

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicología y Consejería Social



**Privación del vínculo materno y sus consecuencias  
en niños y niñas de 5 a 12 años**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Ingrid Gabriela Arroyo Monahan

Guatemala, mayo 2014

**Privación del vínculo materno y sus consecuencias  
en niños y niñas de 5 a 12 años**  
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Ingrid Gabriela Arroyo Monahan

M.A. Rebeca Ramírez de Chajón (**Asesora**)

Lic. Mario Salazar (**Revisor**)

Guatemala, mayo 2014

## **Autoridades de Universidad Panamericana**

**M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus**

Rector

**Dra. Alba Aracely Rodríguez de González**

Vicerrectora Académica

**M. A. César Augusto Custodio Cobar**

Vicerrector Administrativo

**EMBA Adolfo Noguera Bosque**

Secretario General

## **Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas**

**Licda. Elizabeth Herrera de Tan**

Decano

**Licda. Ana Muñoz**

Coordinadora de Campus Central

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

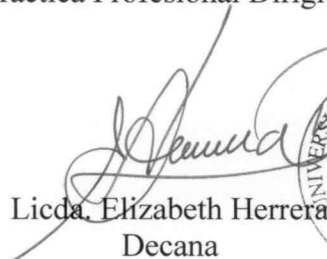
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Ingrid Gabriela Arroyo Monahan**  
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

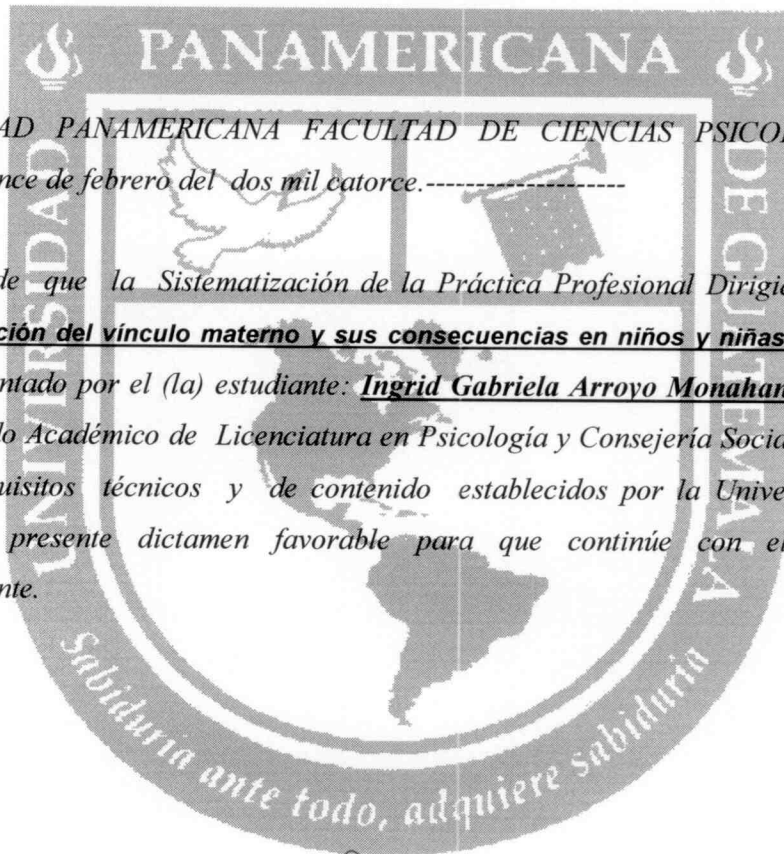
DICTAMEN: 11 de febrero 2,014

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Ingrid Gabriela Arroyo Monahan**, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.

  
Licda. Elizabeth Herrera  
Decana





UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala once de febrero del dos mil catorce.-----

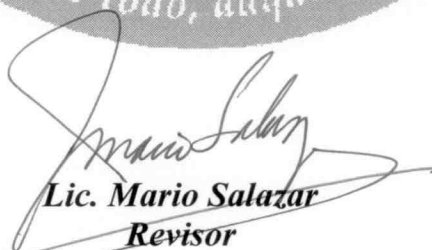
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Privación del vínculo materno y sus consecuencias en niños y niñas de 5 a 12 años”**. Presentado por el (la) estudiante: **Ingrid Gabriela Arroyo Monahan**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

**M.A. Rebeca Ramirez de Chajon**  
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala once de febrero del dos mil catorce.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Privación del vínculo materno y sus consecuencias en niños y niñas de 5 a 12 años”**. Presentado por el (la) estudiante: **Ingrid Gabriela Arroyo Monahan**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

  
**Lic. Mario Salazar**  
**Revisor**




# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los once días del mes de febrero del dos mil catorce.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "**Privación del vínculo materno y sus consecuencias en niños y niñas de 5 a 12 años**", presentado por: **Ingrid Gabriela Arroyo Monahan**, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.

  
**Licda. Elizabeth Herrera**  
**Decana**  
**Facultad de Ciencias Psicológicas**



**Nota:** Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.



# Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
<b>Capítulo 1</b>	
<b>Marco de Referencia</b>	
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Visión	1
1.3 Misión	2
1.4 Objetivos de la institución	2
1.5 Ubicación de la institución	2
1.6 Organización	2
1.7 Programas establecidos	3
1.8 Organigrama	5
1.9 Planteamiento del problema	6
1.10 Objetivos	7
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Referente Teórico</b>	
2.1 El Apego	8
2.2 Teoría del Apego	9
2.3 Estilos de Apego	10
2.3.1 Apego seguro	10
2.3.2 Apego inseguro-evitativo	11
2.3.3 Apego inseguro ambivalente	11
2.4 Desarrollo y determinantes en la seguridad del apego	12
2.5 Apego y desarrollo emocional	13
2.5.1 Apego y relación con maestros y maestras	14
2.6 Teorías del Desarrollo	15

2..6.1 Teoría Psicosexual	15
2.6.2 Desarrollo Psicosocial	17
2.6.3 Teoría Relacional	20
2.7 Consecuencias emocionales y conductuales de la privación del vínculo materno	22
2.7.1 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez	23
2.8 Perfiles evolutivos de los trastornos vinculares	24
2.8.1 Perfil psicosomático	25
2.8.2 Perfil conductual	25
2.8.3 Perfil afectivo y del humor	26
2.9 Abordaje Psicoterapéutico para casos de vinculación inadecuada	27
2.9.1 Tratamientos psicoterapéuticos	28
<b>Capítulo 3</b>	
<b>Referente Metodológico</b>	
3.1 Metodología para la sistematización Práctica Profesional Dirigida	29
3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida	29
3.3 Población atendida en el centro de práctica	31
3.4 Cronogramas de actividades realizadas	32
3.4.1 Actividades normales de práctica	32
3.4.2 Talleres u otras actividades especiales	32
3.5 Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida	32
<b>Capítulo 4</b>	
<b>Presentación de Resultados</b>	
4.1 Análisis de la investigación	33
4.2 Caso Clínico	35
4.3 Logros	52
4.4 Limitaciones	52
Conclusiones	53
Recomendaciones	54
Referencias	55
Anexos	59

## Resumen

En las siguientes páginas, se presenta el trabajo, de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, Sede Central, el cual se desarrolló durante los meses de febrero a noviembre 2013; en el Centro de Defensoría Infantil CDI – Buckner ubicado en 10 ave 10-72 zona 1 de la ciudad capital; en el cual se atienden a niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia sexual, que han presentado denuncias ante las autoridades pertinentes en el Departamento de Guatemala. Dicha organización vela por los derechos humanos y brinda atención integral a largo plazo a niños, niñas y adolescentes de escasos recursos económicos, que han sido vulnerados en sus derechos, apoyándoles en su recuperación integral. Durante el presente año, se habilitó la ayuda psicológica a personas ajenas a la problemática de violencia y abuso sexual.

En el capítulo uno, se realiza una descripción del centro de práctica, así como la problemática y los objetivos de la presente sistematización; el trabajo de atención clínica se realizó con pacientes que acudieron al centro solicitando servicio psicológico; prestándoles el servicio profesionalmente. En el capítulo dos, se encuentra la base teórica de la presente sistematización, relacionado con un caso tratado en el centro de práctica y que por su relevancia, se decidió sustentarlo teóricamente. El tema es relacionado a la Privación del vínculo materno y sus consecuencias en niños y niñas de 5 a 12 años. En este capítulo se pueden encontrar definiciones, bases que sustentan el apego, consecuencias emocionales y conductuales, los trastornos que se derivan de esto y su intervención psicológica.

En el capítulo tres, se menciona la forma en que se realizó el proceso terapéutico con los pacientes; desde la entrevista, diagnóstico, elaboración de informes, plan de tratamiento, todo esto con la debida ética y profesionalismo que se requiere. Fue durante esta práctica, que se observó la problemática que dio la pauta a la presente sistematización. En el capítulo cuatro, se presentan los logros, las limitaciones durante el proceso de práctica y los resultados que se observaron en dicha sistematización.

## **Introducción**

El proceso de Práctica Profesional Dirigida, del último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social en la Universidad Panamericana, se realizó en el Centro de Defensoría Infantil CDI – Buckner, con los pacientes que asistieron a la institución y pidieron los servicios psicológicos que se estaban brindando.

Durante el período de Práctica Profesional Dirigida, se atendieron pacientes, que presentaban problemas en las áreas emocionales, conductuales, afectivos y cognitivos los cuales estaban interrumpiendo el equilibrio y estabilidad bipsicosocial. Dentro de los casos que se atendieron, se observó un caso en particular el cual llamó mucho la atención por las consecuencias del problema, el cual está relacionado a la falta o la privación del vínculo materno; por la razón anterior, se dedica esta sistematización al tema “Privación del vínculo materno y sus consecuencias en niños y niñas de 5 a 12 años” .

Se sabe que el apego o el vínculo es un pilar fundamental para entender la conducta humana, las relaciones de apego y las emociones sentidas son la sal de la vida, sin embargo, en su expresión más negativa son perturbadoras y pueden provocar graves trastornos y/o padecimientos que en muchos casos, empiezan en la infancia. La presente sistematización, se sustenta en la teoría del Vínculo de John Bowlby, la cual es imprescindible entenderla para poder ver los efectos que el vínculo afectivo o apego puede generar en las relaciones, emociones y los procesos conductuales. Es por esto que el Apego, es un tema de estudio tanto a nivel mundial como nacional, debido a los diferentes cambios socio-demográficos, que se han suscitado en el tiempo y a la ardua labor que se está realizando en favor de la protección de los niños y niñas de nuestra sociedad.

Un apego o vínculo adecuado favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo(a), lo que se relaciona con una mayor relación y estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño y la niña.

Actualmente en nuestro país, vemos que los índices de violencia y las dinámicas familiares disfuncionales, han afectado al núcleo más importante, del cual se genera la sociedad y es la familia; vemos que hay niños y niñas que se quedan sin madres por muerte o abandono; así mismo cada día hay aumento de embarazos en adolescentes, que por falta de madurez abandonan a sus hijos(as), y por otro lado, vemos que hay familias que se desintegran emigrando a otro país, para una mejor estabilidad económica; sin embargo, estas son causas de la falta o la privación del vínculo materno con sus hijos(as), ocasionando en ellos, problemas emocionales y conductuales que pueden ser de por vida.

Dentro de las principales consecuencias, que se observan en la presente sistematización, se pueden mencionar: la inseguridad, una autoestima fracturada, infravaloración, un inadecuado desarrollo emocional, lo que se ve reflejado en su incapacidad de demostrar afecto, y a expresar sus sentimientos y emociones de una manera apropiada. Así mismo, se pudo evidenciar la dependencia que estos niños pueden mostrar a otras figuras con quienes establecieron el vínculo la cual puede llegar a ser patológica.

Sin embargo, una intervención psicológica eficaz, llevando un adecuado diagnóstico y un plan de tratamiento; puede ser de gran beneficio para los pacientes, con problemas relacionados a la privación del vínculo materno; restableciendo en ellos el equilibrio biopsicosocial, por lo que la presente sistematización puede ser de beneficio para los estudiantes y profesionales de la psicología.

# **Capítulo 1**

## **Marco de Referencia**

### 1.1 Descripción de la institución

Buckner International, fue fundada por el Dr. Robert Buckner, basado en el mandato de Jesús en el año de 1879, con el propósito de ayudar a viudas y huérfanos. Actualmente Buckner International tiene programas alrededor del mundo, provee servicios que incluyen cuidado residencial y acogimiento familiar, programas de prevención, servicios para ancianos, oportunidades para realizar viajes a misioneros, programas de ayuda humanitaria. Buckner inició a trabajar en Guatemala en el año 2002. Las oficinas centrales, se encuentran ubicadas en Lote 15 Manzana G, Sector B-3 zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal y cuatro centros de transformación comunitaria:

- Centro de Transformación comunitaria Jocotenango, Sacatepéquez.
- Centro de Transformación comunitaria San José Pinula.
- Centro de Transformación comunitaria de Asentamiento El Cerrito.
- Centro de Defensoría Infantil CDI.

