

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



¿Cuál es el impacto psicosocial en la vida de los adultos generado por el abandono emocional en su infancia?

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Silvia Del Rosario González Apen

Guatemala, febrero 2014

PPD-PSL-134

¿Cuál es el impacto psicosocial en la vida de los adultos generado por el abandono emocional en su infancia?

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Alumna: Silvia Del Rosario González Apen
Asesora: M.A. Rebeca Ramírez de Chajón

Guatemala, febrero 2014

Autoridades de la 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
Decana**

**M Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Coordinador Campus El Naranjo**

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA


FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Silvia Del Rosario González Apen
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social** de esta Facultad
solicita autorización para realizar su **Práctica
Profesional Dirigida** para completar
requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

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 Clínica y Consejería Social se resuelve:


1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** está 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: **Silvia Del Rosario González Apen** recibe la aprobación para realizar su **Práctica Profesional Dirigida**.


Licda. Elizabeth Herrera
Decano



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala noviembre dos mil trece.-----

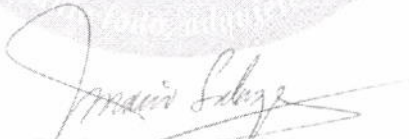
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **¿Cuál es el impacto psicosocial en la vida de los adultos generado por el abandono emocional en su infancia?**, Presentada por el (la) estudiante: **Silvia Del Rosario González Apen**, previo a optar al **grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica 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 Ramírez de Chajón
Asesor

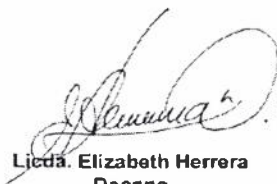
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS.
Guatemala febrero dos mil catorce.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **¿Cuál es el impacto psicosocial en la vida de los adultos generado por el abandono emocional en su infancia?**. Presentada por el (la) estudiante: **Silvia Del Rosario González Apen.** previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica 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 Alfredo Salazar
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS. Guatemala: febrero
dos mil catorce.-----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema ¿Cuál es el Impacto psicosocial en la vida de los adultos generado por el abandono emocional en su infancia?. Presentada por el (la) estudiante, **Silvia Del Rosario González Apen**, previo a optar grado académico de **Licenciada en Psicología Clínica 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
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



Dedicatoria

A ti mi Dios por permitirme la vida, por darme ánimo, sabiduría, inteligencia, fortaleza y por tu bondad y provisión durante todo este proceso.

A ti esposo amado Aarón Guerra Velásquez porque eres incondicional, estas allí con tu apoyo y comprensión; has aportado con palabras de aliento y motivación pero también con recursos, lo cual ha permitido que hoy obtengamos un triunfo de muchos que lograremos juntos.

A ustedes mis amados padres Aura de González y Freddy González, a quienes amo con todo mi corazón, a quienes dedico este triunfo. Gracias a su esfuerzo y dedicación he llegado hasta aquí, me han guiado, educado y siempre me brindaron su amor y apoyo incondicional, llenaron de valor mi vida, con palabras de exhortación y ánimo, para que alcance mis sueños.

A ustedes mis lindos hermanos Freddy Estuardo González y José Roberto González, por su gran corazón, amistad e incondicionalidad, quienes siempre han estado dispuestos a brindarme su ayuda en todo momento y me han enseñado muchas lecciones de vida.

A ustedes mis amigas y hermanas Silvia Solé, Dery Miranda, Alejandra Álvarez, Marissa Sosa y Erika Jaramillo, quienes me dieron una amistad muy valiosa, su apoyo cuando lo necesité, un abrazo y una palabra de aliento. He aprendido de cada una de ustedes.

A ustedes mis amigos Hever Hernández, a quién admiro y aprecio mucho, pues ha influenciado positivamente en mi vida.

A la Clínica Periférica Primero de Julio por permitirme realizar mi proceso de práctica profesional dirigida, lugar en el que adquirí mucho aprendizaje.

A la Universidad Panamericana, mi casa de estudios de quién estoy orgullosa por ser parte de la misma.

A mi asesora durante este proceso, Licenciada Rebeca de Chajón, quién me orientó y guió durante este camino.

