación: Describe un escenario en el que todos corren riesgos y la presencia de figuras amenazantes que pueden atacar a cualquiera. De igual manera percibe la presencia de afecto, él se percibe buscando ese afecto, no especifica afecto de quien busca, sin embargo, se cansa de esta búsqueda.

Meta terapéutica: Establecer la confianza y una base segura e identificar sus figuras que brindan afecto.

Lámina 9.

Interpretación: Describe un escenario caótico, ante esto solicita ayuda, sin embargo, esta ayuda solicitada no llega al escenario, también describe un hogar nuevo. Ante las amenazas de peligro él busca la oportunidad para defenderse. Describe un miedo de ser abandonado por parte de los padres, o miedo de ser dejado solos.

Meta terapéutica: Establecer el proceso de duelo por el abandono percibido por los padres biológicos e identificar los recursos personales que el niño tiene para enfrentar situaciones adversas.

Lámina 10.

Interpretación: Presencia de una figura agresiva o amenazadora, él percibe que no los quieren, probablemente se refiere a él y al hermano menor, sin embargo, no señala las figuras que no los quiere. Describe que se despide de sus figuras parentales y simbólicamente las entierra.

Meta terapéutica: Establecer el proceso de duelo ante la pérdida de sus padres biológicos como figuras parentales.

2.4.1.3 Descripción de las sesiones de la fase diagnóstica.

Sesión 1. 13 de noviembre del 2019.

Objetivo de la sesión: Recabar información para establecer el motivo de consulta latente y manifiesto, obtener datos de la historia clínica del paciente.

Resultados de la sesión: Se obtuvo datos para establecer el motivo de consulta con la figura materna sustituta a través de la entrevista clínica, igual se utilizó el formato de historia clínica para recuperar información sobre el desarrollo psicológico del menor, acontecimientos significativos que ha vivido el niño, historia de la familia de origen, datos sobre el abandono, el motivo por el cual la tía decide hacerse cargo de A. y del hermano menor, el estado de salud en el que se encontraba el menor cuando ella comienza a ser la figura materna sustituta, las negligencias que vivió el menor, la relación que A. tiene con la madre biológica, la relación que A. tiene con el padre biológico, el conocimiento del niño sobre su origen familiar e información sobre el área escolar y social del niño.

Sesión 2.20 de noviembre del 2019.

Objetivo de la sesión: Establecer rapport con el paciente, elaborar el motivo de consulta latente y manifiesto con el niño, obtener información para la fase diagnóstica sobre los aspectos emocionales del niño y evaluar la maduración emocional.

Resultados de la sesión: En la primera parte de la sesión se estableció el rapport con el paciente, se realizó la contextualización del espacio de psicoterapia y se estableció el motivo de consulta manifiesto y latente con el menor. Después se realizó la aplicación de pruebas proyectivas, el test de la figura humana donde se obtuvo datos para medir el nivel de maduración emocional, por último, se tuvo espacio para la técnica de juego psicodinámico donde se pudo observar el juego, él eligió unos títeres de dedo, en el juego los personajes realizaban actividades domésticas como cocinar y comer en familia. Durante toda la sesión A. respondió de manera participativa ante las indicaciones que le brindaba, por último, cuando se terminó la sesión ayudó a guardar todos los materiales.

Sesión 3. 29 de noviembre del 2019.

Objetivo de la sesión: Obtener información sobre aspectos emocionales en el niño, así como conocer la dinámica y comunicación familiar.

Resultados de la sesión: Se continuó con la aplicación de pruebas proyectivas, se aplicó la prueba de la familia ideal donde se pudo evaluar la dinámica y vínculos familiares. De igual manera se trabajó con la técnica de juego psicodinámico donde se pudo observar la interacción del paciente con los títeres de dedo, el contenido del juego consistía en un personaje que atacaba a otros personajes, todos ellos son títeres de animales, estos animales que eran atacados no se podían defender, a pesar de crear ambientes donde se podían proteger los personajes del juego, el villano de la historia encontraba la manera de atacarlos, en esta representación con los títeres no había héroes, todos los animales fueron atacados por el villano.

Sesión 4. 04 de diciembre del 2019.

Objetivo de la sesión: Obtener información sobre aspectos emocionales en el niño, conflictos, defensas inconscientes, represiones y fijaciones, así como conocer la dinámica y comunicación familiar.

Resultados de la sesión: Se aplicó la prueba proyectiva de la familia real, donde se obtuvo información sobre la dinámica y vínculos familiares, posterior a la prueba se utilizó la técnica del dibujo libre, y por último se utilizó la técnica de juego psicodinámico, en el juego A. reproducía el mismo contenido que en la sesión anterior, de nuevo utilizó los títeres de dedo, la narración del juego era un personaje que tenía el papel de villano o de depredador que

atacaba a los demás personajes, en la historia no existía un héroe o personaje que brinde ayuda o calma. Por último, se guardó todos los materiales que se usaron en la sesión.

Sesión 5. 18 de diciembre del 2019.

Objetivo de la sesión: Obtener información sobre las represiones del niño

Resultados de la sesión: Esta sesión inició con la aplicación de la prueba proyectiva CAT-A donde se obtuvo información de las represiones y fantasías del niño, las historias de las láminas, en su mayoría fueron extensas, lo cual no permitió concluir la aplicación de la prueba. Después de la aplicación de la prueba se utilizó la técnica de juego psicodinámico, se realizó la observación del juego, A. de nuevo interactuó con los títeres de dedo, reproduciendo un escenario donde se encuentra un villano o depredador y que no hay nada para vencerlo, ya que los otros personajes terminan por ser atacados por este personaje depredador, por último, se guardaron todos los materiales que se utilizaron en la sesión.

Sesión 6. 21 de diciembre del 2019.

Objetivo de la sesión: Obtener información sobre las represiones del niño.

Resultados de la sesión: Se continuó con la aplicación de la prueba proyectiva CAT-A, con esta prueba se obtuvo información de las represiones y fantasías del niño, en la mayoría, las historias de las láminas eran extensas. Después de concluir con la aplicación de la prueba se pasó a la técnica de juego psicodinámico, en el juego se observó que un personaje atacaba a otros personajes, se los “comía”, ellos no se podían defender, conforme fue avanzando el juego, él permitía que algunos de los personajes se salvaran por medio de un héroe, después de concluir con la técnica de juego se procedió a guardar todo en la sala para retirarse.

2.4.1.4 Metas y objetivos terapéuticos.

- Identificar la etapa de duelo en la que se encuentra el paciente ante el abandono de los padres biológicos.
- Elaborar el proceso de duelo con el paciente ante la pérdida de los padres biológicos.
- Reparación emocional y afectiva del hogar que el paciente estableció con los padres biológicos.
- Reparación de las figuras parentales originales del paciente.
- Identificar las pulsiones agresivas del paciente para la autorregulación.
- Identificación de las figuras representativas de afecto del paciente.
- Establecer una base segura o de confianza con la figura materna sustituta.
- Promover la vinculación segura con la figura materna sustituta.
- Promover la vinculación segura con la abuela paterna.
- Acompañamiento en el proceso legal con la figura materna sustituta.
- Identificar los recursos resilientes en el paciente.

Fortalecer la capacidad resiliente en su formación del Yo del paciente.

3. Programa de intervención

3.1 Introducción

El estudio de caso se puede definir como “una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes” (Yin 1994 en Jiménez & Comet, 2016). Yin es reconocido como uno de los principales autores respecto a la investigación de estudios de caso (Jiménez & Comet, 2016).

Algunos de los elementos por los cuales se recomienda el uso de estudio de caso es cuando se quiere aprender de la realidad de una situación, cuando se requiere explicar relaciones causales complejas, realizar descripciones de un perfil detallado, generar teorías, analizar procesos de cambio longitudinales y estudiar un fenómeno que sea, esencialmente, ambiguo, complejo e incierto (Virrreal y Landeta, 2007 en Jiménez, 2012), también se recomienda cuando las situaciones a estudiar demandan observaciones muy prolongadas o que difícilmente pueden ser controlables (González, 2014). Este tipo de estudio permite medir y registrar al mismo tiempo la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado (Martínez, 2006).

Algunas de las críticas hacia el estudio de caso es que presenta problemas de fiabilidad y validez, comparada con la investigación empírica en donde se utilizan métodos cuantitativos (Martínez, 2006). Por lo mismo se recomienda aplicar el método de estudio de caso con la suficiente rigurosidad científica (Martínez, 2006) para restar los problemas que se puedan presentar con la fiabilidad y validez.