### 1.2 Visión

Brindarle a los niños, niñas y adolescentes, que han sido vulnerados en sus derechos, tengan la oportunidad de recuperación integral, a través de servicios psicosociales y restitución de derechos; proporcionándoles a los niños, niñas y adolescentes, que necesiten medidas de protección, de forma integral con el recuso familiar idónea. Contribuyendo, a la averiguación de la verdad y con el sistema de protección, para hacer justicia en coordinación con instituciones del gobierno y no lucrativas involucradas en la temática.

### 1.3 Misión

El principal objetivo, es contribuir en el mejoramiento de la calidad y el nivel de vida, de las familias guatemaltecas que se encuentran en situación de riesgo, a través de actividades que permitan el desarrollo personal e integral de la persona y grupos familiares para así disminuir las problemáticas individuales y colectivas.

### 1.4 Objetivos de la institución

En el Centro de Defensoría Infantil CDI, se atienden a niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia sexual, que han presentado denuncia ante las autoridades pertinentes en el Departamento de Guatemala. El CDI es una organización, que vela por los derechos humanos y brinda atención integral a largo plazo a niños, niñas y adolescentes de escasos recursos económicos, que han sido vulnerados en sus derechos, apoyándoles en su recuperación integral; procuran una coordinación con instituciones del gobierno y contribuyen con la averiguación de la verdad y el sistema de protección.

### 1.5 Ubicación de la institución

El Centro de Defensoría Infantil CDI, se encuentra ubicado 10 ave 10-72 zona 1; cuenta con unas condiciones de trabajo amplias y agradables.

### 1.6 Organización

El Centro de Defensoría Infantil CDI, cuenta con los siguientes recursos humanos: Una Directora del centro, dos psicólogas clínicas, que se encargan de atender a la víctima de abuso y de los

familiares de las víctimas; dos trabajadoras sociales; una recepcionista y una encargada de limpieza.

Dentro de los recursos materiales, el centro consta de las siguientes áreas:

- Recepción totalmente equipada.
- Sala de espera con audiovisuales, café, agua pura.
- Oficina de trabajo social.
- Oficinas administrativas.
- Oficinas psicológicas.
- Cocina y comedor.
- Salón lúdico.
- Jardín.
- Área de juegos.

El centro, cuenta con una infraestructura moderna y adecuada, a las necesidades y a los servicios que se brindan. El área que se ocupaba para atender a los pacientes, se caracterizaba por ser amplia, iluminada, con una adecuada ventilación; totalmente amueblada con escritorio, sillas, sillón y pizarrón. Y se pudo utilizar todo el equipo que brindaba el centro, tales como computadora y cañonera.

## 1.7 Programas establecidos

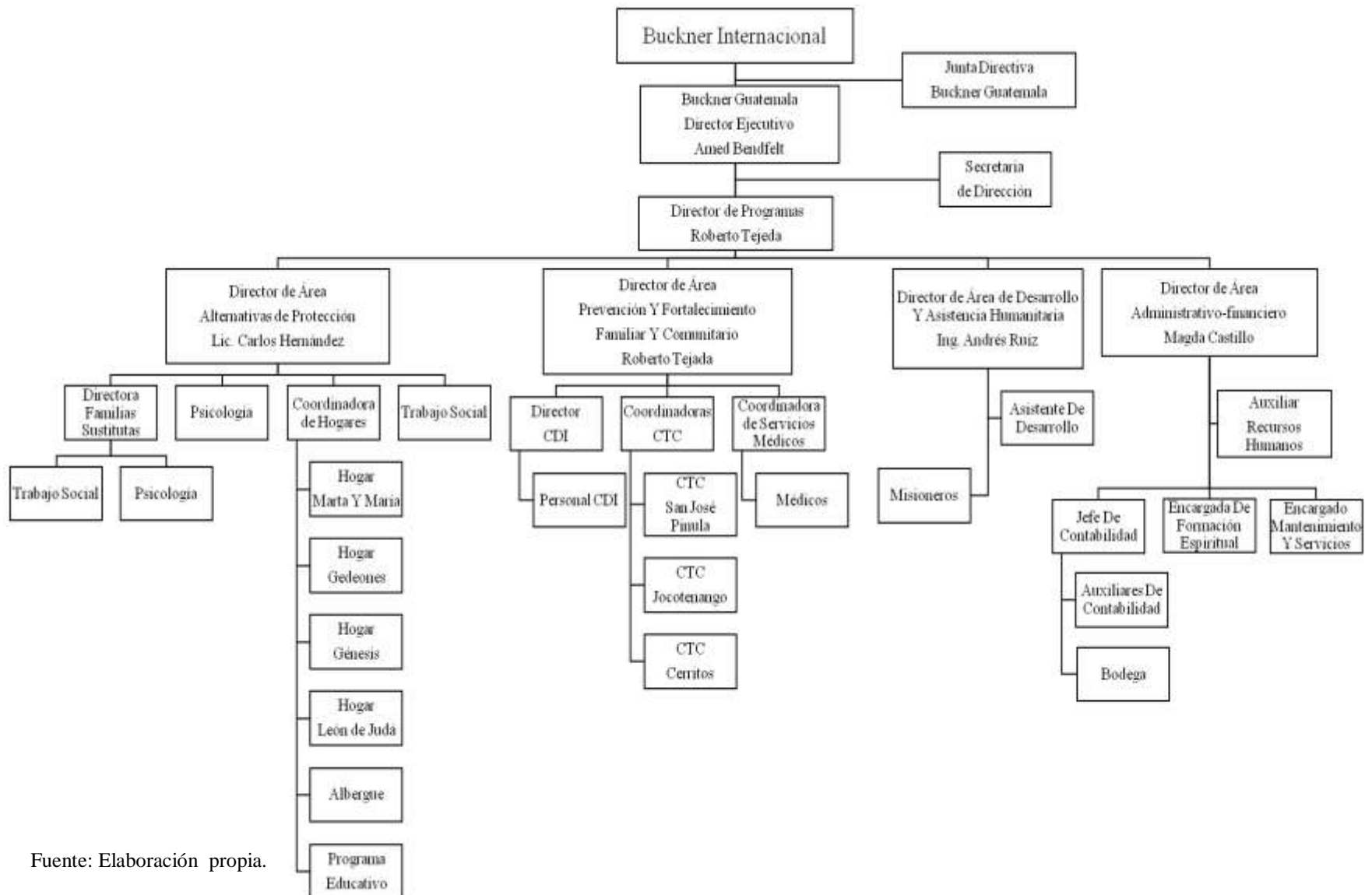
En el Centro de Defensoría Infantil, se atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, que han presentado denuncia ante las autoridades pertinentes en el Departamento de Guatemala. Dentro de los servicios que brinda la institución están:

- Atención social: (visita domiciliar, ubicación de recurso familiar idóneo).
- Atención médica (exámenes generales de salud, ginecología, odontología; traumas por el hecho).



- Atención psiquiátrica.
- Atención psicoterapéutica: individual, grupal y preparación para Cámara Gesell.
- Elaboración de informes: psicológicos cuando se requieran para el seguimiento legal del caso.
- Presentación de informes y asistencia a los juzgados de niñez y adolescencia cuando sea necesario.
- Seguimiento a la medida de protección.
- Asesoría para la denuncia.
- Prevención: programas de prevención y programa de Escuela de padres.

## 1.8 Organigrama



Fuente: Elaboración propia.

## 1.9 Planteamiento del problema

Los dos primeros años de vida, se consideran cruciales para el desarrollo social, emocional y físico del ser humano, obtener una adecuada vinculación con la madre es un factor determinante para ello; dicha vinculación, empieza desde la gestación, seguidamente con la lactancia y posteriormente con los cuidados que se otorgan durante todo el desarrollo.

La privación total o parcial de este vínculo, tiene efectos adversos a corto, mediano y largo plazo; tales como inseguridad, miedos, ansiedad, baja autoestima, dependencia y rencor; pues la necesidad de este vínculo permanece latente en el ser humano hasta encontrar una figura que la sustituya.

El vínculo materno, puede privarse por varias formas, tales como la carencia de afecto por parte de la madre por muerte o abandono; carencia de amor por falta de este (carencia del instinto maternal), por otro lado, la ausencia de una madre debido al trabajo u otras actividades que no le permitan convivir con su hijo(a) y que le ceda el cuidado de su hijo(a) a un tercero; en este caso, aunque la madre viva bajo el mismo techo, no tiene la posibilidad de una interacción adecuada generando problemas, de una dinámica familiar disfuncional; o bien puede darse desde la concepción en donde la madre rechaza al hijo(a) desde el principio ya sea por ser producto de violación o por no ser deseado; o bien puede darse debido a una depresión post parto.

Todo esto puede generar problemas relacionados al estado de ánimo, trastornos de personalidad, problemas de identidad sexual, problemas de aprendizaje, problemas asociados con sustancias (alcohol, drogas), y relaciones de dependencia.

Es por esto, que se necesita de un adecuado apoyo terapéutico en las familias, en donde los menores han sido abandonados, además de una apropiada psicoeducación en cuanto a temas como el perdón, autocontrol, autoestima y dependencia.

Por lo anterior descrito, se genera la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es el impacto emocional y conductual en niños y niñas de 5 a 12 años debido a la privación del vínculo materno?

## 1. 10 Objetivos

### Objetivo general

- Establecer el impacto emocional y conductual en niños y niñas de 5 a 12 años debido a la privación del vínculo materno.

### Objetivos específicos

- Determinar las principales causas de la privación del vínculo materno.
- Identificar las principales consecuencias emocionales y conductuales debido a la privación del vínculo materno en los niños y niñas de 5 a 12 años.
- Estructurar un documento psicoeducativo de la temática investigada como aporte al centro de práctica en donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida.

## **Capítulo 2**

### **Referente Teórico**

#### **2.1 El Apego**

Durante el proceso de construcción de la personalidad, intervienen diversas variables, tales como la predisposición genética, el temperamento, la familia, la educación, el proceso de socialización, el ambiente, los acontecimientos vitales y otras; todas estas variables, son muy importantes, sin embargo, existe una de ellas que va de la mano con la predisposición genética y que está íntimamente relacionada con establecer las primeras relaciones con el cuidador principal llamado madre, padre u otro. Al nacer, no somos capaces de regular nuestras propias emociones; por lo que la relación que se establece mas tempranamente es la que permite la regulación del sistema emocional, lo que se define como vinculación afectiva o apego; la cual en la mayoría de las ocasiones se da con el cuidador más próximo, que se encargará de responder a nuestras señales o reacciones emocionales.

Para Hervás (2000), la calidad del apego, dependerá de la proximidad y seguridad alcanzada a través de la conducta y/o de la disponibilidad del cuidador primario, y la importancia, de crear esos lazos, apegos o vínculos da la estabilidad y entorno de seguridad, afecto y confianza como sentimientos positivos, pero por el otro lado, la falta de estos, crean sentimientos negativos como inseguridad, abandono y miedo.

La relación más importante es la paterno-filial, ya que es el asiento fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad. Sobre la vinculación afectiva o apego, Musitu y Cava (2001), establecen que existen dos aspectos del ámbito familiar que se han relacionado sistemáticamente con la autoestima en los hijos e hijas, los cuales son la importancia del apego con el cuidador principal y los estilos de socialización parental.

Debido a la necesidad humana para formar vínculos afectivos estrechos, Bowlby (1980) fundamentó la Teoría del Apego; en la cual se encuentra la necesidad recíproca de las relaciones tempranas, esta teoría, es un gran aporte a la psicología del desarrollo, ya que describe y explica el porqué los niños y las niñas, se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación.

Bowlby (1993) definió 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; en tanto, que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias, se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”. Es primordial, que para el desarrollo de una relación de apego saludable, se satisfagan las necesidades físicas y psíquicas del niño(a) y éste desarrolla un sentimiento de seguridad.

## 2.2 Teoría del apego

En la teoría de Apego, se realizó una descripción, meramente conductual, poniendo énfasis en que la necesidad aparece en ausencia del cuidador/a, y la presencia de este/a, hace desaparecer esa necesidad. Seguidamente, sostuvo que el objetivo del apego saludable, era mantener al cuidador accesible y receptivo, concluyendo que lo primordial es ofrecer seguridad al niño y niña.

Para Botella (2005), la disposición innata a buscar protección ante el peligro o amenaza es regulada en cada momento por los Modelos Internos de Funcionamiento; para Bowlby (1990), estos modelos internos de funcionamiento son los mecanismos que subyacen la asociación causal entre el tipo de apego infantil y las posteriores vinculaciones emocionales; los modelos representacionales. Dichas representaciones mentales, deben ser generadas en la primera infancia, a partir de la interacción con los padres o cuidadores principales e incluyen información

sobre sí mismos, la figura de apego y la relación entre ambos. En otras palabras, es una idea de quiénes y cómo son sus figuras de apego, y qué puede esperar de ellas. Una vez interiorizados por el niño y la niña, los modelos representacionales de su relación con las figuras de apego, estos mismos modelos le van a servir de guía para el establecimiento de otras relaciones significativas a lo largo de su vida.