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
1. Capítulo 1	1
Marco de referencia	1
1.1 Descripción del centro de práctica	1
1.2 Ubicación de la institución	2
1.3 Descripción de la población atendida	2
1.4 Organización	3
1.5 Programas establecidos	3
1.6 Organigrama	5
1.7 Planteamiento del problema	6
1.8 Objetivos	7
1.8.1 Objetivo general	7
1.8.2 Objetivos específicos	7
2. Capítulo 2	8
Referente teórico	8
2.1 Abandono	8
2.2 ¿Qué es el abandono emocional?	9
2.3 La sobreprotección constituye un abandono emocional encubierto	13
2.4 Causas del abandono emocional en la infancia	14
2.5 El vínculo madre-hijo e hija y su relación con el abandono emocional	16
2.6 Química del apego	17
2.7 Síntomas que experimenta una persona que ha sufrido abandono emocional	18
2.8 Efectos y consecuencias psicológicas del abandono emocional en la infancia	20
2.8.1 Huellas del abandono emocional	20
2.8.2 Dependencia emocional	21
2.8.3 Problemas paterno-filiales	21

2.8.4	Problemas conyugales	21
2.8.5	Trastorno distímico	22
2.8.6	Trastorno límite de la personalidad	23
2.9	El impacto emocional en la adultez del abandono en la infancia	25
2.9.1	¿Qué es la adultez?	25
2.9.2	Características de la persona que abandona emocionalmente	27
2.10	Principales procesos psicoterapéuticos para personas adultas que padecieron del abandono emocional en la infancia	28
3.	Capítulo 3	32
	Referente Metodológico	32
3.1	Metodología para la sistematización de la práctica profesional dirigida	32
3.2	Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional dirigida	32
3.3	Población atendida en el centro de práctica	35
3.4.	Cronograma de actividades realizadas	36
3.4.1	Actividades desarrolladas en el proceso de práctica	36
4.	Capítulo 4	37
	Presentación de Resultados	37
4.1	Análisis	37
4.2	Caso clínico	38
4.3	Logros obtenidos	59
4.4	Limitaciones	59
5.	Conclusiones	60
6.	Recomendaciones	62
7.	Referencias	63
8.	Anexos	66

Resumen

A continuación el presente trabajo de sistematización de la Práctica Profesional Dirigida de la Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, extensión el naranjo, se desarrolló durante los meses de febrero a octubre 2013, en la clínica Periférica Primero de Julio, ubicada en la 15 calle entre 5ª y 6ª avenida de la zona 5 de mixco, colonia Primero de Julio, que forma parte del Ministerio de Salud Pública y asistencia social del gobierno de Guatemala.

Este trabajo de sistematización está desarrollado en cuatro capítulos. En el primer capítulo, se presenta una descripción de la institución en la que se realizó la práctica profesional, el planteamiento y los objetivos correspondientes.

El segundo capítulo, describe y presenta el referente teórico en el cual se fundamenta tal investigación.

En el tercer capítulo, está contenida la metodología, misma que se llevó a cabo durante el desarrollo de la práctica dirigida, en el proceso terapéutico aplicado a la población atendida.

El cuarto capítulo, presenta un análisis del caso clínico del que surge esta investigación, luego los anexos, recomendaciones y conclusiones respectivas.

Introducción

La realización del proceso de Práctica Profesional Dirigida, requisito para el alumno(a) que cursa el último año de la carrera de psicología clínica y consejería social, en la Universidad Panamericana, se llevó a cabo en la Clínica Periférica Primero de Julio, con pacientes que asistieron a esta institución en el presente año, en procesos psicoterapéuticos tanto a nivel individual, familiar como de pareja.

Durante la ejecución de la práctica profesional se atendieron a pacientes afectados significativamente en el área: cognitiva, afectiva, somática y conductual; a los consultantes se les brindó atención, orientación y acompañamiento psicoterapéutico según su particularidad, sin embargo, se observó que en su mayoría, los pacientes adultos presentaron conflictos con respecto al abandono emocional en su infancia.

Por tal razón se desarrolla esta investigación, profundizando el tema del abandono emocional en la infancia y su impacto en la adultez, dirigido a la población que asiste a este centro de salud. La realidad es que en la sociedad guatemalteca existe gran cantidad de personas adultas que presentan conductas desadaptadas, como consecuencia directa del abandono emocional vivido durante su niñez, debido a que sus figuras significativas de cuidado, es decir, el padre y/o la madre fueron ausentes en cuanto a protección, seguridad, afecto, aceptación, validación, cuidado y atención, razón por la cual su presente se ve afectado y presentan distintos conflictos emocionales, acompañado de deterioro en las distintas áreas: personal, familiar y social.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Descripción del centro de práctica

La Práctica Profesional Dirigida se realizó en la Clínica Periférica Primero de Julio.