El autor González en el año 2014 propone una definición del estudio de caso desde el enfoque psicoanalítico, describe el estudio de caso como un método “eminente individual, profundo y que realiza un exhaustivo estudio de la personalidad”.

Se eligió el estudio de caso como modelo para desarrollar esta investigación ya que permite explicar las relaciones causales complejas y estudiar fenómenos ambiguos y complejos que están relacionados con el tema de investigación.

3.2 Objetivos del programa de intervención

3.2.1 Objetivo General.

Implementar un programa de intervención psicoterapéutica con el menor para el establecimiento de un vínculo seguro entre el niño y la figura materna sustituta y así reparar la privación parcial materna que vivió.

3.2.2 Objetivos específicos.

- Identificar la etapa de duelo en la que se encuentra el menor ante el abandono de los padres biológicos.
- Elaborar el proceso de duelo con el menor ante la pérdida de los padres biológicos.
- Reparación emocional y afectiva del hogar que el menor estableció con los padres biológicos.
- Reparación de las figuras parentales originales del menor
- Identificar las pulsiones agresivas del menor para la autorregulación.
- Identificación de las figuras representativas de afecto del menor
- Establecer una base segura o de confianza con la figura materna sustituta.
- Promover la vinculación segura con la figura materna sustituta.

- Promover la vinculación segura con la abuela paterna.
- Acompañamiento en el proceso legal con la figura materna sustituta.
- Identificar los recursos resilientes en el menor.
- Fortalecer la capacidad resiliente en su formación del Yo del menor.

3.3 Programa de intervención

3.3.1 Diseño de intervención.

Se propone un diseño de intervención integrado por 3 fases.

Nombre de la fase: Diagnóstico.

Objetivo de la fase: Conocer el estado emocional, cognitivo y psicológico en el que se encuentra un niño de seis años que vive con una figura materna sustituta a causa de una privación materna, para conceptualizar el caso desde el enfoque psicodinámico.

Técnica/recurso

- Historia clínica
- Entrevista clínica
- Prueba de la familia ideal
- Prueba de la familia real
- Prueba del dibujo de la figura humana
- Prueba de Apercepción temática para niños
- Terapia de juego psicoanalítico
- Observación
- Evaluación del examen mental

- Juego relacional

Nombre de la fase: Intervención

Objetivo de la fase: Implementar un programa de intervención psicoterapéutica para el establecimiento de un vínculo seguro con la figura materna sustituta de un menor de seis años, y así reparar la privación parcial materna que vivió.

Técnica/recurso

- Terapia de juego psicoanalítica
- Juego relacional

Nombre de la fase: Evaluación

Objetivo de la fase: Evaluar los cambios obtenidos a lo largo del programa de intervención.

Técnica/recurso

- Entrevista clínica
- Prueba de la familia ideal
- Prueba de la familia real
- Prueba del dibujo de la figura humana
- Prueba de Apercepción temática para niños
- Terapia de juego psicoanalítico
- Observación
- Juego relacional

3.3.2 Fases de intervención.

La propuesta de intervención está integrada por 3 fases: diagnóstico, intervención y evaluación, a continuación, se describen cada una de ellas.

Fase diagnóstica: Esta fue la única fase que se pudo implementar, el diagnóstico consto de 6 sesiones presenciales, en las cuales se pudo identificar las características del caso para conceptualizarlo desde el enfoque psicodinámico, conocer el estado emocional, cognitivo y psicológico en el que se encuentra el paciente. Para completar esta fase y tener los elementos necesarios para establecer los objetivos de intervención, se proponen 3 sesiones más de diagnóstico en donde se evalúa la existencia de elementos necesarios para implementar sesiones de juego relacional, haciendo con esto un total de 9 sesiones propuestas para la fase de diagnóstico.

Fase de intervención: Se propone una intervención donde se estima un aproximado de X sesiones, sin embargo, esto se puede adaptar a las características particulares de cada caso. Con este modelo propuesto se busca implementar un programa de intervención terapéutica para reparar figuras parentales y promover el establecimiento de un vínculo seguro con una figura materna sustituta.

Fase de evaluación: Se propone una fase de evaluación donde se estiman un aproximado de 8 sesiones posteriores al finalizar la fase de intervención. Al mismo tiempo se sugiere implementar la evaluación cualitativa posterior a un bloque de aproximado 5 sesiones de la fase de intervención.

3.3.3 Diseño de psicoterapia.

Terapia psicoanalítica (o psicodinámica) para niños.

Se puede definir la psicoterapia psicodinámica para niños como el proceso en el que se ayuda a un pequeño o joven a resolver algún problema emocional, de comportamiento o de la relación interpersonal, por medio de la relación que establece con un terapeuta, con el propósito de hacer posible un cambio interno que le permita reducir su angustia, corregir un comportamiento indeseable o poco adaptativo, o mejorar el tipo que se puede obtener un método preciso de evaluación al eliminarse en lo posible la ambigüedad en la comunicación producida por los patrones de la psicopatología (Salles, 2003).

Psicoanálisis relacional.

El concepto relacional hace referencia a poner especial atención en el impacto que las relaciones humanas tienen en la génesis de la actividad mental (Ávila, 2009). En cuanto al psicoanálisis relacional concierne tanto a lo intrapsíquico como a lo interpersonal, pero lo intrapsíquico es visto como constituido por la internalización de las experiencias interpersonales. Algunos de los supuestos básicos del psicoanálisis relacional es que se sugiere que para un desarrollo saludable del Self es necesaria en la que se incluya el reconocimiento del estado mental subjetivo del otro, al igual que el de uno mismo; afectos intensos despiertan afectos semejantes en los otros; que la experiencia de las relaciones tempranas y su repercusión en la realidad presente, así como la creencia de que los individuos están incluidos en una matriz relacional, da forma al continuo desarrollo y a la expresión de la personalidad (Lieberman, 2007; Ávila, 2009; Velasco, 2009).

Respecto a la parte práctica, en la psicoterapia desde el modelo relacional, se describe la empatía como lo central del proceso terapéutico, por lo cual el terapeuta deberá privilegiar la empatía sobre cualquier otro concepto, para poder entender los modelos de relación del paciente. La intervención del modelo relacional está centrada en la relación, el principal objetivo es el tratamiento psíquico con el consecuente desbloqueo es el tratamiento psíquico con el consecuente desbloqueo de iniciativas necesarias para el desarrollo emocional (Velasco, 2009).

Juego relacional.

El juego relacional surge a partir de la consolidación del psicoanálisis relacional, en esta forma de intervención con los niños, la reciprocidad es una característica fundamental durante el juego relacional (Mayo, 2010).

A partir de los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico, de las metas terapéuticas establecidas para desarrollar en la psicoterapia, y por lo mencionado con anterioridad respecto al modelo relacional, queda claro la importancia que tiene incluir el modelo relacional en la intervención para establecer apegos seguros. A continuación, se propone un modelo de intervención psicoterapéutica desde el modelo psicodinámico, integrando la técnica de juego relacional, que puede ser aplicada a niños que se encuentran en la segunda infancia, que han vivido una privación materna parcial o algún tipo de abandono y tenga presente una figura materna sustituta con la cual se pueda establecer un vínculo seguro.

Se sugiere que la intervención se aplique con sesiones semanales con duración de 50 minutos, la duración de la intervención dependerá de cada caso particular, sin embargo, por los temas a trabajar en la intervención se estima que sea un proceso terapéutico de larga

duración, por último, es importante mencionar que esto es solo una propuesta de intervención, por lo que se podría adaptar a las características del caso o los factores ambientales presentes.

Fases del programa de la psicoterapia.

Nombre de la fase de la psicoterapia: Elaboración de duelo y reparación emocional.

Los objetivos específicos que se esperan abordar en esta fase son los siguientes:

- Identificar la etapa de duelo en la que se encuentra el paciente ante el abandono de los padres biológicos.
- Elaborará el proceso de duelo con el paciente ante el abandono de los padres biológicos.
- Reparación emocional y afectiva del hogar que el paciente estableció con los padres biológicos.
- Reparación de las figuras parentales originales del paciente.

Nombre de la fase de la psicoterapia: Pulsiones.

Los objetivos específicos que se esperan abordar en esta fase son los siguientes:

- Identificar las pulsiones agresivas del paciente.