Puede afirmarse que las funciones primordiales de apego son:

- a) Mantenimiento de la proximidad.
- b) Base segura desde la cual explorar el mundo.
- c) Refugio seguro en el que buscar consuelo y seguridad ante el peligro o la amenaza.

Desde una perspectiva más integradora, el reconocimiento del papel fundamental, que juegan las experiencias provenientes, de las relaciones de apego en el desarrollo de la plasticidad cerebral, permite empezar a atisbar posibles integraciones, entre la investigación sobre apego infantil, apego adulto, psicología evolutiva, neurociencias, psicopatología y teorías sistémicas de la familia (Botella, 2005; Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003).

## 2.3 Estilos de apego

El vínculo madre-hijo(a), reflejan las normas, que determinan nuestras respuestas ante situaciones que nos trastornan emocionalmente, es decir, nuestra forma primordial de autorregulación emocional. Ainsworth y cols., (1978) describen tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos estilos de apego:

### 2.3.1 Apego seguro

En el apego seguro, aparece ansiedad de separación y reaseguramiento, al volver a reunirse con el cuidador. Existe una confianza con el cuidador, cuya presencia le conforta. Las personas con este tipo de apego seguro, son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están

angustiados; tienen la seguridad, que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y responsivos a sus necesidades.

### 2.3.2 Apego inseguro-evitativo

En el apego inseguro-evitativo, el niño(a) no tiene confianza en la disponibilidad de la madre o cuidador principal, mostrando poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con la madre o cuidador; en algunas ocasiones, si la madre busca el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Como característica general, estos niños(as) no lloran al separarse de la madre, aunque es notorio la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones. Son niños(as), con una conducta independiente y carentes de emociones ante la madre, sin embargo, son niños(as) con dificultades emocionales.

### 2.3.3 Apego inseguro ambivalente

En el apego inseguro-ambivalente, el niño(a) muestra ansiedad de separación, pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador, muestran preocupación por la ausencia de la madre, y sus respuestas emocionales pueden ir desde la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. La mayoría de estos niños y niñas, están propensos a la ansiedad de separación y un temor a explorar el mundo, aunado a la inseguridad respecto a los demás.

Los tres estilos de apego descritos por Ainsworth, han sido considerados en la mayoría de las investigaciones sobre apego, sin embargo, otros autores han propuesto la existencia de un cuarto tipo denominado desorganizado-desorientado; que recoge muchas de las características de los dos grupos de inseguro ya descritos y que inicialmente eran considerados como inclasificables; este tipo de apego aparentemente mixto, los niños(as), se caracterizan por mostrar la mayor inseguridad y cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias (Oliva, 2004).



El estilo de apego inseguro, comporta un factor de riesgo, en cuanto a la manifestación de problemas psicológicos; mientras que el apego seguro, constituye un factor de resiliencia psicológica que fomenta el bienestar emocional, la competencia social, el funcionamiento cognitivo y la capacidad de superación frente a la adversidad.

## 2.4 Desarrollo y determinantes en la seguridad del apego

Según la teoría del apego desarrollada por Bowlby y Ainsworth, los determinantes de la seguridad de apego pueden ser próximos o distantes. Los determinantes próximos, son los que influyen en la cualidad de la relación padre/madre-hijo(a) y abarcan el temperamento infantil y la sensibilidad de la madre. Los determinantes distantes son los que influirán en el futuro.

Se ha establecido, que la conducta de apego encuentra su período álgido entre los nueve meses y los tres años, es en este punto, que las formas de apego se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida; es por ello, la importancia de establecer ese vínculo, ya que las carencias puede influenciar la conducta infantil. Cabe resaltar que el apego puede darse con la madre, el padre o el cuidador próximo, dado que esta relación, se convierte en el primer ambiente o clima emocional que vive el niño(a) y que le introduce en el grupo familiar; tomando en cuenta que es la familia el primer referente social, en donde el niño(a) configura la interacción de él con el entorno; y por ende a través de éste, también en el grupo social y cultural en el que la familia se desenvuelve.

En base a esto, Aizpuru (1994), menciona que el apego a la madre o cuidador principal, es sólo el primero de tres apegos verdaderos que ocurren en la vida; un segundo apego se daría en la adolescencia tardía, en la búsqueda del segundo objeto, la pareja, y el tercero sería hacia el hijo(a) o hijos(as). Por lo tanto, un apego saludable, produce un mejor desarrollo intelectual, superioridad en algunos aspectos del lenguaje, habilidad para el juego simbólico, son más precoces en el conocimiento de sí mismos y de los demás, son más flexibles, abiertos, positivos y realistas en el procesamiento de la información, poseen mayor inteligencia social, en la etapa adulta es mejor su rendimiento laboral; por otro lado, las personas con estilo de apego ansioso,

tienden a desarrollar modelos de sí mismos inseguros y de los otros como poco confiables, así mismo son resistentes a comprometerse, lo cual se refleja en una preocupación frecuente por el abandono.

Los que tienen un estilo de apego evitativo, desarrollan modelos de sí mismos como suspicaces, escépticos y retraídos, y de los otros como poco confiables o demasiado ansiosos para comprometerse, lo que les imposibilita a confiar y depender de los otros.

La relación con las figuras de apego, posibilita la construcción de un modelo del mundo y de sí mismo en función del desarrollo cognitivo y afectivo que le permitirá actuar, comprender la realidad, anticipar el futuro y establecerse metas (Bradley y Cafferty, 2001).

El apego, se desarrolla como un modelo mental interno, que integra creencias acerca de sí mismo, otros y el mundo social en general y juicios que afectan la formación y el mantenimiento de las relaciones íntimas durante toda la vida del individuo.

El estilo de apego, depende del trato recibido por las principales figuras afectivas, que a su vez deriva de las características personales de las mismas, es por ello, que el apego es el resultado de una relación, que se establece entre los dos miembros de una díada, en donde las características del niño(a) y del cuidador pueden influir en la seguridad del apego que se ha establecido (Oliva, 2004).

## 2.5 Apego y desarrollo emocional

Para un niño(a), el vínculo afectivo o apego es indispensable para la evolución emocional, ya que es en donde, se da el aprendizaje afectivo a partir de la observación de las relaciones que se crean en su entorno familiar, en el que la madre se erige como elemento clave de su vinculación afectiva; estos lazos afectivos, son los que posteriormente le brindaran al sujeto una integración social adecuada. Comúnmente se ha asociado el estilo de apego con la expresión emocional y la regulación de las emociones. Para Bolwby y su teoría del apego, el afecto es algo ineludible, y

por ende abarca procesos automáticos, neuronales, motivacionales y fisiológicos, que conforman el sistema evolutivo de respuestas conductuales adaptativas; por lo tanto, un apego es sumamente esencial para el desarrollo sentimental del niño(a) y en el afecto; ya que esto le ayudará a construir las relaciones con aquellos que le rodean.

Sintetizando, el apego guarda una estrecha relación con el desarrollo sentimental del niño(a); es el seguro que le brindará una adecuada adaptación sentimental, sobre todo en lo que se refiere a una expresividad emocional positiva y el desarrollo de la empatía.

### 2.5.1 Apego y relación con maestros y maestras

Para Winnicott (1993), la escuela, es la que representa al hogar, pero no constituye una alternativa al hogar, la cual puede proporcionar oportunidades para una profunda relación personal con otras personas aparte de los progenitores, a través de los miembros del personal y de otros niños(as), y de un marco tolerante pero estable, en el que es posible vivir a fondo las experiencias. La escuela, es el segundo espacio en donde un niño(a), tiene la oportunidad de desarrollar vínculos significativos; en esta se ofrece oportunidades para corregir, desarrollar y/o fortalecer la vivencia inicial de vínculos nutritivos.

Es por ello que los niños y las niñas, que no han contado con experiencias de relaciones muy satisfactorias, encuentran en los profesores(as) una invaluable oportunidad para experimentar una relación, que les brinde un sostén estable y confiable que, junto con dar satisfacción a sus necesidades relacionadas con el desarrollo integral del niño(a), vaya fomentando su autonomía.

Si en un hogar, existe la experiencia de una relación satisfactoria y los padres asumen la responsabilidad de su desarrollo emocional, los niños(as) asisten a la escuela para aprender; sin embargo los vínculos que se formaran en ella, serán para confirmar su visión de las relaciones y de sí mismo; por el contrario, para aquellos niños y niñas que no tienen esos vínculos afectivos en sus hogares, la escuela representa la instancia que podrá proporcionarles lo que no se les dio en el hogar; estos niños y niñas requieren que el docente configure un ambiente capaz de brindarles

sostén, y sea capaz de mantenerse como una figura estable y confiable que, junto con dar satisfacción a sus necesidades, vaya dando espacio al desarrollo de su capacidad para estar solo, es decir fomentando su autonomía. Suele ocurrir que estos niños(as), buscan en la escuela una situación emocional y vincular estable que resista y les ayude a reconstruir las formas que han aprendido de relacionarse.

## 2.6. Teorías del Desarrollo

Las teorías del desarrollo humano, pueden ser profundas y a la vez complejas, ya que hay que entender que cada ser humano tiene necesidades diferentes. El desarrollo humano, se basa principalmente en los cambios que experimentamos desde el momento del nacimiento, los cuales nos permiten desarrollarnos como personas y convivir con el medio en el que estamos. Con estas teorías, pueden tenerse en cuenta los aspectos que dictan día a día nuestro comportamiento, y se tiene una comprensión de manera amplia sobre el desarrollo que se vive, para poder tener un control sobre nosotros mismos y que finalmente se verá reflejado en el cumplimiento de nuestras metas. Teorías del desarrollo son muchas, sin embargo, se tomaron como referencia a tres teorías que son relevantes para el estudio del vínculo o apego, de las cuales se describen la Teoría Psicosexual de Freud, la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson y la Teoría Relacional de Miller.

### 2.6.1 Teoría Psicosexual

Para Freud, los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad, a medida que los niños y niñas, desarrollan conflictos entre sus impulsos biológicos innatos, relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad. Bajo esta teoría se distinguen cinco etapas del desarrollo humano:

- Etapa oral (del nacimiento a los 12 o 18 meses).
- Etapa anal (de los 12 o 18 meses a los 3 años).
- Etapa fálica (de los 3 a los 6 años).

- Etapa de latencia (de los 6 años a la pubertad).
- Etapa genital (adolescencia y edad adulta).
  
- Etapa oral  
Esta empieza con el nacimiento, el placer se centra alrededor de la boca. Con el cuidado de la madre, el niño(a), obtiene placer mediante la acción de succionar y luego siente satisfacción por evacuar el alimento. Cuando un infante no puede ser amamantado, o es destetado prematuramente, estos desarrollarán actitudes de desconfianza, serán poco fiables o sarcásticos, mientras que aquellos que fueron constantemente atendidos, incluso que recibieron demasiado cuidado, desarrollarán una personalidad de confianza y serán presa fácil de engaños. Esta fase, cuya duración es de un año a un año y medio, terminará al inicio del destete.
  
- Etapa anal  
Cuando el niño(a) comienza a ir al baño, el placer se centra en la región anal; también puede deliberadamente intentar retener al sistema digestivo como una forma de privar a los padres, lo que conduce a una personalidad anal retentiva. Freud dijo que esta fase tiene una duración de un año y medio a dos.
  
- Etapa fálica  
Para Freud, esta es la etapa más importante en la vida de un niño y una niña, es acá en donde el niño(a), es consciente de sus genitales. Así mismo, surgen los complejos de Edipo o de Electra; para un hombre, la energía sexual se canaliza hacia el amor por su madre, lo que genera sentimientos de envidia hacia su padre y las mujeres canalizan el amor por su padre. Freud decía que esta etapa dura de tres a cuatro años.
  
- Etapa de latencia  
Para Freud, el período de latencia del desarrollo del niño(a), no es un período de desarrollo psico-sexual, sino más bien, un momento en que los deseos inconscientes son reprimidos. En este período, el niño(a), ha superado el complejo de la etapa fálica y

mientras que los deseos e impulsos sexuales pueden seguir existiendo, estos se manifiestan de forma asexuada, en forma de amistades, escuela, deportes hasta que se inicie la pubertad.

- Etapa genital

Esta etapa es el surgimiento, la unificación completa y el desarrollo de los instintos sexuales; se puede crear confusión entre la etapa fálica y genital, pues ambas están centradas en los órganos genitales, la diferencia es que en la primera la sexualidad es rudimentaria puramente egocéntrica y en la genital la sexualidad alcanza su madurez y se vuelve heterosexual, los órganos genitales se vuelven el origen central de las tensiones y placeres sexuales incluyendo la potencia sexual y el orgasmo.

## 2.6.2 Desarrollo psicosocial

Erik Erikson, sostuvo que los niños(as), se desarrollan en un orden predeterminado; su enfoque fue a lo social y como esto puede afectar su identidad personal. Son 8 etapas o estadios; la culminación exitosa de cada etapa, da lugar a una personalidad e interacciones sociales sanas. Por otro lado el fracaso de una etapa puede dar lugar a no terminar las etapas siguientes, lo que conlleva a una personalidad e identidad personas menos sana.