Esta institución pertenece al Ministerio de salud pública y asistencia social, específicamente a la Jefatura del área de salud Guatemala sur. Fue fundada el 31 de agosto de 1991, bajo la dirección de la Dra. Nancy Pezzarossi de Calderón, quien a su vez fundó la maternidad cantonal el 15 de febrero de 1994. La clínica presta servicio a la comunidad con el propósito de prevenir y tratar enfermedades de tipo físico y psicológico. Atiende a pacientes en su mayoría personas de escasos recursos económicos.

Objetivo general

Protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud para la población que atiende.

Objetivos específicos

- Cumplir con las políticas gubernamentales de salud.
- Atender a la población asignada a la clínica periférica, y otras que se presenten no importando su origen.
- Mejorar el estado físico y psicológico de la población en general, con costos mínimos al servicio y consulta general.
- Proporcionar programas de prevención de salud comunitaria a la población, tanto multidisciplinario como interinstitucionalmente.

La clínica a través del recurso humano y material, brinda atención, servicio médico y psicológico, tanto a la región geográficamente asignada como a otras regiones que la solicitan, entre las cuales se pueden mencionar a San Juan Sacatepéquez, Cobán, Escuintla y otras.

La estructura del edificio de la Clínica Periférica Primero de Julio, es sólida en sus paredes, techo de terraza, cuenta con los servicios de agua potable, energía eléctrica, teléfonos, sanitarios para el personal y para la población que se atiende en la institución, además cuenta con suficiente iluminación natural.

El edificio cuenta con las siguientes áreas:

- ✓ Consulta Externa
- ✓ Emergencia
- ✓ Laboratorio
- ✓ Maternidad
- ✓ Oficinas
- ✓ Salones de usos múltiples
- ✓ Parqueo

1.2. Ubicación de la institución

15 calle entre 5ta y 6ta. Avenida de la zona 5 de mixco, colonia Primero de Julio.

1.3. Descripción de la población atendida

Los vecinos de la colonia Primero de Julio y colonias aledañas se integran por grupos étnicos variados que han emigrado de distintas partes del país e incluso personas extranjeras, quienes conforman niveles variados de cultura. La población regular atendida en la Clínica Periférica Primero de Julio oscila entre los 0 y los 68 años de edad, los que se subdividen en tres grupos según el servicio que solicitan:

- ✓ Niños de 0-13 años de edad: Asisten por control de enfermedades relacionadas con más frecuencia con las vías respiratorias y otros pertenecen a programa de atención de escuelas de nivel primario.

- ✓ Jóvenes de 14-17 años de edad: Solicitan ayuda o servicio médico y psicológico, quienes constituyen un buen número de pacientes, en su mayoría vienen de hogares de escasos recursos y algunos laboran en diversos lugares, enfrentándose a diversos problemas físicos y emocionales debido a las condiciones de vida que llevan.

- ✓ Adultos: Personas con responsabilidades y pocas oportunidades para desenvolverse, no solo en el aspecto económico, sino el psicológico e intelectual, lo cual es un limitante bastante fuerte para una vida con salud mental. Al buscar ayuda en esta institución benefician su economía familiar pues los servicios son gratuitos.