Nombre de la fase de la psicoterapia: Base segura

Los objetivos específicos que se esperan abordar en esta fase son los siguientes:

- Identificar las figuras representativas de afecto
- Que la figura materna sustituta se muestre accesible en el juego
- Que la figura materna sustituta esté preparada para responder cuando el paciente le pida aliento

- Que la figura materna sustituta ayude al paciente pero que intervenga activamente sólo cuando es evidentemente necesario

Nombre de la fase de la psicoterapia: Establecimiento de apego seguro

Los objetivos específicos que se esperan abordar en esta fase son los siguientes:

- Promover la vinculación segura con la figura materna
- Aumentar la atención total y sintonía con la figura materna sustituta en el juego dirigido por el niño
- Promover el reconocimiento de las emociones del niño para tener conciencia de las emociones y necesidades del niño
- Promover la empatía a través del reconocimiento de las emociones del niño
- Promover la vinculación segura con la abuela paterna

Nombre de la fase de la psicoterapia: Fortalecer los recursos del paciente.

Los objetivos específicos que se esperan abordar en esta fase son los siguientes:

- Identificar los recursos resilientes en el menor
- Fortalecer la capacidad resiliente en la formación del Yo del paciente.

Se propone una serie de técnicas en los apéndices para que el terapeuta que desee implementar este modelo pueda implementar en la fase de intervención, estas técnicas se encuentran agrupadas por temas o bloques de intervención como se presenta en el anterior apartado.

Apéndice

Nombre de la fase de la psicoterapia: Elaboración de duelo y reparación emocional.

Materiales para la actividad: Animales de diferentes hábitats, ya sean dibujos, recortes o figuras.

Objetivo de la sesión: Identificar a las personas que él considera familia y hablar sobre los miembros ausentes (en caso de que omita alguno). Se espera que esta actividad dé apertura para trabajar el duelo ante el abandono materno.

Descripción de la actividad: Pedir al niño que represente a su familia con animales.

Nombre de la fase de la psicoterapia: Pulsiones

Materiales para la actividad:

Objetivo de la sesión: Encontrar estrategias adaptativas para expresar las pulsiones que presenta el paciente.

Descripción de la actividad:

Nombre de la fase de la psicoterapia: Base segura

Materiales para la actividad: Hojas en blanco, lápiz, borrador, tajador, colores, crayolas, plumones, pinturas, pinceles.

Objetivo de la sesión: Propiciar espacios de convivencia entre el paciente y la figura materna sustituta, donde la figura materna sustituta brinde confianza y seguridad al paciente.

Descripción de la actividad: Pedir al paciente que elabore junto con la figura materna sustituta un acuario. Cuando terminen el acuario se les pide que le pongan nombre y después se realizan algunas preguntas sobre el acuario, acerca de qué peces viven ahí, qué hacen, así como pedir que cada uno diga que animal sería y preguntar cómo sería la relación entre ellos.

Nombre de la fase de la psicoterapia: Establecimiento de apego seguro

Objetivo de la actividad: Propiciar espacios de convivencia entre el paciente y la figura materna sustituta. Elaborar un cuento implica que ambas partes estén de acuerdo en el contenido y que trabajen en equipo, el cuento también ayuda a proyectar como se siente cada uno respecto al proceso terapéutico.

Materiales para la actividad: Hojas en blanco, lápiz, borrador, tajador, colores, crayolas, plumones, tijeras, pegamento.

Descripción de la actividad: Pedir al paciente que elabore, junto con la figura materna sustituta, un cuento sobre ellos dos. Después pedir que compartan ese cuento.

Nombre de la fase de la psicoterapia: Fortalecer los recursos del paciente

Materiales para la actividad: Hojas en blanco, cartulina, papel bond, lápiz, borrador, tajador, colores, crayolas, plumones, pintura, plastilina, tijeras, pegamento.

Objetivo de la actividad: Identificar con el menor y la figura materna sustituta los avances que ha tenido el paciente a lo largo de todo el proceso y plasmarlo de manera plástica.

Descripción de la actividad: Se le pide a la figura materna sustituta y al paciente que reflexionen acerca de los cambios que ha tenido el paciente a lo largo del proceso terapéutico, a partir de eso, ellos deberán decidir cómo lo van a representar de manera plástica, ya sea moldeando una imagen, realizando algún dibujo, alguna pintura o algo representativo del proceso. Al finalizar la representación plástica se dedican un espacio para platicar sobre el significado, se les preguntará por qué eligieron esos materiales, se preguntará cuáles fueron los avances o cambios que pudieron identificar, el terapeuta deberá detenerse en cada uno de los cambios que se reportaron y se ampliará en caso de que sea necesario, también se les preguntará cómo se sintieron mientras realizaban la actividad, si fue fácil o difícil identificar los avances.

4. Discusión y conclusiones

4.1 Relación intervención-cambios observados

A pesar de las limitaciones que se presentaron para la implementación del trabajo, y del corto tiempo que se pudo interactuar con el menor y su figura materna sustituta, se pueden describir cambios cualitativos observados en A, respecto al lenguaje, conducta y actividades académicas, estos cambios fueron reportados por la figura materna sustituta del menor y por el terapeuta. A continuación, se describen cada uno de estos cambios.

Evolución del lenguaje del menor. Como se mencionó en la fase de diagnóstico el lenguaje de A. no era claro, presentaba dificultades para pronunciar algunas palabras; la actitud del paciente cuando se le modelaba la correcta pronunciación de las palabras era favorable y participativa favoreciendo así el progreso del lenguaje. A partir de las primeras sesiones de diagnóstico, la figura materna sustituta comenzó a tener lecciones de lectura con A. en casa, lo cual pudo contribuir al mejoramiento en el lenguaje, En las últimas sesiones de diagnóstico la figura materna sustituta reporta que ha observado en A. una notable evolución en la pronunciación de palabras y una mejoría en el ritmo, siendo este más pausado, lo cual ha facilitado que las personas puedan entender lo que él quiere expresar.

Cambios conductuales en el menor. Algunas de las conductas problemáticas que A. presentaba y que evolucionaron de manera favorable durante la fase de diagnóstico, era la presencia de agresividad en la convivencia con sus pares, la expresión de agresividad durante el juego había disminuido en las últimas sesiones de diagnóstico, en casa se mostraba disponible y participativo a lo que la figura materna sustituta ordenaba o pedía. Sin embargo, debido a la complejidad del caso, la naturaleza del conflicto y el trabajo de intervención que

no se pudo aplicar, la figura materna sustituta ha reporta que se siguen presentando algunas conductas agresivas, aunque también ha observado una evolución favorable en el menor.

Ambiente escolar. En las últimas sesiones de diagnóstico la figura materna sustituta reporta que A. había incrementado la disposición para realizar las tareas académicas, tanto en casa como en la escuela, el cumplimiento de las tareas comenzó a ser constante, se mostraba disponible en la escuela para realizar las tareas, las dificultades en atención disminuyeron levemente, aunque se presentaban dificultades para prestar atención a las clases. Hay que enfatizar que las lecciones de lectura que A. comenzó a tener con la figura materna sustituta, mencionadas anteriormente, contribuyeron a mejorar la lectoescritura y el rendimiento académico.

Cambios observados de la figura materna sustituta. La figura materna sustituta comenzó de nuevo con los trámites para ser la tutora legal de A. y su hermano menor. Trámite que anteriormente abandono por la ineficacia del personal que la atendió en la institución del gobierno donde acudió, lo cual hizo que desistiera del proceso. En las últimas sesiones de diagnóstico la figura materna sustituta reporta que comenzó con los trámites y que ahora la atención que recibió fue oportuna, clara y que los trámites para obtener la tutela de los menores eran ágiles, a comparación de hace algunos años, lo cual la tiene motivada para concluirlos.

4.2 Comparación cambios observados-literatura sustento

El desarrollo psicológico en la niñez temprana que comprende de 3 a 6 años se caracteriza principalmente por el crecimiento físico (Papalia et al. 2012). En las pocas sesiones que se pudo tener con el paciente se observaron pequeños cambios físicos en A.

principalmente en estatura. Otra característica de esta etapa de desarrollo es la inmadurez cognoscitiva que produce ideas ilógicas sobre el mundo (Papalia et. al. 2012), esto podría dar explicación a los indicadores de fantasía encontrados en las pruebas proyectivas, es decir la fantasía es una característica de la edad debido a la inmadurez cognoscitiva.

Otros elementos de relevancia que se observan en la niñez temprana es el desarrollo afectivo “todo niño desde que nace necesita del afecto de sus padres, para lograr afianzar su esquema emocional, personal y sensorio-motriz”, en el caso de A. quien es privado del afecto de sus padres, así como igual vive diversas carencias relacionadas con la parte afectiva, lo cual afecta el desarrollo afectivo. La importancia de que los niños estén en un ambiente donde se estimule el desarrollo afectivo, es que se considera como uno de los factores fundamentales en toda evolución del ser humano (Moreno et al 2011), que más tarde este desarrollo afectivo participa de manera importante en el desarrollo moral, algunas consecuencias a largo plazo de la privación de estímulos afectivos podrían ser disturbios emocionales en la adolescencia y edad adulta, sin embargo, algunas veces pueden ser modificaciones y tornarse reversibles por medio de la intervención apropiada, su grado de reversibilidad es variable de acuerdo con el momento del desarrollo en el que ocurre la intervención y al tipo de ésta (Souza & Escotto, 1985).