- Confianza frente a desconfianza

Desde el nacimiento hasta la edad de un año, los niños(as), comienzan a desarrollar la capacidad de confiar en los demás, basándose en la consistencia de sus cuidadores. Si la confianza se desarrolla con éxito, el niño(a), gana confianza y seguridad en el mundo a su alrededor y es capaz de sentirse seguro incluso cuando está amenazado. No completar con éxito esta etapa puede dar lugar a una incapacidad para confiar, y por lo tanto, una sensación de miedo por la inconsistencia del mundo. Puede dar lugar a ansiedad, a inseguridades, y a una sensación excesiva de desconfianza en el mundo.

- Autonomía frente vergüenza y duda

Entre el primer y el tercer año, los niños(as), comienzan a afirmar su independencia, caminando lejos de su madre, escogiendo con qué juguete jugar, y haciendo elecciones sobre lo que quiere usar para vestir, lo que desea comer, etc. Si se anima y apoya la independencia, creciente de los niños(as) en esta etapa, se vuelven más confiados y seguros respecto a su propia capacidad de sobrevivir en el mundo. Si los critican, controlan excesivamente, o no se les da la oportunidad de afirmarse, comienzan a sentirse inadecuados en su capacidad de sobrevivir, y pueden entonces volverse excesivamente dependiente de los demás, carecer de autoestima, y tener una sensación de vergüenza o dudas acerca de sus propias capacidades.

- Iniciativa frente a culpa

Alrededor de los tres años y hasta los siete, los niños(as), se imponen o hacen valer con más frecuencia. Comienzan a planear actividades, inventan juegos, e inician actividades con otras personas. Si se les da la oportunidad, los niños y niñas desarrollan una sensación de iniciativa, y se sienten seguros de su capacidad para dirigir a otras personas y tomar decisiones. Inversamente, si esta tendencia se ve frustrada con la crítica o el control, los niños y niñas desarrollan un sentido de culpabilidad. Pueden sentirse como un fastidio para los demás y por lo tanto, seguirán siendo seguidores, con falta de iniciativa.

- Laboriosidad frente a inferioridad

Desde los seis años hasta la pubertad, los niños(as), comienzan a desarrollar una sensación de orgullo en sus logros. Inician proyectos, los siguen hasta terminarlos, y se sienten bien por lo que han alcanzado. Durante este tiempo, los profesores desempeñan un papel creciente en el desarrollo del niño(a). Si se anima y se refuerza, estos se sienten trabajadores y a tener confianza en ellos mismos para alcanzar sus metas. Si por el contrario no se les anima, el niño(a) empieza a tener sentimientos de inferioridad y por lo tanto no llega a desarrollar todo su potencial.

- Identidad frente a confusión de papeles

Adolescencia, cuando se vuelven más independientes, y comienzan a mirar el futuro en términos de carrera, relaciones, familias, vivienda, etc. Durante este período, exploran las posibilidades y comienzan a formar su propia identidad, basándose en el resultado de sus exploraciones. Este sentido de quiénes son puede verse obstaculizado, lo que da lugar a una sensación de confusión sobre sí mismos y su papel en el mundo.

- Intimidad frente a aislamiento

En la adultez temprana, aproximadamente desde los 20 a los 25 años, las personas comienzan a relacionarnos más íntimamente con los demás. Exploran las relaciones que conducen hacia compromisos más largos con alguien que no es un miembro de la familia. Completar con acierto esta etapa, puede conducir a relaciones satisfactorias y aportar una sensación de compromiso, seguridad, y preocupación por el otro dentro de una relación. Erikson atribuye dos virtudes importantes a la persona que se ha enfrentado con éxito al problema de la intimidad: afiliación (formación de amistades) y amor (interés profundo en otra persona). Evitar la intimidad, temiendo el compromiso y las relaciones, puede conducir al aislamiento, a la soledad, y a veces a la depresión.

- Generatividad frente a estancamiento

Durante la edad adulta media, en una etapa que dura desde los 25 hasta los 60 años aproximadamente, acá se establece y se consolida una carrera, las relaciones, formación de familias propias. Si no se alcanzan estos objetivos, se puede quedar estancado y no ser productivos. No alcanzar satisfactoriamente la etapa de generatividad, da lugar a un empobrecimiento personal. El individuo puede sentir que la vida es monótona y vacía, que simplemente transcurre el tiempo y envejece sin cumplir sus expectativas. Las personas generativas encuentran significado en el empleo de sus conocimientos y habilidades para su propio bien y el de los demás; por lo general, les gusta su trabajo y lo hacen bien.



- Integridad del yo frente a desesperación

De los 60 años, en donde comienza a disminuir la productividad y se explora la vida como personas jubiladas. Aquí se contemplan los logros y se desarrolla la integridad si se llevo una vida acertada. Así como vemos una vida improductiva, sentimientos de culpa, desesperanza o depresión en el caso que nuestra vida no fue productiva.

### 2.6.3 Teoría Relacional

Para Jean Baker Miller, la personalidad se desarrolla a la par con los vínculos emocionales, no separada de ellos, desde la misma infancia. Los inicios del concepto del Yo, no son los de una persona solitaria y estática que es ayudada por otra, sino los de una persona que interactúa con otras.

- Infancia

El bebé, se identifica con actividades de vigilancia, responde a las emociones de los que le brindan cariño; desarrolla el sentido de la comodidad y actúa para que la relación progrese hacia un mayor bienestar mutuo.

- Etapa de los primeros pasos

El niño(a) desarrolla otras habilidades, otros recursos físicos y mentales, nueva comprensión de las relaciones, un sentido más complejo del yo y relaciones más complejas. El principal aspecto es mantener relaciones con las personas importantes en la vida del niño(a).

- Primera infancia

Desaparece el conflicto de Edipo y Electra; continúan las relaciones con las personas más cercanas. Si se resalta que el padre es más valioso e importante que la madre el niño(a) lo asimilará como verdadero.

- Edad escolar

Las niñas, muestran interés en las amistades, la familia y el aspecto emocional. Los niños en cambio, desarrollan juegos y destrezas competitivas.

- Adolescencia

Las niñas, se retraen como respuesta a las directrices de la sociedad, según las cuales deben servir a los niños y a los hombres y prepararse para servir a los hijos. Ellas sienten que los cambios físicos y sexuales son malos y reciben el mensaje social de que deben ser menos activas, tanto en sus relaciones como en lo referente a ellas mismas. Los niños, colocan la autonomía muy por encima de los vínculos emocionales.

- Edad adulta temprana

Por lo que respecta a las mujeres, continúan la búsqueda de relaciones mutuas en su vida personal y laboral; escogen entre estudiar una carrera o trabajar. Por su parte, los hombres jóvenes, sienten que lo básico es establecerse por sí mismos en un trabajo o en una carrera; buscan relaciones íntimas pero la gran mayoría de las veces no les dan importancia.

- Edad adulta intermedia

Las mujeres, continúan la búsqueda de la reciprocidad en las relaciones. Muchos hombres consolidan actividades productivas; otros continúan en la búsqueda del auto crecimiento.

- Edad adulta tardía

En ambos casos, el restablecimiento de relaciones con la familia y la ampliación del mundo de los parientes es esencial para conservar la integridad durante la vejez.

## 2.7. Consecuencias emocionales y conductuales de la privación del vínculo materno

La falta de un apego seguro, puede desencadenar psicopatologías, las cuales se caracterizan por ser conductas contradictorias, desorganizadas o estereotipadas; por otro lado, puede darse agresividad infantil, la disociación y las reacciones violentas.

El apego desorganizado, parece ser un factor general de riesgo que favorece la conducta desadaptada, por lo que personas con síntomas disociativos han tenido experiencias de pérdida de las figuras parentales en los primeros años de vida del niño(a). Por otro lado, la deprivación prolongada de apego, trae dificultades en la relación con los compañeros, hiperactividad y dificultades cognitivas.

La naturaleza de muchos trastornos psiquiátricos, los estados de ansiedad y depresión producidos en la vida adulta, pueden relacionarse de manera sistemática con los estados de ansiedad, desesperación y desapego. Estos estados se provocan fácilmente, siempre que se separa a un niño(a) pequeño de la figura materna durante un periodo prolongado, cuando aquel prevé la separación, o cuando la separación es definitiva (Bowlby, 1990; 1988).

En un estudio realizado por Weinfield y cols., (1999) encontraron que el apego inseguro se relaciona con depresión en la infancia, dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia. El apego ambivalente en la infancia con el trastorno de ansiedad en el adolescente; así como síntomas disociativos a edades entre 17 y 19 años. Ahora bien, aquellos que tuvieron un apego evitativo pueden ser susceptibles a desarrollar problemas de conducta, abusos de sustancias, trastorno de personalidad narcisista o antisocial, y rasgos paranoicos de personalidad; así mismo, pueden ser susceptibles a desarrollar trastornos afectivos o un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, histriónico, limítrofe o esquizoide.

En general, el estilo de apego seguro, es un factor de protección y resiliencia respecto al desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta; estas personas, muestran menos hostilidad y más habilidad a la hora de regular la relación con otros, son socialmente más activos y presentan

menos sentimientos de soledad que aquellos con un estilo de apego inseguro; la falta de un apego seguro, genera relaciones distorsionadas que operan como marcadores del comienzo de un proceso patológico; un factor de riesgo para psicopatología posterior, en el contexto de un complejo modelo de interacción entre variables biológicas y ambientales.

### 2.7.1 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez

La sintomatología de este trastorno, se caracteriza por signos de un déficit de desarrollo emocional y en el desarrollo somático. La característica esencial, del trastorno reactivo de la vinculación es una relación social alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, se inicia antes de los 5 años de edad y se asocia a una crianza sumamente patológica, con falta de cuidados apropiados y la carencia del vínculo afectivo o apego.

Hay dos tipos:

- Tipo inhibido: el niño(a), está persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales y responder a ellas de un modo adecuado a su nivel de desarrollo. Socialmente es inhibido, hipervigilante o ampliamente ambivalente.
- Tipo desinhibido: se observa un patrón de vinculaciones difusas, existe una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados. Los niños(as) con este trastorno, presentan una respuesta o un contacto social pobremente desarrollado, son frecuentemente observadas en el niño(a), las conductas de apatía, mirada fija, llanto débil, tono muscular pobre, prensión débil cuando intenta comer y escasa motilidad espontánea. Un sueño excesivo y una generalizada falta de interés por el entorno, son manifestaciones frecuentes en este trastorno. El diagnóstico de reacción infantil por trastorno de la vinculación en la infancia, puede hacerse solamente en presencia de una evidencia clara de falta de cuidados adecuados.

El trastorno, no se explica exclusivamente por la presencia de un retraso del desarrollo, sino más bien se asocia a una crianza claramente patológica que puede adoptar la forma de desatención persistente de las necesidades emocionales básicas del niño(a), o cambios repetidos del cuidador primario, lo que evita la formación de vínculos estables. Se presume que la crianza patológica es responsable de la relación social alterada. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:

- a. desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño(a) relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto.
- b. desatención persistente de las necesidades físicas básicas del niño y la niña.
- c. cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables.

El inicio del trastorno de la vinculación, suele aparecer en los primeros años de la vida y, por definición, antes de los 5 años. Su curso parece variar en función de factores individuales del niño(a) y de los cuidadores, la gravedad y la duración de la privación psicosocial asociada, y la naturaleza de la intervención. El trastorno puede ser reversible con un tratamiento apropiado y no se vuelve a presentar de nuevo si se establece un cuidado afectuoso, preferiblemente con un único cuidador.

## 2.8. Perfiles evolutivos de los trastornos vinculares

La experiencia clínica, sitúa los perfiles evolutivos de los Trastornos Vinculares en tres líneas de trastornos mentales, en ocasiones se desarrollan a lo largo de la infancia y la adolescencia y en otras ocasiones, son procesos que quedan adormecidos o evolucionan de forma larvada hasta la etapa adulta. Estos perfiles evolutivos son los siguientes:

### 2.8.1 Perfil psicosomático

El cuerpo, adquiere una significación de gran relevancia, tanto por la percepción táctil como por la alteración de los patrones de la cercanía corporal. Las formas clínicas de presentación más frecuentes son:

- Trastornos esfinterianos: Sobre todo con una alteración clara de la función esfinteriana, tales como: estreñimientos, enuresis y encopresis.
- La presencia de algias diversas: Sobretudo la cefalea y las abdominalgias, en estas somatizaciones, la dificultad de expresión afectiva y emocional hace que revierta sobre el síntoma corporal.
- Los síntomas digestivos: Especialmente los vómitos y la alteración del ritmo de evacuación intestinal.
- Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA).
- Los trastornos del sueño.
- Impacto sobre la evolución de las afecciones crónicas.

### 2.8.2 Perfil conductual

Muchos son los problemas a nivel conductual, dentro de los cuales, se puede mencionar el incumplimiento de normas y límites, y esto se debe a que no existió una vinculación efectiva en los primeros años del niño y la niña. El proceso vincular, posee una clara proyección en la función y forma de transmitir los límites y la norma, la posibilidad de acceder a sustitutos de apego y el establecimiento de conductas de apego jerarquizadas con las diferentes figuras de apego y la aceptación de la frustración y cumplimiento de la norma. Acerca del comportamiento, se puede evidenciar, que muchos trastornos conductuales se deben a que la elección de los pares se ve influenciada por el tipo de vínculos y conductas de apego que se establecieron en la primera infancia.