Bowlby planteó la hipótesis de que la necesidad de vinculación entre el niño y su madre constituyen una necesidad primaria y fundamental en el desarrollo de la personalidad que cumple una función de supervivencia y protección para el niño (Amar & Berdugo, 2006). Cuando un vínculo de apego se ve perjudicado se produce la tristeza y algunas veces la depresión, si está amenazado se produce ira y angustia (Holmes, 2009). Es por eso que el trabajo en tempranas edades para reparar o permitir el desarrollo afectivo es de suma

importancia, alguna de estas es que se considera que cimienta las bases del desarrollo moral años más tarde.

Como ya se mencionó A. vivió diversas carencias con sus padres biológicos y para poder reparar estas carencias es importante que A. elabore un duelo ante la pérdida emocional de sus padres. León (2011) describe el duelo como la reacción de un individuo ante la pérdida de una persona amada, de una idea o de un proyecto cuyo valor y significado son importantes para el sujeto, por lo que el duelo no solo corresponde al fallecimiento de alguien, sino que también se refiere al abandono que pueden vivir algunas personas. Continuando con el duelo, de acuerdo con Kübler-Ross & Kessler (2017) los niños no cuentan con los recursos ni la experiencia necesaria para integrar la pérdida en su mundo, es de gran importancia elaborar un duelo con los niños de las situaciones que para ellos son importantes. Un niño en una situación de pérdida materna o deprivado, espera que alguien lo sostenga, aquí la relevancia que tiene la figura materna sustituta en la vida de A., él también necesita una restitución del vínculo confiable que ha perdido, ya sea de su madre o de la familia primaria (Castrillón & Vanegas, 2014), si esto falla, el niño va a buscar el modo de llenar ese vacío con reclamos al ambiente presentando sintomatología de la conducta antisocial: las conductas agresivas, la mentira, el robo, la compulsión a la crueldad, hasta la psicopatía.

Además, un niño que ha perdido a su figura de apego deberá en primer lugar elaborar la pérdida para después construir una segunda vinculación saludable (Legaz, 2003) es por esto que en la intervención se propone que el niño elabore un duelo de sus figuras de apego, repare este apego y posteriormente reconstruya una vinculación saludable con su figura materna sustituta.

Se ha estudiado que los efectos en niños que han vivido la privación materna posterior al primer año de vida van a depender de los vínculos que estableció durante los dos primeros años de vida, si estos vínculos fueron buenos y hay una figura sustituta es probable que el niño logre establecer buenos lazos afectivos, sin embargo, si las experiencias anteriores han sido malas es poco probable que genere buenos lazos (Rosas et al 2000). En el caso de A. estuvo presente una figura materna sustituta de manera cercana a él durante el primer año de vida, antes de vivir el abandono por parte de su madre biológica, el hecho que la figura materna sustituta de A. haya sido su tía, disminuyo los efectos negativos que se pudieron presentar en A.

De acuerdo con Bowlby (1954) el efecto de la privación resulta relativamente leve si el niño es atendido por alguien con quien se ha encariñado y en quien confía, pero puede ser grave si la madre adoptiva, aun cuando sea amable, le es extraña. Continuando con esto, se tiene información de que los niños que han sido recibidos por una familia acogedora se han vinculado con sus nuevos cuidadores, recupera un espacio que le permite establecer nuevos vínculos, repitiendo ahora un patrón de vinculación sana (Rosas et al 2000),

El duelo en los niños se manifiesta de manera diferente a comparación de los adultos, el duelo infantil se caracteriza por la protesta, desesperación y desapego (Bowlby, 1986) de acuerdo con Gamo & Pazos (2009) mientras más temprano sea la pérdida hace que el duelo sea más difícil y puede generar problemas en el desarrollo de la personalidad. En el caso de A. quien vivió un duelo por la figura materna en los primeros dos años de vida, podría generarle a futuro problemas en el desarrollo de su personalidad.

Es importante brindar espacios para que los niños reparen emocionalmente las pérdidas, como en el caso de A. ya que, si no se le brinda al niño la posibilidad de elaborar la

pérdida y restablecer su vida física y emocional, el niño busca de una manera u otra el modo de lograr que el mundo reconozca la deuda que tiene hacia él (Castrillón & Vanegas, 2014).

Al ofrecer a los niños y en este trabajo, al ofrecerle a A. una intervención para elaborar las pérdidas de sus figuras parentales al mismo tiempo se ofrece una oportunidad para desarrollar una base segura con su figura materna sustituta. De acuerdo con Holmes (2009) la elaboración de las pérdidas (pasadas) comprenden una parte esencial de la terapia basada en el apego, y se da cuando el terapeuta logra ofrecer una base segura temporalmente, así la ira y la desesperación relacionadas al proceso de duelo pueden negociarse para alcanzar, como mínimo, una aceptación parcial. Castrillón & Vanegas (2014) describe el vínculo reparador como un “proceso intersubjetivo donde está presente la capacidad del ambiente para resarcir el daño causado y los recursos psíquicos de los niños deprivados para aceptar la reparación ofrecida por el ambiente”, y este es el tipo de vínculo que se espera que A. establezca con su figura materna sustituta.

4.3 Sugerencias y conclusiones

4.3.1 Conclusiones.

El objetivo de la investigación fue establecer, entre un niño de seis años de edad y la figura materna sustituta un vínculo seguro, y así reparar la privación parcial materna que vivió, el enfoque psicodinámico brindó elementos sustanciales para trabajar con temas de dicha naturaleza como el vínculo afectivo y reparación de alguna figura parental.

En cuanto a la fase de diagnóstico, que fue la única que se pudo implementar, se cumplió con el objetivo general y con los objetivos específicos planteados en el diseño de la intervención, pudiendo así reunir la información necesaria para conceptualizar el caso desde el

enfoque psicodinámico, así como establecer las metas terapéuticas que servirían para diseñar la intervención.

El proceso terapéutico fue breve debido a la pandemia del Covid-19 y se tienen que suspender las sesiones presenciales, no se pudieron establecer sesiones virtuales, sin embargo, se observaron cambios cualitativos en el menor en la fase de diagnóstico, algunos de los factores que se infiere influyeron para lograr estos cambios, se cree que fueron el compromiso y disponibilidad con el proceso terapéutico que mostro en todo momento la figura materna sustituta, la disponibilidad del menor en las sesiones, la alianza terapéutica establecida con la figura materna sustituta y con el menor, así como el interés de la figura materna sustituta por iniciar un proceso psicoterapéutico para el menor hace algún tiempo atrás, sin embargo, debido a las limitaciones de acceso de este servicio en el lugar donde viven, no se había podido iniciar un proceso de terapia antes.

Estos cambios observados en la fase de diagnóstico sugieren que, en caso de haber aplicado el programa de intervención completo, los resultados hubieran sido exitosos por los factores ya descritos con anterioridad.

4.3.2 Sugerencias.

A partir del trabajo desarrollado se puede aportar algunas sugerencias a futuros terapeutas que deseen aplicar el modelo de intervención.

En el caso de los niños que viven con una figura materna sustituta, alguno de estos niños tiene los trámites legales en orden, es decir ya realizaron el trámite de la tutela del menor y el adulto que participa como figura materna sustituta es el tutor legal del niño. Es importante aclarar que solo es el trámite de tutelaje, ya que los padres no pierden la patria

potestad, tampoco es una de adopción legal, ya que los menores conservan los apellidos de los padres biológicos. Sin embargo, en algunas ocasiones los padres biológicos están presentes intermitentemente por lo que no pueden hacerse cargo de estos niños y deciden entregarlos de manera simbólica, y solo lo acuerdan de manera verbal, a algún familiar considerado como el mejor capacitado para criar a los menores, lo cual deja a los niños y a las figuras maternas sustitutas desprotegidos legalmente. En el caso de algunos niños, los cuidadores o la figura materna sustituta no cuenta con el documento legal donde se le autoriza como tutor del menor, lo cual traería implicaciones en el proceso terapéutico para firmar los formatos necesarios para establecer un proceso terapéutico.

En el caso de los niños que la figura materna sustituta no tiene el tutelaje legal, es importante que el psicólogo tome ciertas medidas para proteger su práctica, alguna de las opciones es, que si el menor vive en algún municipio, pedir a la figura materna sustituta que trámite con el juez de paz del municipio una carta en donde se respalde que este adulto se hace cargo del menor y mencionar desde hace cuánto tiempo, así como mencionar que fue por mutuo acuerdo, en caso de ser así, tanto de los padres o madre biológica, como de la figura materna sustituta, en este caso, deberá ser firmado por ambas partes, en caso de abandono de la madre biológica, las autoridades son testigos del abandono de la madre biológica, por lo cual, el cuidado del menor quedó bajo la figura materna sustituta. En caso de que la madre o padre biológico esté presente de manera intermitente invitarlo a alguna sesión para que autorice el proceso terapéutico y se firmen los formatos necesarios. Siempre hay que recomendar a los adultos que se encuentran como figuras maternas sustitutas resolver la parte legal en beneficio del menor.

4.3.3. Sugerencias para modalidad virtual.

Las sesiones en línea o virtuales son una modalidad que en los primeros meses del 2020 comenzó a implementarse con mayor presencia en el área clínica a causa de la pandemia mundial ocasionada por el Covid-19 y por las medidas de seguridad recomendadas por el gobierno para proteger la salud de la población, con esto, impidiendo las sesiones presenciales. La modalidad virtual en psicoterapia es un área de la psicología donde hay mucho por investigar y aportar, es una modalidad que llegó para quedarse dado las circunstancias actuales en donde la pandemia todavía se encuentra presente con índices altos y las recomendaciones emitidas por el gobierno ante la nueva normalidad impiden las sesiones presenciales.

En caso de replicar de manera virtual el modelo de intervención propuesto ya sea de manera original o con alguna adaptación, hay que evaluar la pertinencia y los factores que puedan interferir a lo largo de la intervención y, sobre todo, siempre buscar no afectar u ocasionar algún efecto iatrogénico con el paciente. Algunas de los factores que hay que tener en cuenta al replicar el modelo de manera virtual se describen a continuación.

Factores ambientales. Hay que tomar en cuenta todos los factores ambientales que pudieran interferir a lo largo de todo el proceso. El factor más importante que se tendría que evaluar al inició, es preguntar si la familia del paciente cuenta con los medios necesarios para mantener sesiones en línea, es decir, si cuenta con conexión a internet, en caso de utilizar datos la posibilidad de costear el consumo de esto, indagar si cuentan con un dispositivo móvil para conectarse, como teléfono, tableta electrónica o computadora y preguntar sobre la experiencia que han tenido con aplicaciones o plataformas para realizar videollamadas o reuniones. Por otro lado, hay que evaluar si el paciente cuenta con un lugar físico en el hogar

donde pueda ser destinado para las sesiones de terapia, de tal forma que cada sesión puede desarrollarse en el mismo escenario y que esto no interfiera con el proceso terapéutico, además, sugerir a la familia del paciente que sea un espacio donde se respete la privacidad de proceso y que otros miembros de la familia no interfieran durante las sesiones.

No afectar el establecimiento de la base segura. Uno de los objetivos del programa de intervención es proporcionar al menor los elementos necesarios para desarrollar una base segura, por lo mismo, es muy importante reflejar al paciente que, a pesar de la distancia el terapeuta está presente de manera activa en el proceso psicológico y evitar conductas o actitudes que puedan ser interpretadas por el niño como un abandono o pérdida de una figura representativa, algunas de las conductas que el menor pudiera interpretar como una abandono es la cancelación repentina de las sesiones por factores externos tanto por parte del terapeuta como del mismo paciente, algunos de estos factores externos pueden ser la falla en el servicio de internet, falla de algún dispositivo donde se mantenían las sesiones, o cancelación por motivos personales tanto del paciente como de terapeuta. Además de esto se recomienda tener estabilidad en días y horarios destinados para el proceso de terapia, ya que, si las sesiones se desarrollan cada semana en días y horarios diferentes, no se está brindando una estructura al niño, y no se está transmitiendo la seguridad de que el terapeuta está ahí disponible para él.

Adherencia al tratamiento. Al ser un proceso psicoterapéutico de manera virtual hay que procurar establecer una alianza terapéutica muy fuerte, tanto con el paciente como con la figura materna sustituta, esto es para asegurar la adherencia al tratamiento y que la figura materna sustituta asuma el compromiso de presentarse de manera puntual a las sesiones, dejarle en claro que se tiene que cumplir con un horario estipulado y en caso de cambiar o cancelar la sesión hacerlo de manera oportuna brindando los motivos por los cuales se desea

realizar ese cambio, además el terapeuta deberá procurar brindar un ambiente de seriedad que mecerá un proceso terapéutico, a pesar de ser en línea.

Técnicas del proceso de intervención. Antes de aplicar alguna técnica propuesta en el modelo de intervención, o alguna otra técnica que el terapeuta desee aplicar hay que evaluar la posibilidad de realizarlo en un espacio virtual, es decir, el terapeuta tendría que preguntarse si esa técnica es viable para realizarse a través de una videollamada, en caso de necesitar algún material, evaluar la posibilidad que el paciente tenga a la mano dichos materiales o que sea de fácil acceso, así como adaptar la actividad en caso que sea necesario para que sea factible aplicar en un espacio virtual, por último, hay que tener claro el objetivo de aplicar dicha técnica y evaluar si aportará algo al proceso terapéutico.

4.3.4 Limitaciones.

Al comienzo de este trabajo una de las primeras limitaciones con la que el terapeuta se tuvo que enfrentar fue la búsqueda del participante, ya que la prevalencia de los casos de niños con la característica de vivir con una figura materna sustituta y que solicitaran servicios de atención psicológica pública o privada fueron escasos; sin embargo, no se puede hacer la inferencia de que los casos de niños con una figura materna sustituta sean escasos por la demanda que tienen en las clínicas, sino que la ausencia de estos casos se debe a diversos factores, alguno de ellos pudiera deberse a la parte legal, no se tiene un registro de cuantos niños viven con una figura materna sustituta y no han resuelto la parte legal que implica el trámite de tutoría o si se desea el de adopción, este último, es el proceso más largo. En algunas instituciones de atención psicológica se niega el servicio cuando no es el tutor legal del menos el que acude a solicitar el servicio, impidiendo que estos niños lleguen a terapia. Otro factor por lo cual los niños no llegan a terapia, es que la figura materna sustituta no se preocupa por

la salud mental de los tutorados, por diversos factores como los económicos, presencia de hijos biológicos de la figura materna sustituta, el agotamiento de la vida diaria o la figura materna sustituta brinda cuidados negligentes a estos menores, otro factor que pudiera estar relacionado con la ausencia de estos niños en la práctica clínica es que no se promueve los beneficios de elaborar un vínculo sano en los niños, tampoco se habla de los beneficios que en la edad adulta pudieran estar presentes gracias a una sana vinculación en la infancia, también hace falta promover la importancia de reparar emocionalmente a niños que vivieron abandono o privación materna parcial. De los últimos factores que puedo mencionar por los cuales estos niños no llegan a terapia, pudiera deberse a la situación geográfica en la cual se encuentran, es decir, viven en zonas marginadas de servicios básicos y de servicios de cuidado de la salud mental, esto igual va acompañado de la falta de información sobre el trabajo del psicólogo clínico y los beneficios de la psicoterapia.

Otra limitación que se presentó para desarrollar este trabajo fue la presencia de la pandemia mundial por el Covid-19 y las ordenes que emitieron los gobiernos de cada entidad para proteger a la población, que en este contexto particular incluyo el confinamiento social para preservar la salud de las personas y por lo cual los procesos terapéuticos presenciales se vieron interrumpidos de forma muy repentina. En el caso del paciente se logró entablar comunicación para explicar la suspensión de las sesiones de manera virtual, las características socioeconómicas y geográficas del paciente impidió la implementación de sesiones de manera virtual, ya que no tienen acceso a internet y viven en el interior del estado lo cual impedía una comunicación de manera virtual, sin embargo, se propuso tener comunicación vía llamada telefónica o mensajes de texto en caso de presentarse alguna situación donde sea necesaria la intervención de algún psicólogo o para dar seguimiento al caso, se propuso continuar con las

sesiones presenciales, si así lo deseaba A. y la figura materna sustituta apenas el gobierno emita algún mensaje de reactivar los servicios de manera presencial, sin estar en riesgo o verse expuesta la salud de A., de la figura materna sustituta o del terapeuta.