Pueden existir entonces diversos trastornos conductuales, tales como trastornos relacionales que están íntimamente relacionados con la relación con otros, hasta los trastornos disociales, los cuales ya tienen implicación de ley con las relaciones sociales. Por otro lado, también pueden darse conductas adictivas ya sea con abuso de sustancias, alcoholismo, ludopatías, adicción a los videojuegos; ya que en este tipo de trastornos, existe una sustitución disfuncional y patológica de un objeto o sustancia para obturar una disfunción profunda del proceso de vinculación.

Para que estos trastornos conductuales se den, debe ocurrir una sintonía y sinergia entre la etapa evolutiva, la percepción del duelo/ pérdida/ disfunción/ insuficiencia vincular y la oferta de un apego externo (sustancia química o comportamental), que intente obturar la percepción de esa falta vincular.

### 2.8.3 Perfil afectivo y del humor

Los estudios más recientes acerca de los procesos de vinculación, ponen en evidencia la relación que existe entre el proceso de vinculación y la estabilidad afectiva. Entre los cuadros clínicos que guardan una estrecha relación con esta concepción podemos señalar:

- Trastornos de ansiedad de separación: los contenidos psicopatológicos de este trastorno están relacionados con la percepción subjetiva de la pérdida vincular.
- Trastornos de la línea depresiva: El sentimiento de pérdida en el vínculo afectivo puede llegar al profundo sentimiento de soledad, pudiendo desencadenar procesos depresivos tipos melancoloides.
- Distimias: muchas patologías de este tipo, tienen su base en el desarrollo pudiendo haber sido una crisis de adolescencia; aunque también pueden estar relacionados con pérdidas o roturas de procesos vinculares.

## 2.9. Abordaje Psicoterapéutico para casos de vinculación inadecuada

El tratamiento psicoterapéutico, es aquella intervención que tiene por objetivo mejorar el estado de la persona, teniendo en cuenta sus alteraciones ya sea de tipo físicas, conductuales, emocionales, etc. El objetivo primordial de un tratamiento psicoterapéutico es observar, identificar y modificar los elementos del comportamiento que generan sufrimiento.

El tratamiento, va a variar dependiendo de la gravedad y el curso del trastorno; así como de los factores individuales del niño(a) y la persona a cargo; así como el grado de carencia psicosocial asociada. Dentro de las posibles intervenciones incluyen, entre otras, las siguientes:

- Servicios de asistencia psicosocial, cuyo objetivo es el de brindar servicios domésticos, de tal manera que se mejoren las condiciones del hogar, vivienda adecuada, un estado financiero estable y una reducción del aislamiento familiar.
- Intervención psicoterapéutica, el cual debe tener como objetivo orientarse a los síntomas, no solo a los problemas de vinculación.
- Servicios educativos de asesoramiento, que pueden incluir grupos de madres/niños(as) y educación para incrementar la conciencia y comprensión de las necesidades del niño y la niña, y para mejorar las habilidades de los padres.
- Disposiciones para supervisar detenidamente el progreso del estado emocional y físico del niño(a).
- Las técnicas de tratamiento más relevantes se centran en la intervención sobre la relación padres-niño(a) o en el niño(a).



## 2.9.1 Tratamientos Psicoterapéuticos

Psicoterapia relación padres-hijos(as)	Psicoterapia niño(a)-padre.	Intervenciones focalizadas sobre el niño(a).	Terapia Familiar
<p>Método de Susan McDonough: Es una técnica bastante eficaz en padres de alto riesgo, se utiliza para mejorar las interacciones y el vínculo entre ambos.</p> <p>Método Watch, Wait and Wonder de Cohen: Con este método lo que se busca es analizar las interacciones iniciadas por el niño(a), discutiéndose posteriormente con los padres y el terapeuta lo que ellos han observado y cuál ha sido su experiencia emocional. Esta intervención ha sido utilizada para incrementar el vínculo y mejorar el funcionamiento del niño(a) en otras áreas.</p> <p>Método de Diane Benoit: Este método se utiliza en niños(as) diagnosticados de vínculo desorganizado, siendo sus objetivos la reducción de conductas específicas en los padres, tales como agresividad y enfrentamientos, desorientación y aislamiento.</p>	<p>Este tipo de tratamiento se utiliza cuando se presume una duración larga e intensiva. Se dedican 90 minutos en cada sesión.</p> <p>Esta es una vez por semana y durante un año. La intervención se focaliza en las relaciones emocionales experimentadas tanto por el niño(a) como por la madre.</p>	<p>Este tipo de intervención se centra en el niño(a), en donde el terapeuta actuará como referente vincular. Dentro de estas terapias esta La terapia de juego no directiva, en donde el terapeuta deja que el niño(a) actúe mostrando aceptación. La relación entre el terapeuta y el niño(a) debe facilitar que éste internalice y que sea capaz de generalizarlos a la relación con otras personas.</p> <p>Los sentimientos que experimenta el niño y la niña durante la actividad lúdica deben ser devueltos e interpretados por el terapeuta. Este método se ha utilizado en niños y niñas traumatizados y que presentan trastorno del vínculo.</p>	<p>Fortalecer las competencias parentales, el disfrute de la relación y el vínculo afectivo entre padre o cuidador e hijo(a). Sesiones de juego familiar con sesiones de exposición y discusión junto con los padres, secuencias de interacciones positivas y negativas.</p> <p>Psicoeducación: Tareas para la casa y coaching en vivo, en una situación de juego o familiar monitoreada mediante instrucciones dadas por el terapeuta.</p>

Fuente: Elaboración propia.

## **Capítulo 3**

### **Referente Metodológico**

#### **3.1 Metodología para la sistematización Práctica Profesional Dirigida**

Para alcanzar los objetivos de la presente investigación, se utilizó el método cualitativo; la cual, requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan, este enfoque, emplea un método inductivo.

#### **3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida**

Durante el año 2013, se realizaron diversas actividades dentro de la práctica, las cuales fueron instrumentos valiosos para el diagnóstico preciso de los casos y la intervención a cada uno de ellos. Cabe mencionar, que la evaluación psicológica es un proceso que implica distintos ejes, momentos y tareas, que se organiza mediante la metodología científica y que tiene como principal objetivo la planificación del tratamiento.

Dentro de este proceso de recabar información, se utilizan una serie de métodos tales como entrevistas, observación, test psicométricos y pruebas proyectivas; todo esto, con la finalidad de alcanzar un objetivo (selección, orientación, cambio de comportamiento). El diagnosticar, no implica solamente el planteamiento de hipótesis y verificarlas, sino que, puede considerarse el punto de partida de decisiones de intervención responsable y compartido que pueden mejorar e incluso cambiar aspectos esenciales de la vida y entorno del paciente. Se aplicaron los siguientes procesos metodológicos:

- Observación: Es una actividad del ser humano y además es un elemento fundamental para las investigaciones, por medio de la cual, permite observar los hechos tal cual como

ocurren y sobre todo aquellos que le interesa; y se consideran significativos. Se emplea para recolectar datos del comportamiento o conducta del sujeto.

- Entrevista: Los primeros momentos de la primera entrevista con el paciente y que se puede prolongar hasta varias sesiones, hasta que se pueda disponer de una hipótesis general explicativa, a la que van a denominar formulación clínica del caso. Es la herramienta básica, para que el psicólogo pueda identificar los problemas, así como obtener la información necesaria para que se pueda contrastar la hipótesis; así como se pueden evidenciar conducta no verbal del entrevistado, incluyendo sus posturas y desenvolturas, gestos, movimientos oculares, calidad y patrón del habla, puede definirse como un intercambio verbal cara a cara en el cual una el entrevistador intenta obtener información de otra persona.

Es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es por lo tanto un procedimiento de investigación científica de la psicología. Es la primera relación que se establece con un paciente, independiente del objetivo o naturaleza de la evaluación. Esto se realizó en los meses de marzo a agosto 2013.

Los test psicológicos, fueron instrumentos que se utilizaron para recolectar información, e investigar el porqué y como es la problemática de cada uno de los pacientes atendidos, en sus respectivas historias clínicas o anamnesis. Como metodología clínica de recolectar síntomas, de los problemas de cada paciente, se utilizaron los siguientes:

- Administración de Pruebas: Un primer aspecto a tener en cuenta es la naturaleza de las pruebas, estas pueden indagar sobre la presencia o ausencia de conductas o pensamientos, mediante cuestionarios o entrevistas dirigidas y estandarizadas; y aquellas que ponen a prueba diferentes funciones cognitivas mediante pruebas específicas. Ambos tipos de pruebas, se utilizan en forma combinada para un diagnóstico completo. Durante la práctica, se administraron pruebas psicométricas tales como MMPI, batería de pruebas para orientación vocacional, test Pintner Cunningham y Pintner Durost, CAQ. Así como

la administración de pruebas proyectivas siendo estas las proyectivas menores (test árbol, test de la familia y test de la figura humana), test del hombre bajo la lluvia, TAT, y CAT. Las pruebas se realizaron de los meses de abril a agosto 2013.

Como técnicas para generar psicodiagnósticos, se utilizaron los diagnósticos diferenciales, los criterios multiaxiales del manual estadístico de trastornos mentales DSMIV-TR.

- DSM IV e informes psicológicos: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se utilizó para la realización de los diagnósticos multiaxiales, esto con el objetivo de abordar de la forma más integral posible. Se elaboraron los informes psicológicos, los cuales constan del informe clínico, el análisis de pruebas, diagnóstico, el plan terapéutico y las sesiones semanales.

Como procesos psicoterapéuticos se utilizaron los enfoques:

- Enfoques terapéuticos y sus técnicas: Esta fue la metodología utilizada durante el proceso de los tratamientos psicológicos durante la práctica profesional dirigida. Se elaboraron los planes terapéuticos basados en el diagnóstico multiaxial, con el único objetivo, de brindar al paciente el restablecimiento de su salud mental y devolverle su equilibrio biopsicosocial. Durante la Práctica Dirigida se utilizaron diversos abordajes y sus diversas técnicas; siendo las más utilizadas la terapia cognitivo- conductual, ludoterapia, logoterapia, terapia racional emotiva y la Gestalt.

Siendo utilizadas, en los procesos individuales y familiares de toda la población atendida en la clínica psicológica del Centro de Defensoría Infantil CDI-Buckner.

### 3.3 Población atendida en el centro de práctica

Se atendió a personas de todas las edades niños, niñas, adolescentes y adultos; de ambos sexos; que llegaron a la consulta psicológica durante el período de prácticas supervisadas, la cual inició en el 27 de febrero y culminó el 27 de noviembre 2013.

### 3.4 Cronogramas de actividades realizadas

#### 3.4.1 Actividades Normales de Práctica

- Programa del curso de Practica Profesional dirigida: El programa, fue un pilar que permitió desde enero 2013 estructurar y candelarizar las diversas actividades a realizar durante el año. Este programa, es otorgado por la Universidad Panamericana, con la finalidad de orientar y guiar la Práctica supervisada de los alumnos de quinto año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social; clase que estaba asignada a la Licda. Elsa Obregón quien fue una guía durante todo el proceso de la Práctica Profesional Diriginda.

#### 3.4.2 Talleres u otras actividades especiales

- Talleres: Se realizaron dos talleres grupales en el centro de práctica, tocando los temas sobre el abordaje de emociones y educación sexual. Estos se realizaron con una población adulta en los meses de junio y julio 2013.
- Programa de escuela para padres: Durante la Práctica Profesional Dirigida se tuvo la oportunidad de impartir 16 módulos del programa de escuela de padres; dirigida a personas adultas, enviadas por orden judicial a recibir psicoeducacion familiar. Estos módulos se impartieron del mes de mayo a agosto 2013.

### 3.5 Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida (ver anexos)

La catedrática encargada del curso fue la Licda. Elsa Obregón.

## **Capítulo 4**

### **Presentación de resultados**

#### **4.1 Análisis de resultados**

Todo el proceso realizado, buscó la recopilación de información, la que a la luz de las teorías trabajadas, permitieron realizar un análisis de la pregunta, de investigación expuesta en un principio ¿Cuál es el impacto emocional y conductual en niños y niñas de 5 a 12 años debido a la privación del vínculo materno?.

En base a esto, se sabe que la privación del vínculo materno y sus consecuencias en niños y niñas de 5 a 12 años, fue un tema de interés en la práctica; ya que el impacto de dicho caso fue de relevancia. El caso seleccionado es de un niño de 10 años de edad, quien evidenciaba problemas emocionales y dependencia hacia su hermana por el miedo de perder otro vínculo afectivo. El principal factor, fue el abandono de la madre del hogar y la falta de preocupación hacia él, sin dejar a un lado que el padre es alcohólico y la existente dinámica familiar inadecuada. A partir del abandono de su madre y de todos los problemas que esto ha generado, el menor presenta inseguridad e incapacidad de demostrar sus sentimientos. Tiene un apego hacia su hermana a quien ve como madre; y que está generando dependencia hacia ella.