4.3.5 Alcances.

Uno de los alcances que espera tener este trabajo es hacer visible el problema legal que muchos niños viven al estar con una figura materna sustituta sin tener los trámites legales en orden, además de evidenciar la poca disponibilidad en el área clínica para ser atendidos, así como reflexionar sobre las estadísticas y que posiblemente estos niños no existan en los números por lo que se desconoce cuántos de ellos viven en condiciones privación materna, ya sea parcial o completa.

Por otro lado, se espera que este trabajo sirva para futuras intervenciones en donde los objetivos terapéuticos impliquen reparaciones emocionales de figuras parentales y el establecimiento de vínculo con nuevos cuidadores, que el modelo de intervención propuesto sea un modelo accesible para muchos terapeutas, de fácil aplicación y disponible para realizar modificaciones dependiendo de cada proceso terapéutico. Es importante señalar que cada caso presenta características muy particulares debido a la naturaleza del problema, lo cual hay que tener en cuenta al momento de diseñar o replicar algún modelo de intervención para trabajar la reparación emocional de vínculos afectivos con niños que han sufrido alguna privación materna o algún tipo de abandono. Cada caso es único y diferente por lo cual no se pueden generalizar los resultados, pero se espera que este trabajo sirva como guía para brindar atención clínica con otros pacientes.

Por lo antes mencionado, en este trabajo únicamente se propone un plan de intervención, y se espera que este plan de intervención sea adaptado a cada situación particular que este viviendo el paciente, evaluando factores como los económicos, sociodemográficos, familiares, educativos, características personales, etapa de desarrollo, solo por mencionar algunos.

Referencias

- Aguilar, J., Dávila, A., Rivera, A., Chávez, L., Vidaurri, N., Rodríguez, K. & Vargas, R. (2020). El psicoanalista relacional y sus apegos. *Clínica e investigación relacional*. 14(1), 69-76.
- Amar, J. & Berdugo, M. (2006). Vínculos de apego en niños víctimas de la violencia intrafamiliar. *Psicología desde el caribe*. 18, 1-22. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21301802.pdf>
- Aranda, C. (2014). *El duelo infantil en la escuela: protocolos de intervención*. (Tesis maestría inédita). Universidad Internacional de La Rioja, Logroño, España.
- Aranda Boyzo, B., Ochoa Bautista, F. & Lezama Lezama, E. (2013). Función materna, subjetividad y maltrato infantil. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 16 (3), 1014-1035.
- Ávila, A. (2009). La psicoterapia psicoanalítica relacional: Conceptos fundamentales y perspectivas. *Simposio interpsiquis 2009*. Recuperado de https://psiquiatria.com/trabajos/usr_860957546436.pdf
- Ávila, A. (2020). El psicoanálisis Relacional y la Teoría del Apego. *Clínica e investigación Relacional*. 14(1), 45-61.
- Ávila, A., Bastos, A., Castelo, J., García Vldecasas, S., Gasparino, A., Pinto, J., Rubí, M., Viada, A., Vivar, P. & Aburto, M. (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*. 2(4): 155-192.
- Barreiro, S., Foscarini, M., Katz, S., Podgaetzky, V. & Varas, M. (2006). La función materna en familias con madres ausentes. *Revista Argentina de Humanidades y Ciencias*

- Sociales*. 4(2). ISSN 1669-1555. Recuperado de <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Volumen-4-n%C2%BA-2-2006-barreiro-et-al.pdf>
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. España: Editorial Gedisa.
- Bengoechea, P. (1996). Un análisis comparativo de respuestas a la privación parental en niños de padres separados y niños huérfanos en régimen de internado. *Psicothema*. 8(3), 597-608.
- Bowlby, J. (1954). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Estados Unidos: OMS.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. España: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. España: Ediciones Morata.
- Castrillón, L. & Vanegas, J. (2014). El vínculo reparador entre los niños deprivados y las instituciones de protección social. *Revista Vanguarda psicológica clínica teórica y práctica*. 4 (2), 108-121.
- Corbal, P. (2008). *Contextualizando el juego*. Trabajo presentado en el IX Congreso Argentino de Antropología Social de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones, Posadas, Argentina.
- Cyrulnik, B. (2005). *Bajo el signo del vínculo* Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- De Jongh, O. (2017). Psicoterapia infantil: elementos distintivos y propuesta de intervención. *Alternativas en psicología*. 37, 48-63. Recuperado de <https://www.alternativas.me/attachments/article/145/04%20-%20Psicoterapia%20infantil.pdf>

- Esquivel, F., Heredia, M. & Gómez Maqueo, E. (2017). *Psicodiagnóstico clínico del niño, cuarta edición*. México: Editorial Manual Moderno.
- Gamo, E. & Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 29 (104), 455-469.
- Garelli, J. & Montuori, E. (1997). Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment. *Pediatría práctica*. 95, 122-125. Recuperado de https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/1998/98_122_125.pdf
- Gayá, C., Molero, R. & Gil, M. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 3 (1), 375-383.
- Ginestar, M., Otto, M., Rodríguez, M. & Geretto, M. (2012). Ejercicio de las funciones parentales en las familias ampliadas. *Revista tesis*. (1), 78-89. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/tesis/article/view/2863>
- González, J. & Rodríguez, M. (2013). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. México: Plaza y Valdés.
- González, J. (2014). *La investigación en psicoanálisis: Modelo circular en un solo caso*. Altheia, Psicología y psicoanálisis.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010) *Metodología de la investigación (5ta Edición)*. México: McGrawHill.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. España: Desclée de Brouwer.
- Iglesias, A. & Barranco, J. (2010). *Psicoanálisis y duelo. Comprendiendo el dolor frente a la pérdida*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

- Jiménez, V. & Comet, C. (2016). Los estudios de casos como enfoque metodológico. *ACADEMO. Revista de investigación en ciencias sociales y humanidades*, 3(2).
Recuperado de [file:///C:/Users/84704/Downloads/Dialnet-LosEstudiosDeCasosComoEnfoqueMetodologico-5757749%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/84704/Downloads/Dialnet-LosEstudiosDeCasosComoEnfoqueMetodologico-5757749%20(1).pdf).
- Jiménez, V. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Rev. Int. Investigación Cienci. Soc.* 8 (1), 141-150.
- Kübler Ross, E. & Kessler, D. (2017). *Sobre el duelo y el dolor*. España: Grupo Editorial 62, Ediciones Luciérnaga.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
- Legaz, E. (2003). Una aproximación a la adopción desde la teoría del apego. *Información psicológica dossier*. 82, 14-20. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/379>
- León, P. (2011). El duelo, entre la falta y la pérdida. *Desde el jardín de Freud*. (11), 67-76.
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4547212>
- Liberman, A. (2007). Stephen A. Mitchell: un constructor de puentes. Contribuciones al psicoanálisis relacional. *Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis*, (10), 19-41.
Recuperado de http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/019-041_Liberman.pdf
- Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *Rev. CES Psicol.*, 10(1), 83-98.
- López, F. (2009). *Amores y desamores. Procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos*. España: Editorial Biblioteca Nueva.
- Luzzi, A & Bardi, D. (2009). Conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños, Punto de partida para una investigación empírica en psicoterapia. *Anuario de investigaciones*. 16, 53-63.

- Marín, S. (2014). Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis. *Revista de Psicología Universidad de Atíoqui*. 6(1), 125-140.
- Martinez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*. (20),165-193 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>.
- Mayo, M. (2010). El juego relacional y la discapacidad visual. Integración. *Revista sobre discapacidad visual*, (58). ISSN 1887-3383. Recuperado de <http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual/publicaciones-sobre-discapacidad-visual/revista-integracion>
- Moreno, R., Quintero, M. & Méndez, R. (2011). Privación afectiva materna y conducta agresiva en niños y niñas en etapa inicial. *14* (1), 35- 41.
- Negro, M. (2012). *Función materna y superyó en la enseñanza de Jacques Lacan*. Trabajo presentado en el IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX. Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- O'Connor, K., Schaefer, C. & Braverman, L. (2017). *Manual de terapia de juego*. México: Editorial Manual Moderno.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 4 (1), 65-81.
- Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción psicológica*. 8 (2), 2 55-65.
- Ostrosky, F., López, G. & Ardilla, A. (1999). Influencias de la edad y de la escolaridad en el examen breve del estado mental (Mini-Mental StateExamination) en una población hispano-hablante. *Salud mental*. 22 (3), 20-26.