El menor evidenció una autoestima fracturada, con evidentes rasgos de inseguridad, infravaloración, esto como resultado de todos los eventos que ha vivido y que han sido momentos muy duros para él y han impedido un adecuado desarrollo emocional; lo que se ve reflejado en su incapacidad de demostrar afecto, y expresar sus sentimientos y emociones de una manera apropiada; por otro lado, todo esto afecta el modo en que se relaciona con las demás personas. Así mismo posee una tendencia a la depresión, regresión, inmadurez e introversión. Por otro lado, él está deseando un apoyo, amor y comprensión por parte de sus progenitores; ya que desde muy temprano ha carecido de estos vínculos tan importantes en la vida de una persona; debido a la falta de la figura materna y por lo tanto de la privación del vínculo materno.

Dicha información fue obtenida a través de observación, entrevista y pruebas tanto proyectivas como psicométricas, todo esto con el objetivo de obtener un diagnóstico efectivo, el cual permitiera intervenir en el caso de acuerdo a las necesidades del paciente. El diagnóstico que se determinó fue Trastorno de ansiedad por separación y problemas paterno filiales; así como problemas relativos al grupo primario de apoyo: abandono por parte de la madre, dinámica familiar inadecuada; dependencia hacia la hermana.

El abordaje psicoterapéutico empleado, fue bajo la perspectiva de la técnica Gestaltica, la cual tiene por objetivo la maduración del individuo mediante la toma de conciencia y el asumir la responsabilidad. Es fundamental que los pacientes integren sus partes para encontrar el equilibrio, y sobre todo, es importante tomar en cuenta la ley de cierre; que es la tendencia a percibir las formas incompletas como completas, y cerrar esas etapas en las cuales quedaron cosas inconclusas; tomando como técnica fundamental el de la silla vacía.

Otro de los abordajes utilizados fue la Cognitivo Conductual la cual opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente. El objetivo fundamental de esta terapia, es el de enseñar al paciente por medio del adecuado asesoramiento a que estos puedan ser más sanos, equilibrados y a tener experiencias más satisfactorias. Se basa en la modificación del pensamiento y de ciertos patrones de comportamiento. Aunado a esto, también tiene como objetivos en el permitir que el paciente tenga patrones de pensamiento positivos tanto para su vida como para su entorno.

En el plan terapéutico se incluyeron varios problemas clínicos a trabajar tales como:

- Represión de sentimientos y emociones.
- Libre expresión de sentimientos y emociones.
- Confrontación con el problema de abandono por parte de la madre.
- Culpa y perdón.
- Ansiedad y miedo.
- Dependencia.
- Fortalecer la autoestima.

Las relaciones de apego, son los vínculos afectivos que los niños(as) pequeños establecen con sus padres y otros cuidadores clave; estas relaciones son cruciales para el bienestar del niño(a); para su desarrollo emocional y social. El apego, es un proceso esencial en el desarrollo infantil, y este es una relación importante para el desarrollo del niño y la niña.

Las influencias biológicas y ambientales afectan conjuntamente al desarrollo de las relaciones de apego; por lo que la separación de una figura de apego constituye potencialmente un grave trauma para el niño(a) y puede acarrear serias consecuencias.

## 4.2 Caso Clínico

En el presente espacio, se encuentra el caso psicológico el cual generó la inquietud de investigación en la presente sistematización de la práctica profesional dirigida.

### Informe Psicológico

#### I. Datos Generales:

Nombre:	E. G. G.
Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	2003
Edad:	10 años
Estado Civil:	soltero
Escolaridad:	4° grado primaria
Religión:	católico
Referido por:	CDI
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	20/03/2013

Nombre del padre: J. G.

Ocupación o Profesión: Bachiller



Nombre de la madre: D. G.

Ocupación o Profesión: Administradora de empresas

Persona encargada del Paciente: D. G.

## II. Motivo de consulta

La hermana refiere: “Que mi hermano se pueda desahogar por los problemas por los que pasó en la casa”

El paciente refiere “Quiero desahogarme y sacar todo lo que tengo acá adentro en el corazón”

## III. Historia del problema actual

### a. Fecha de inicio y duración

Todo empezó hace aproximadamente 5 años, en diciembre en época de convivios (E. tenía 5 años en ese entonces), cuando el papá del paciente comenzó a celar a su esposa e incluso en una fiesta le hizo una escena de celos; porque la vio platicando con otro hombre. Cabe mencionar que el padre es alcohólico. En ese entonces el padre Don J, sacó de la casa a Doña D; sin embargo, ella nunca se fue de la casa, así que aunque estaban separados, vivían bajo el mismo techo; la hermana relata que ella dormía con su madre, y el paciente con su papá. Durante aproximadamente 5 años, vivieron en un hogar en donde la violencia y las peleas eran constantes; hasta mayo del 2012 (hace un año) cuando la madre tomó la decisión de marcharse sola. Desde ese entonces, ella ya no tiene ninguna relación con ninguno de los hijos, y no ha hecho por tener ninguna relación con ellos. La hermana refiere que ha cuidado a E, desde que nació es como que él fuera su hijo.

### b. Estresores o factores precipitantes

El principal factor, es el abandono de la madre del hogar y que ella no se preocupe de él, así como la inadecuada dinámica familiar.

### c. Impacto del problema

A partir del abandono de su madre y de todos los problemas que esto ha generado, el paciente es una persona insegura, e incapaz de demostrar sus sentimientos. Tiene un apego hacia su hermana D a quien ve como madre.

## IV. Historia Clínica

### A. Personales no patológicos:

#### 1. Historia prenatal

La hermana refiere que E no fue deseado ni planificado, el embarazo fue una sorpresa para los padres, la madre al principio lo rechazó debido a los problemas que se venían dando en el matrimonio. El embarazo se llevo sin complicaciones, hasta el último trimestre donde la madre padeció de preclamsia, no llegó al término del parto por aumento de la presión de la madre en el último trimestre.

#### 2. Nacimiento

El paciente, nació a los 8 meses debido al aumento de la presión arterial de la madre; peso 7 lbs, fue un parto por cesárea y la anestesia no le agarró. La hermana refiere que debido a que E no fue deseado y la madre estaba muy ocupada con su trabajo nunca cuidó de él como era debido; así que D. asumió el rol de madre prácticamente desde el nacimiento.

#### 3. Evolución neuropsíquica

El paciente, evidenció un desarrollo psicomotor adecuado, ya que logró controlar los músculos de su cuerpo en el tiempo propicio, caminó a 1 año 6 meses, gateó bastante según refiere la hermana, mamó solo hasta 10 meses, tomó pacha pero con cerelac porque no le gustó la leche; balbuceo bastante su primer palabra fue Papá; los dientes le erupcionaron a los 7 meses; en cuanto a su control de esfínteres no tuvo ningún problema.

#### 4. Evolución del lenguaje

Con respecto al desarrollo del lenguaje, la hermana refiere que fue adecuado, balbuceó bastante, tuvo facilidad para comprender y expresar palabras de acorde a su edad. Actualmente posee un lenguaje bastante amplio y no tiene ninguna dificultad en esta área.

#### 5. Desenvolvimiento escolar

El paciente, empezó a los 5 años a estudiar párvulos, tuvo un desenvolvimiento escolar adecuado, actualmente cursa el 4to año primaria; no es un estudiante aplicado, pero la hermana refiere que es un estudiante promedio, refiere que la clase de matemática es la que más le gusta a parte de jugar en el recreo con sus compañeros; la clase que menos le gusta es ciencias sociales; y actualmente está involucrado en la banda del colegio.

#### 6. Desenvolvimiento social

El paciente, posee unas destrezas sociales adecuadas a su edad, no se evidencia dificultades para relacionarse con coetáneos durante el juego; aunque refiere que, su círculo de amigos es muy cerrado porque es tímido para entablar nuevas relaciones. Su comportamiento con adultos es adecuado.

#### 7. Historia Psicosexual

No se ha evidenciado curiosidad sexual; no tiene información respecto al tema.

### B. Personales patológicos:

#### 1. Historia Médica

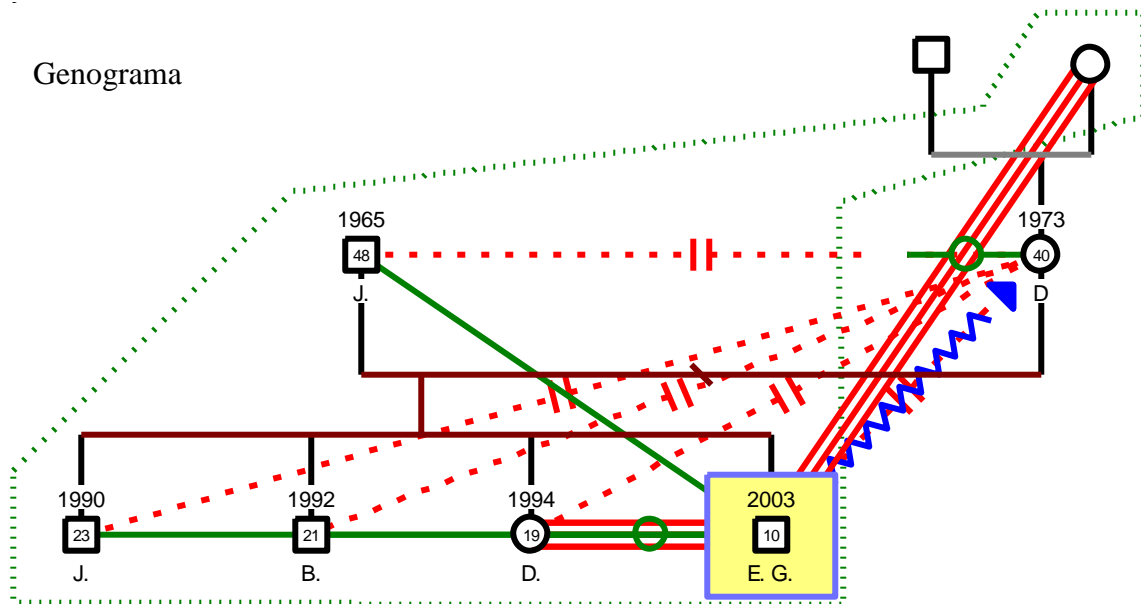
El paciente, padece de alergia debido a los cambios de clima, y a los piquetes de zancudo; tuvo una hospitalización de emergencia por que no podía respirar adecuadamente y lo nebulizaron; la hermana no recuerda la fecha exacta; sin embargo refiere que E. tiene problemas de respirar adecuadamente, y que cuando existían peleas en su hogar tenía ataques de asma. Ha tenido paperas, varicela, sarampión.

## 2. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales

No refiere problema alguno.

## V. Historia Familiar

### 1. Genograma



Fuente: Elaboración propia.

### 2. Estructura familiar

La familia nuclear está constituida por el padre J. de 48 años, sus hijos J. de 23, B. de 21, D. de 19, el paciente E. de 10 años y la abuela materna madre de D. Todos los mencionado anteriormente, viven bajo el mismo techo, existe una dinámica familiar disfuncional; en donde don J es alcohólico, y la figura materna de el paciente, desde que nació fue su hermana D. El paciente, con su padre lleva una relación adecuada así como con sus hermanos mayores; con su abuela y con su hermana el lazo es estrecho y un vínculo de amor y armonía, con su madre tiene conflictos debido al abandono de ella hacía con él. La madre tiene otra relación desde aproximadamente 4 años. La situación económica es media-baja; los ingresos son por el empleo

del padre, y del empleo de los dos hermanos mayores; la madre de E. no aporta nada. Poseen una vivienda sencilla pero con todos los ambientes necesarios.

### 3. Antecedentes familiares

La madre de E. es administradora de empresas, el padre es bachiller que ha trabajado como vendedor, ambos poseen una salud adecuada, a pesar que el padre es alcohólico, los principales problemas se dieron debido a los celos por parte del padre; aunado a que la madre tenía una mejor posición laboral. El paciente, tiene una inadecuada relación con la madre desde el nacimiento y se ha venido dañando más, a raíz que ella se fue de la casa hace 2 años y no mantienen mucha relación más que una llamada al mes; con el padre es una relación cordial, en cuanto a los hermanos refiere que llevan una relación cordial y de armonía pero su relación más estrecha es con su hermana, quien funge el papel de madre.

### 4. Antecedente familiar relacionado con problemas mentales

No se evidencian problemas.

## VI. Examen del estado mental

### 1. Presentación

- Nivel de conciencia: El paciente posee un estado de alerta, concentración adecuada, responde de manera lógica a lo que se le pregunta. Tiene muchos recuerdos de todo lo que le sucedió.
- Aspecto general: Posee una complexión adecuada, una estatura acorde a su edad; muestra una higiene adecuada; su vestimenta es correcta y adecuada al clima; posee un adecuado contacto visual, una postura relajada.
- Actitud: Posee una actitud bastante adecuada, aunque es bastante ansioso y nervioso. Muestra mucha motivación en todo lo que se realiza. Es colaborador, amable.