- Paolicchi, G., Serantes, A., Núñez, A., Bozalla, L., Sorgen, E., Bosoer, E., Maffezzoli, M., Metz, M., Pereyra, C., Alfaro, M., Basso, F., Lobosco, C., Muras, M. & Salvatierra, E. (2017). Funciones Parentales, Tipo de Apego y Juego. Trabajo presentado en el IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la XXIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología y el XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Papalia, D., Feldman, R. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: Mac Graw Hill Education.
- Pérez, B & Támara, E. (2013). Vínculo afectivo en la relación parento-filial como factor de calidad de vida. *Tendencias & Retos*. 18 (1), 17-32.
- Pérez, B. & Arrázola, E. (2013). Vínculo efectivo en la relación parento-filial como factor de calidad de vida. *Tendencias & Retos*. 18 (1), 17-32.
- Pinzón, B. & Pérez, M. (2014). Estilos de apego y relación con la figura materna en mujeres que viven violencia conyugal. *Psicología Iberoamericana*. Vol.22 n° 1 pp- 16-24 ISSN 1405-0943 Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133944229003.pdf>
- Portalatin, B. (2020). Sobre el juego en Winnicott. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de psicoterapia*. 14 (1), 163- 184.
- Rodríguez, A. (2011). Epistemología y abordajes investigativos en psicología dinámica (psicoanálisis relacional). *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 1(2), 36-65.
- Rodríguez, C. (2007). Epistemología del psicoanálisis relacional. *Clínica e investigación relacional*. 1(1), 9-41.
- Rodríguez, S. & Espinosa, T. (2011). Duelo por abandono infantil en niños de 5 a 10 años. (Tesis de diplomado inédita). Asociación Mexicana de Tanatología, México, D.F.

- Román, M. & Palacios, J. (2011). Separación, pérdida y nuevas vinculaciones: el apego en la adopción. *Acción Psicológica*. 8 (2), 99-111.
- Rosas, M., Gallardo, I. & Díaz, P. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología*. 9 (9). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26409110>
- Rúa, A. (2015). Los cuidados maternos y su relevancia en la salud mental: efectos de la primera experiencia vinculación del sujeto. *Psicología, psicoanálisis y conexiones*. 7 (11). Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/24849/20247>
- Rutter, M. (1990) *La privación materna*. España: Editorial Morata.
- Sainz, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. España: Editorial Herder.
- Salinas Quiroz, F., Morales Carmona, F., De Castro, F., Juárez-Hernández, M., Posada, G. & Carbonell, O. (2015). Educación Inicial de Base Segura: Indicador de la calidad educativa para la primera infancia. *Psicología Iberoamericana*, 23(1),75-82.
- Salles, M. (2003). *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescente*. México: Plaza y Valdés.
- Sánchez, P. (2012). La experiencia vinculante afectiva del sujeto adolescente infractor. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 10 (1), 453-465.
- Scalozub, L. (1998). El duelo y la niñez. *Más allá de las fronteras del Psicoanálisis*. 20 (2), 367- 383.
- Shaffer, D. & Kipp, K. (2013) *Developmental Psychology. Childhood & Adolescence* (9na Editin). Canada: Wadsworth Cengage Learning.

- Sierra, P. (2011). El vínculo afectivo de apego: investigación y desarrollo. *Acción psicológica*, 8 (2), 5-7.
- Souza, M. & Escotto, J. (1985). Actualización por temas. Controversias en torno a la privación afectiva en la infancia. Sus causas, efectos y prevención. *Salud mental*, 8 (1), 39-50.
- Talaferro, A. (2005). *Curso básico de psicoanálisis (16° reimpresión)*. Argentina: Paidós.
- UNICEF (2018). *Informe Anual México 2018*. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/media/1781/file/Informe%20anual%202018.pdf>
- UNICEF. (2019). Panorama Estadístico de violencia contra niñas, niños y adolescentes en México. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>
- Urrego, Y., Restrepo, J., Pinzon, S., Acosta, J., Díaz, M. & Bonilla, C. (2014). Vínculo afectivo en pares y cognición social en la infancia intermedia. *International Journal of Psychological Reserch*, 7(2), 51-63.
- Velasco, R. (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional? *Clínica e investigación relacional*, 3 (1), 58-67.
- Vexelman, E. (2008). Representación de la figura materna en niños cuya madre falleció a causa de una enfermedad. (Tesis de licenciatura inédita). Pontifica Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Apéndice

Consentimiento informado

Psic Lidia Gabriela Pech Balam

Cédula profesional: 11474032



CONSENTIMIENTO

A mi petición, la Psicóloga Lidia Gabriela Pech Balam con cédula profesional 11474032 ha facilitado sus instalaciones para brindarme a mí y a mi familia en su caso, el Servicio de Apoyo Psicológico.

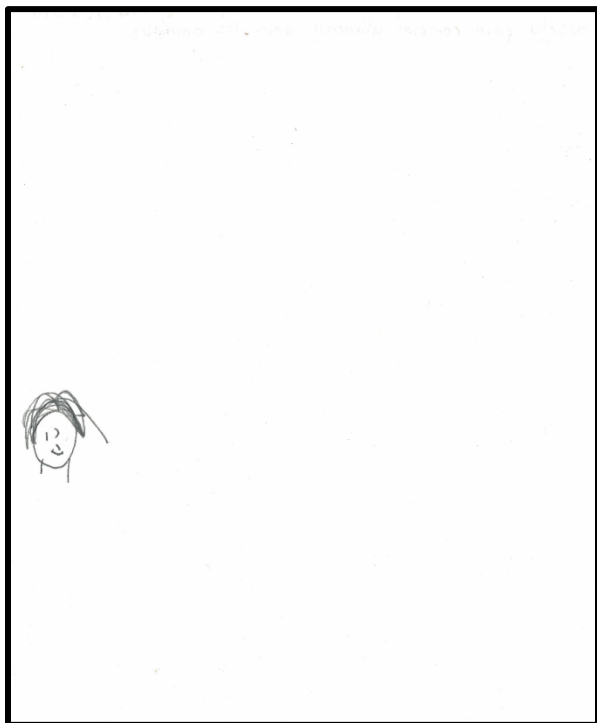
La información que la psicóloga obtenga durante las sesiones de atención psicológica puede ser importante o significativa desde un punto de vista profesional y/o educativo y por ello estoy de acuerdo con que la información pueda ser utilizada como recurso para algún propósito educativo razonable.

Cualquier información que sea revelada en las sesiones de atención psicológica será mantenida confidencialmente entre la psicóloga y supervisores, excepto cuando se juzgue, con base en una evidencia particular o informe, que el cliente esté involucrado en un acto donde ponga en riesgo su integridad física o la integridad física de algún tercero.

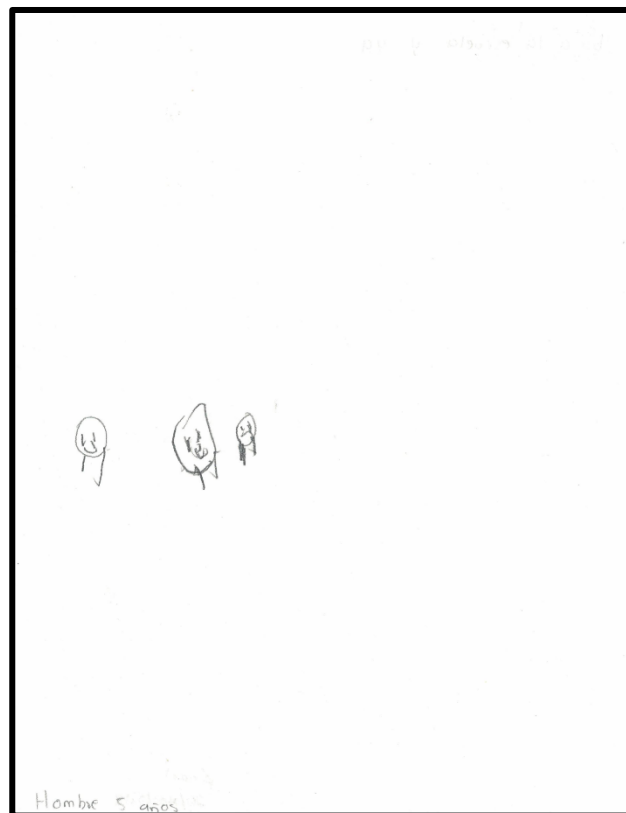
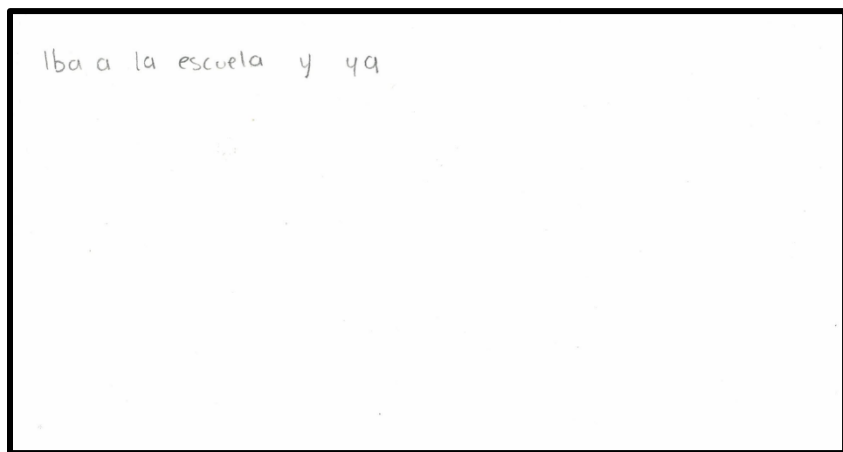
El cliente o la familia tienen el derecho de abandonar el programa en cualquier momento sin perjuicio para ellos.