## 2. Conducta motora y estado afectivo

- Conducta motora

Posee movimientos congruentes y propios de su edad, aunque existen momentos en donde se refleja su ansiedad.

- Afecto

Posee una adecuada congruencia entre lo que piensa, dice verbalmente y expresa gestualmente. Su tono de voz es adecuado, así como la entonación y ritmo del lenguaje.

## 3. Estado Cognoscitivo

### a. Atención

Tiene una facilidad para mantener la atención, no se distrae, responde de manera apropiada y coherente.

### b. Concentración y vigilancia

Es capaz de concentrarse en todas las actividades, responde de una manera apropiada, mantiene un estado de vigilia satisfactorio.

### c. Orientación

Adecuada en tiempo, persona y espacio.

### d. Lenguaje

- Fluidez

El paciente tiene una fluidez verbal adecuada a su edad, un vocabulario extenso, habla pausado y con un tono de voz adecuado aunque algunas veces bajo.

- Comprensión

No tiene ningún problema en la comprensión del lenguaje verbal y escrito.

- Repetición  
Puede repetir sin dificultad frases y conceptos.
- Designación  
Utiliza términos apropiados la mayoría de veces, en algunas ocasiones utiliza términos incongruentes con el discurso.

#### e. Memoria

Posee una memoria remota a partir de los 5 años, y una adecuada memoria reciente e inmediata; su memoria visual, auditiva son satisfactorias.

#### f. Razonamiento

Manifiesta capacidad en cuanto a su razonamiento lógico, aunque tiene dificultades de mostrar sus emociones y expresarlos de una manera adecuada.

#### 4. Pensamiento

- Proceso:  
Posee un pensamiento coherente, lógico, concreto.
- Contenido:  
Se observan preocupaciones que no interfieren con su concentración, en ocasiones mueve sus manos estrechándose como símbolo de ansiedad.
- Introspección:  
Posee una capacidad de interpretar razonablemente, pero no puede mostrar sus sentimientos y emociones de una manera adecuada.

## 5. Estado de ánimo

Muestra una adecuada congruencia entre afecto y contenido del pensamiento. Maneja sentimientos de ansiedad, y de inseguridad. En algunas ocasiones temor y angustia.

## VII. Resultado de las pruebas

El paciente, en todas las pruebas se mostró participativo y colaborador, con cierta ansiedad pero esta última no interrumpió con las mismas; así mismo tuvo una correcta coherencia entre sus pensamientos, actitudes y comportamiento.

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
1. Test de la figura humana	3/4/2013
2. Test del árbol	3/4/2013
3. Test de la familia	3/4/2013
4. Test hombre bajo la lluvia	10/4/2013
5. CAT	10/4/2013
6. Pintner Durost	17/4/2013

Fuente: Elaboración Propia

### 1. Test de la figura humana

Los resultados obtenidos en la prueba proyectan inadecuación, sentimientos de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado, existe infravaloración y sentimientos de insuficiencia.



Por otro lado también se proyecta estabilidad, serenidad con tendencia a depresión con facilidad, se muestra tendencia regresiva, inmadurez e introversión. Se evidencia bastante tensión y rasgos de agresividad, por otro lado proyecta unas relaciones interpersonales inadecuadas que se pueden relacionar con sentimientos de vergüenza y culpa, así como infantilismo y dependencia oral y pasiva. Se evidencia una tensión y rigidez en la relación con los demás; y dependencia.

## 2. Test del árbol

La prueba proyecta emoción, sensibilidad, con deseos de comunicarse con los demás; pero bastante inseguridad lo que puede impedir esta comunicación efectiva.

Se muestran rasgos de agresividad y una actitud defensiva con gran control de todo lo que tenga relación con la espontaneidad de las emociones y sentimientos; es por ello que tiene problemas de expresarlos libremente.

Proyecta un gran esfuerzo y se empeña en causar una buena impresión ante los demás; así como se evidencia una dificultad en la toma de decisiones; afectividad y calidez; a la vez proyecta inseguridad y de carácter cambiante. Proyecta una pérdida de algún apoyo afectivo importante, así como un deseo de protección y una necesidad de un lugar en donde esté protegido.

## 3. Test de la familia

La prueba proyecta una expansión imaginativa por lo que se le considera una persona idealista y soñadora, con tendencias regresivas.

Posee cierta dificultad para establecer relaciones personales adecuadas, así como una baja autoestima, autoimagen insuficiente, sentimientos de inferioridad, no puede responder de una forma positiva al ambiente, y retraimiento.

Muestra ansiedad y tendencia a tener conflictos emocionales y dependencia con la figura materna y falta de comunicación con la familia. Así también muestra una negación a la realidad y angustia. Proyecta cierto rechazo o celos hacia los hermanos varones. Por lo general la prueba muestra que tiene una necesidad hacia una familia unida y los deseos de tener a su madre.

#### 4. Test hombre bajo la lluvia

La prueba proyecta timidez de la persona, aplastamiento y un sentimiento de no reconocimiento; así como un sentimiento de auto desvalorización, inseguridad y temor.

Por otro lado se evidencia retraimiento social, sentimientos de inadecuación e inferioridad y dependencia. Así mismo se refleja una sensación de encierro, sencillez, introversión y humildad; falta de vitalidad, una inadecuada percepción de sí mismo. Se proyecta también pesimismo, debilidad, depresión, pereza, ansiedad, inseguridad.

Existen conflictos sin resolver y conflictos con la madre por lo cual tiene una necesidad de buscar en su interior. Posee hostilidad, angustia, inmadurez emocional, dependencia materna.

#### 5. CAT

La prueba no proyecta problemas a nivel alimenticio, no existen conflictos y rivalidades, se evidencia sentimientos de inferioridad e inseguridad ante figuras paterna. Se evidencia temor y falta de manejar diversas situaciones. Así mismo inhibiciones por parte de los padres y miedo al rechazo. Temor al rechazo y abandono.

## 6. Pintner Durost

### Análisis Cuantitativo

Sub test	Punteo burdo	Punteo estándar
1. Vocabulario	15	143
2. Serie de números	11	135
3. Analogías	7	108
4. Opuestos	13	120
5. Selección lógica	20	111
6. Razonamiento aritmético	12	120
Mediana de puntos estándar		123

Análisis Cualitativo: El paciente, tiene un CI de 89 lo cual evidencia que está dentro de los límites normales; aunque presenta una edad mental de 8 años 11 meses lo que significa que está 26 meses por debajo de su edad cronológica.

### IX. Impresión Diagnóstica

El paciente, evidenció una autoestima fracturada con evidentes rasgos de inseguridad, infravaloración, esto como resultado de todos los eventos que vivió, y que han sido momentos muy duros para él; por lo que se impidió un adecuado desarrollo emocional; lo que se vio reflejado en su incapacidad de demostrar afecto, y a expresar sus sentimientos y emociones de una manera apropiada; por otro lado todo esto afecta el modo en que se relaciona con las demás personas. Así mismo se evidenció una tendencia a la depresión, regresión, inmadurez e introversión.

Por otro lado el deseo de un apoyo, amor y comprensión por parte de sus progenitores ya que desde muy temprano él ha carecido de estos vínculos tan importantes en la vida de una persona. Se observó una relación de dependencia física y emocional hacia su hermana; y un evidente miedo a rechazo o abandono. Por otro lado existió un uso frecuente de represión como mecanismo de defensa.

#### X. Evaluación Multiaxial

EJE I F93.0 Trastorno ansiedad por separación [309.21]

Z63.8 Problemas paterno filiales [V61.20]

EJE II Z.03.2 Sin diagnóstico [V71.09]

EJEIII J30.1 Rinitis Alérgica

EJE IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo: abandono por parte de la madre, dinámica familiar inadecuada; dependencia hacia hermana.

EJE V EEAG Actual 61-70

Presentación del plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Problemas paterno filiales.	Represión de sus sentimientos y emociones.	Se utilizaron técnicas gestálticas de tipo vivencial y experimento para lograr contacto y conocimiento de las propias emociones.	Estas técnicas se aplicaron en 8 sesiones de 50 minutos.
	Libre expresión de sus sentimientos y emociones.	Se utilizaron metáforas.	
	Confrontación con el problema de abandono por madre.	Técnica de la silla vacía.	
	Culpa/Perdón. Aceptación de lo que él es dejar a un lado "deberías".	Taller acerca del perdón, terapia lúdica.	
Trastorno de ansiedad por separación.	Ansiedad y miedo: Promover técnicas de autocontrol para menguar el manejo de ansiedad y la canalización de emociones.  Promover técnicas de relajación.	Se utilizaron técnicas gestálticas de tipo narración, poesía, títeres, experimentación sensorial y fantasía.	Las técnicas se realizaron en 3 sesiones, de 50 minutos.

	<p>Dependencia: Modelar la toma de decisiones adecuadas por él mismo sin necesidad de otras personas.</p>	<p>La técnica solución de problemas de D'Zurilla, en donde se le ayudó al paciente a orientarse de forma general, definir el problema, reformular el problema, generar alternativas, lograr toma de decisiones y la verificación de las mismas.</p>	<p>Las técnicas se realizaron en 4 sesiones de 50 minutos.</p>
	<p>Proveer herramientas para cambiar ideas irracionales a racionales, con la finalidad de ser independiente.</p>	<p>Reestructuración cognitiva por medio de la técnica ABC de Ellis.</p>	
Autoestima	<p>Fortalecer la autoestima para beneficiar la identidad; esto con la finalidad de favorecer su comportamiento, emociones y pensamientos.</p>	<p>Se utilizó la técnica cognitivo conductual denominada modelamiento, en donde se busca la aceptación, estima y valoración hacia sí mismo.</p>	<p>Estas técnicas se realizaron en 5 sesiones, de 50 minutos.</p>

Fuente: Elaboración propia.

## I. Objetivos, técnicas y recursos

Objetivo	Técnicas Gestálticas/Cognitivo conductuales	Recursos
1. Libre expresión de sus sentimientos y emociones.	Se utilizaron técnicas gestálticas de tipo vivencial y experimento para lograr contacto y conocimiento de las propias emociones.  Se utilizaron metáforas.	Hojas, lápices, metáforas, papelógrafos, marcadores, pizarrón. Títeres.
2. Confrontación con el problema de abandono por madre.	Técnica de la silla vacía, cartas.	Hojas, crayones, papelógrafos.
3. Aceptación de lo que él es dejar a un lado “deberías”.	Taller acerca del perdón, terapia lúdica.	Títeres, hojas, crayones, marcadores, revistas. Talleres del perdón.
4. Fortalecer la autoestima para beneficiar la identidad.	Técnica de Modelamiento, en donde se busca la aceptación, estima y valoración hacia sí mismo.  Taller autoestima.	Taller sobre autoestima, hojas bond, marcadores, espejo.
5. Promover técnicas de autocontrol para menguar el manejo de ansiedad y la canalización de emociones.	Se utilizaron técnicas gestálticas de tipo narración, poesía, títeres, experimentación sensorial y fantasía.	Títeres, juegos de mesa, hojas, marcadores, crayones, revistas, goma.

6. Promover técnicas de relajación.	Ejercicios básicos de respiración, técnicas de distracción.	Música, materiales para realizar una manualidad.
7. Modelar la toma de decisiones adecuadas por él mismo sin necesidad de otras personas.	La técnica solución de problemas de D' Zurilla, orientada a definir el problema, reformular el problema, generar alternativas, lograr toma de decisiones y la verificación de las mismas.	Hojas, marcadores, pizarrón.
8. Proveer herramientas para cambiar ideas irracionales a racionales, con la finalidad de ser independiente.	Reestructuración cognitiva por medio de la técnica ABC de Ellis.	Hojas, marcadores, pizarrón.
9. Realizar un resumen de todo lo visto en la terapia.	Breve resumen de toda la terapia.	Terapeuta-paciente.

Fuente: Elaboración propia.



### 4.3 Logros

- Se logró restablecer el equilibrio psicosocial del paciente.
- Se le brindó herramientas y estrategias para que ellos puedan enfrentar cualquier eventualidad.
- Se logró que el paciente pudiera expresar sus sentimientos y emociones adecuadamente.
- Se mejoró la comunicación entre él y su madre.

### 4.4 Limitantes

No hubieron limitantes.

## Conclusiones

1. Se concluyó que existe, un evidente impacto emocional y conductual en niños y niñas de 5 a 12 años debido a la privación del vínculo materno; y esta ausencia de la relación materna, sí es un factor condicionante de los problemas emocionales y conductuales; los cuales pueden trascender para toda la vida.
2. Se determinó que, dentro de las principales causas de privación del vínculo materno, pueden estar la ausencia de la figura materna por muerte, separación o abandono por factores familiares, por inmadurez de la madre, por búsqueda de nuevo hogar.
3. Se identificaron como las principales consecuencias de la privación del vínculo materno la inestabilidad emocional, incapacidad de demostrar sus sentimientos, uso de mecanismos de defensa y dependencia a otras figuras con quien establecen vínculos. Así como se evidencia sentimientos de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado, existe infravaloración y sentimientos de insuficiencia; por otro lado manejan culpa.
4. Los diagnósticos que pueden darse, debido a la privación del vínculo materno pueden ser: Trastorno de Ansiedad por Separación y Trastorno Reactivo de La Vinculación de La Infancia o La Niñez.