FECHA: 13-Nov-19

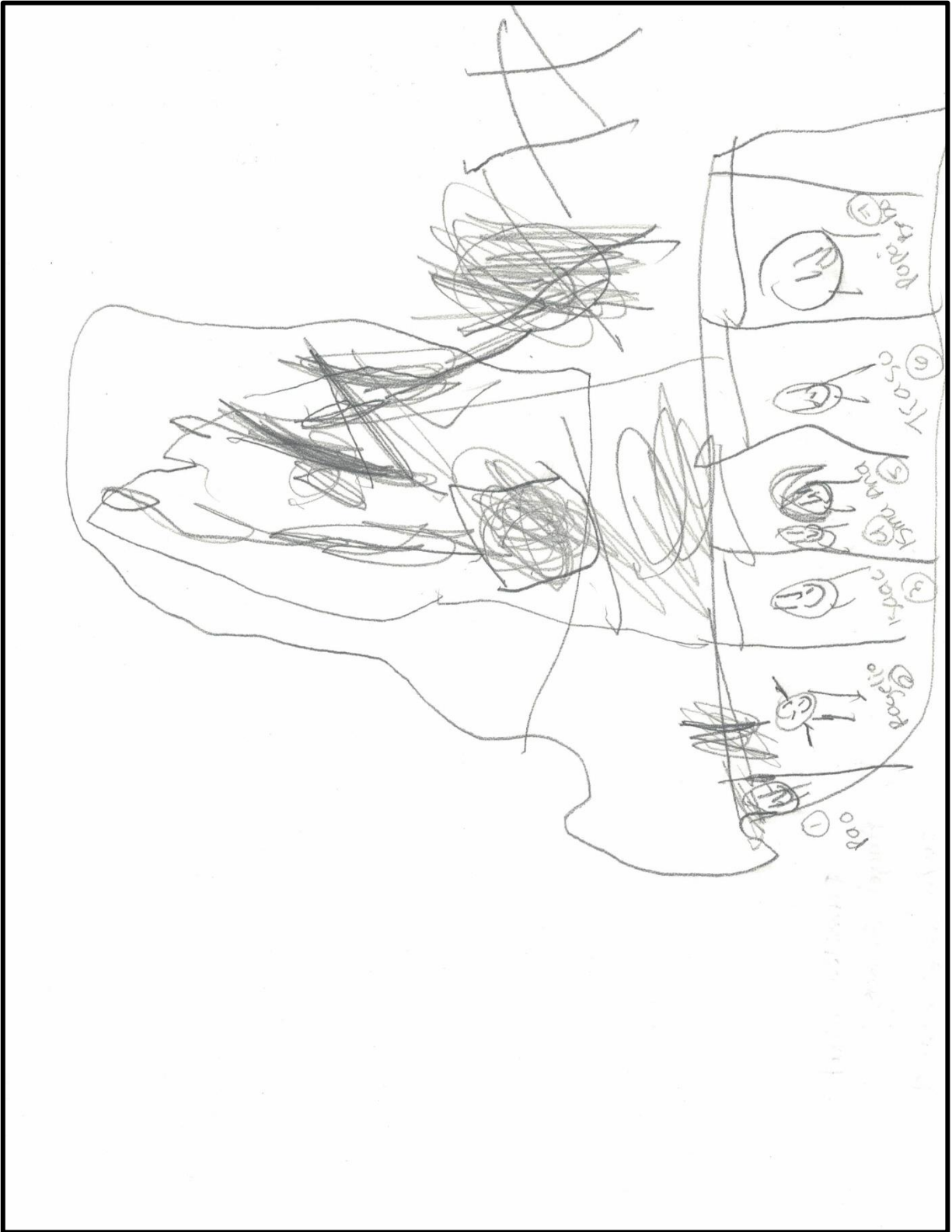
Nombre y firma del Cliente

Figura Humana

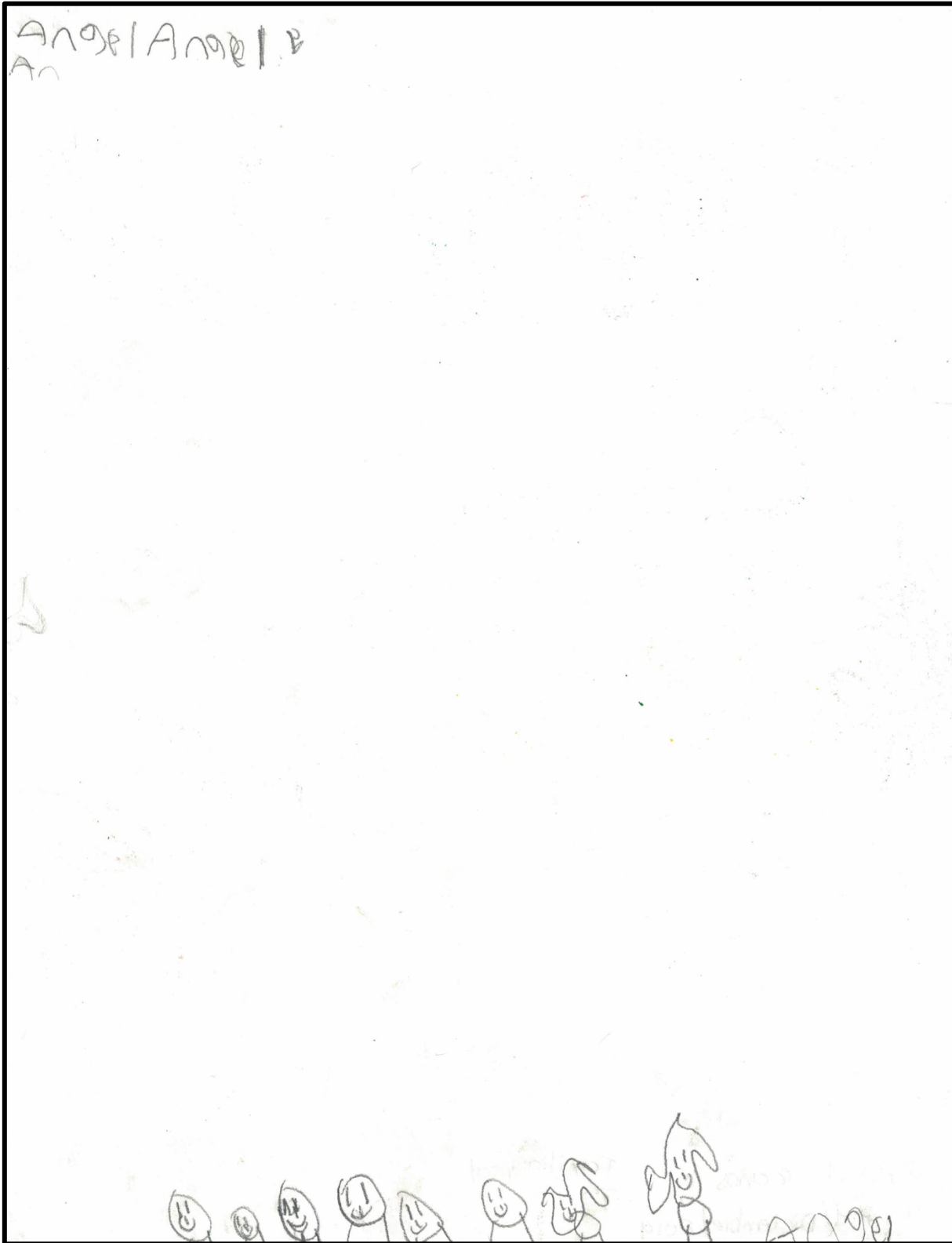
Iba a al trabajo para comprar peperoni, pizza; iba a la escuela para comprar alimento para los animales.



Familia ideal



Familia Real



Dibujo Libre