## **Recomendaciones**

1. Se sugiere a los profesionales y estudiantes de psicología, asuman el compromiso de dar a conocer a las madres la responsabilidad y el compromiso que se adquiere al ser madres; así mismo que se realicen programas de prevención o talleres de psicoeducación a los padres para concientizar de los efectos que la falta o privación del vínculo puede generar en los hijos; debido a que las consecuencias emocionales y conductuales en niños y niñas de 5 a 12 años, debido a la privación del vínculo materno son graves e incluso pueden trascender para toda la vida.
2. En los casos en donde no es posible el vínculo materno, por muerte o abandono, es necesario que esta figura se sustituya por el padre, abuelos, tutores que puedan brindarle el apego al menor.
3. Que se realicen investigaciones en el Centro de Defensoría Infantil, sobre este tema para que recobre la relevancia que tiene, no solo a nivel individual sino también la proyección a nuestra sociedad, a través de los flagelos sociales que actualmente existen, consecuencia que conlleva la privación del vínculo materno en niños y niñas de 5 a 12 años.
4. Al centro de práctica Centro de Defensoría Infantil CDI – Buckner se le sugiere que el afiche sea utilizado como material de apoyo.

## Referencias

### Bibliográficas

- Ainsworth, M.D. (1989). Attachment beyond infancy. American Psychologist. 44, 709-716.
- Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Comp.), Lecturas de psicología del niño, Madrid: Alianza.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., y Wall, S. (1978). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aizpuru, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. Psicología Iberoamericana, 2, (1), 37-44.
- Ajuriaguerra, J. (1976). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Toray-Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. Monografías de Psiquiatría; 3, 28-34.
- Botella, L. (1994). Emociones y construcción del significado: Implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. Revista de psicoterapia, Barcelona. 4, (16), 39-55.

- Botella, L. y Feixas, G. (1998). Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica. Barcelona: Laertes.
- Bowlby, J. (2003). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Ediciones Morata.
- Bowlby, J. (1993). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1993). La separación afectiva. El apego y la pérdida. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1990). El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). Una base segura. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1988). A secure base: Clinical Applications of Attachment Theory. London:Routledge.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss. Vol. 3. Loss, Sadness and Depression. London: The Hogarth Press.
- Bradley, J.M. y Cafferty, T.P. (2001). Attachment among older adults: current issues and directions for future research. Attachment and Human Development. 3, 200-221.
- Carrillo Ávila, S., Maldonado, C., Saldarriaga, L., Vega, L. & Díaz, S. (2004). Patrones de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo. Revista Latinoamericana de Psicología. 36, (3), 409-430.
- Casulla, M. & Fernández, M. (2005). Los estilos de apego: teoría y medición. Argentina: Ediciones JVE.

- Ferrada Toledo, P. M. (2006). El apego: Una mirada transgeneracional. Valdivia: Uach.
- Girón, S., Rodríguez, R. y Sánchez, D. (2003). Trastornos de Comportamiento en los adolescentes. Observaciones desde una perspectiva sistémicarelacional. Revista Psiquis, 24, (1), 5-14.
- Hernandez, R. (2003). Metodología de la investigación. (3era edición). Mexico: MacGraw Hill Interamericana.
- Hervás, N. (2000). El Sistema de Apego en la Generación de los Padres y Terapia Familiar. Sistémica. 8, 89-99.
- Musitu, G. y Cava, M.J. (2001). La familia y la educación. Barcelona: Octaedro
- Oates, J., Lewis, C. y Lamb, M.E. (2005) Parenting and attachment en Ding, S. y Littleton, K. (eds.) Children's Personal and Social Development, Oxford, Blackwell.
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 4 (1):65-81.
- Papalia, D. (1997). Psicología del Desarrollo. (7ª. Edición). Colombia: Editorial MacGraw Hill.
- Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B., y Carlson, A.E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. En Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications, ed. J. Cassidy y P.R. Shaver, pp. 68-88. New York: Guilford
- Winnicott, D. (1993). Los proceso de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Winnicott, D. (1965). El niño y el mundo externo. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé.

## **ANEXOS**



Anexo 1

Programa Curso Práctica Profesional Dirigida



## UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

## FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

## LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL

## PROGRAMA DE ESTUDIOS

<b>Nombre del Curso:</b>	<u>Práctica IV -Profesional Dirigida-</u>	<b>Ciclo:</b>	<u>2013</u>
<b>Pre-Requisito:</b>	<u>Práctica I, Práctica II, Práctica III</u>	<b>Código:</b>	_____
<b>Trimestre:</b>	<u>X</u>	<b>Jornada:</b>	_____
<b>Sede:</b>	_____	<b>Horario:</b>	_____

<b>Mes</b>	<b>Año</b>		
<u>Enero</u>	<u>2013</u>		
<b>Fecha de Recepción</b>	<b>Sello de Registro y Control Académico</b>	<b>Vo.Bo. Decanato</b>	

**Propósito del Curso:**

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el proceso de Sistematización de la Práctica y demás actividades programadas para aplicar la Psicología Clínica y Consejería Social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

**Objetivos:**

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

**Evaluación:**  
 Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos  
 Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido:	Fecha:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico</li> <li>2. Trabajo en comunidades de riesgo</li> <li>3. Detección de situaciones de resiliencia</li> <li>4. Creación de programas y proyectos</li> </ol>	

**Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:**  
**Metodología:**

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil establecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

**Calendarización Anual:**

<b>Enero</b>	
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.	
Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.	
<b>Febrero</b>	
Entrega de autorización escrita de centros de práctica.	
Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.	
Primera parte: presentación de caso 1	
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1	
Primera parte: presentación de caso 2	
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2	
<b>Marzo</b>	
Primera parte: Presentación de caso 3	
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1	
Entrega de informe mensual mes de febrero	
Primera parte: Presentación de caso 4	
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2	
Entrega Perfil Institucional	
Primera parte: presentación de caso 5	
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1	
Primera parte: presentación de caso 6	
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2	
<b>Abril</b>	
Primera parte: Presentación de casos 7	
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1	
Entrega informe mensual marzo	
Primera parte: Presentación de casos 8	
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2	
Primera parte: Presentación de casos 9	
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1	
Primera parte: Presentación de casos 10	
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2	
<b>Mayo</b>	
Cierre de primera fase. Autoevaluación	
Entrega informe mensual abril	
<b>Junio</b>	
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo	
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1	
Primera parte: Presentación de caso 11	
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2	
<b>Julio</b>	
Primera parte: Presentación de caso 12	
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1	
Entrega de informe mensual mayo	
Primera parte: Presentación de caso 13	
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2	
Primera parte: Presentación de caso 14	
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1	
Primera parte: Presentación de caso 15	
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2	
<b>Agosto</b>	
Primera parte: Presentación de caso 16	

[PROGRAMA OFICIAL]

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual junio
Primera parte: Presentación de caso 17 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
<b>Septiembre</b>
Primera parte: Presentación de caso 21 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Entrega de informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
<b>Octubre</b>
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1 Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
<b>Noviembre</b>
Entrega de informes finales.

**Bibliografía:**

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. BarlowD. Y Durand. M.. Thomson Learning. "a. edición México
- Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandin B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb, L. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie

Anexo 2

Carta de conclusión de Práctica



## CENTRO DE DEFENSORÍA INFANTIL



Guatemala 27 noviembre, 2013

Centro de Defensoría Infantil CDI-Buckner, por este medio hace CONSTAR que

### INGRID GABRIELA ARROYO MONAHAN

Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana; ha concluido satisfactoriamente su práctica. Que dio inicio el día 27 de febrero 2013 y finalizó el día 27 de noviembre del mismo año; asistiendo los días miércoles.

Agradecemos la participación de la alumna en mención, ya que siempre fue muy puntual, responsable, proactiva y comprometida con su quehacer profesional.

Por lo anteriormente expuesto, es un gusto extender la presente, firmada para los usos que a la interesada convengan, en la ciudad de Guatemala el 27 noviembre 2013.

Atentamente

Karen Virginia Dubón Alvarado  
Directora  
Centro de Defensoría Infantil  
Cel. 40173640



Anexo 3  
Carta de Entrega de Aporte al Centro de Práctica  
y Aporte



Guatemala 20 de noviembre 2013

**Licda. Karen Dubón**  
**Directora Centro de Defensoría Infantil**  
**Buckner**  
**Pte.**


**Respetable Licda. Dubón:**

Me es grato saludarle deseando que todas sus actividades sean exitosas. Por medio de la presente quiero expresar el más sincero agradecimiento por permitirme asistir y haber realizado con éxito los requisitos de Práctica Profesional Dirigida durante el presente año, en el centro que dirige.


Como agradecimiento y aporte a la institución, estoy haciendo entrega de Cinco afiches psicoeducativos referente al tema del Apego; el cual está vinculado a un caso que se atendió en dicho centro y que generó la necesidad de realizar una investigación acerca del mismo.

Confiando en que será de utilidad a los padres y personas que visitan los diferentes centros de Buckner me despido reiterando mi agradecimiento.

Atentamente

  
Karen  
20/11/13

Centro de Defensoría Infantil  
C.D.I.  
  
Hora: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

  
**Ingrid Gabriela Arroyo Monahan**  
Estudiante 5to. Año  
Psicología Clínica y Consejería Social  
Universidad Panamericana

# EL VÍNCULO DEL APEGO

## ¿Qué es el apego?

El Apego es el primer vínculo afectivo que se establece entre el niño o niña, y sus padres o los adultos que cumplan ese rol.

Este vínculo se va creando y fortaleciendo día a día, a través de la entrega de los cuidados básicos y de la satisfacción de sus necesidades, cuando esto se hace con cariño.



La formación de un apego seguro es, sin duda, un factor protector para la salud mental del niño o niña, ya que fomenta su autoestima, desarrollo, e identidad, otorgándole las bases para enfrentar de mejor manera la vida futura.



## ¿Cuál es la relevancia del Apego?

Un apego seguro se construye cuando el niño y niña siente que los adultos que le cuidan son sensibles a sus necesidades y tratan de satisfacerlos con cariño. Por ejemplo, al aliviar su angustia producto del hambre, sueño, u otras razones, estos adultos se van haciendo personas confiables y disponibles, al hacerle cariño o hablarle de manera amorosa, le hacen sentir al niño y niña que es alguien querido e importante para los otros



## ¿Cuáles son las mejores situaciones para fortalecer un Apego Seguro?

Las mejores situaciones para ir construyendo este vínculo con su niño y niña son los momentos compartidos en que puedan mirarse, sonreír el uno al otro y comunicarse de manera verbal y táctil. Los espacios de las rutinas diarias son también una oportunidad para vincularse, por ejemplo en la muda, alimentación, baño y sueño. Para esto se recomienda darse el tiempo para desarrollar estas tareas con tranquilidad, haciendo de ellas un momento placentero para el niño y niña y usted. Es importante compartir con el niño y niña estas rutinas, aprovechando además los momentos de juego, disfrutando del placer de estar juntos.

## CONSEJOS

**1** Trate de ponerse en el lugar de su niño o niña y entender sus necesidades, para entregarle la respuesta adecuada. El llanto es la manera de expresarse que tiene el niño y niña, sobre todo en los primeros meses; por lo tanto dejarlo llorar es no preocuparse de su dificultad.

**2** Explique a su niño y niña lo que sucede alrededor. Por ejemplo, decirle "Estas llorando porque se te cayó el chupete y tienes pena?". Esto le permite al niño y niña paulatinamente ir comprendiendo tanto sus emociones como las de los demás.

**3** Existen distintas maneras de relacionarse con su hijo o hija. Dese el tiempo para que ambos puedan mirarse a los ojos y disfruten haciéndolo. Sonríale, Tóquelo y ayúdelo a tocarse. Háblele con voz suave, imite sus sonidos, cántele.

**4** Al volver a trabajar al término del postnatal trate, en la medida de lo posible, de hacer una transición gradual con la persona o familiar que quedará a cargo de su niño y niña. Ello los ayudará a ambos a adaptarse mejor a la separación.

Promover un Apego seguro es importante porque se refleja en niños emocionalmente más seguros, estables y con un mejor desarrollo social.

**5** Trate de destinar espacios para el juego con su niño y niña, acercándose a su mundo y buscando actividades que resulten placenteras para ambos.

**6** Acompañe a su niño y niña en el proceso de comenzar a caminar. Para que ellos fomenten sus primeros intentos de moverse por sí mismos. No olvide recompensar sus esfuerzos felicitándolo o sonriéndole.

El Apego Seguro es un factor protector de la salud mental de la persona.

Anexo 4

Diploma por impartir Escuela para Padres



**CENTRO DE DEFENSORÍA INFANTIL**



Otorga el presente diploma a:

*Ingrid Gabriela Curoyo Monahan*

Por haber impartido con éxito los talleres del programa  
"ESCUELA PARA PADRES"

Guatemala, 21 de agosto de 2013.

  
Brenda Vásquez  
Coordinadora



  
Karen Dubón  
Directora