1.4. Organización

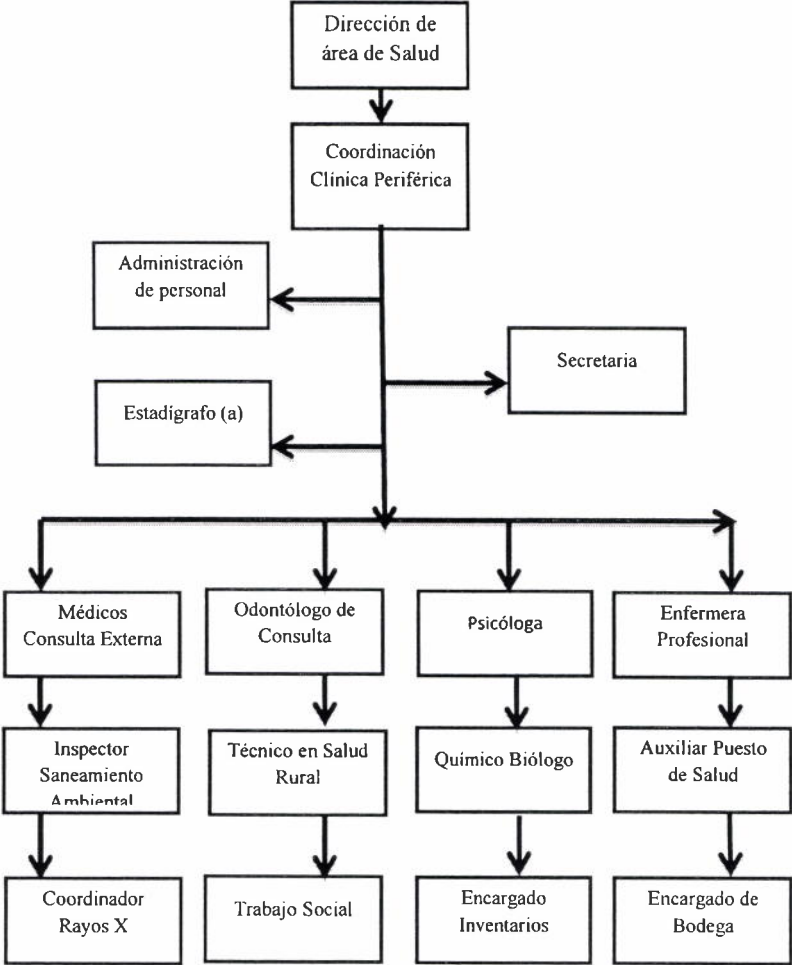
La organización de recursos humanos de la Clínica Periférica Primero de Julio, se encuentra estructurado de la siguiente manera: la dirección de área de salud, Doctor José Gabriel Ajcip; coordinación de la clínica periférica, Doctora Nictté Pérez de Rojas; administración de personal del Sr. Héctor Sazo Solís; el estadígrafo (a) por Sra. Gabriela de Montes; secretaria Sra. Sonia Valenzuela; médicos de consulta externa Doctora Amparo Méndez y Doctor Roaldo Oliva; odontólogo de consulta, Doctor Marco Antonio Mendizábal; psicóloga Licenciada Raquel Alarcón; enfermera profesional, Dalia de Ríos; inspector saneamiento ambiental María Luisa Gómez; técnico en salud rural, Clara Solórzano; químico biólogo Licenciado Martin Gil; coordinador rayos X, Cesar Escobar; trabajo social, Alma Gramajo; encargado inventarios, Liseth Mendizábal; encargado de bodega, Oscar Palma; auxiliar de puesto de salud, Patricia de la Cruz; auxiliar de farmacia, Odilia Ramos.

1.5. Programas establecidos

Dentro de la atención y servicio que presta la institución a la comunidad están los programas de ginecología directa, atención odontológica, rayos x, laboratorio, farmacia, cirugía menor, medicina general, pediatría, emergencias las 24 horas, maternidad las 24 horas, trabajo social, servicio de ambulancia, departamento de financiamiento ambiental, programa de inmunización, programa de infecciones agudas (respiratorias), tratamiento de rehidratación oral (T.R.O.),

desparasitaciones intestinales internas, programa de RAVI rabia horizontal y vertical, programa de vitamina ión a nivel escolar (preprimaria a básicos) programa de profilaxis sexual, programa de SIDA y del cólera, estimulación temprana y atención psicológica.

1.6. Organigrama



Fuente: Elaboración propia, información obtenida de la Clínica Periférica Primero de Julio.

1.7. Planteamiento del problema

En la sociedad de Guatemala hay diversidad de personas adultas que en su infancia sufrieron del abandono emocional, esto a consecuencia del descuido y ausencia de sus figuras parentales, quienes no brindaron respuesta a las necesidades afectivas de protección, seguridad, amor, cuidado y atención, lo cual no contribuyó a la nutrición emocional de sus hijos e hijas.

Esta situación afecta en la vida adulta de una persona, pues es en los primeros años de vida, en donde el niño o la niña se va criando, formando en creencias, percepciones y va aprendiendo acerca de la vida, por ello el papel tanto del padre como el de la madre es vital, ya que constituyen las personas primarias de apoyo que deben influenciar positiva y responsablemente para con el crecimiento y calidad de vida de sus hijos e hijas; en caso contrario, al no estar disponibles y desamparar emocionalmente, pueden provocar síntomas tales como: percepción de inseguridad y desconfianza ante el ambiente, sentido de desmerecimiento, minusvalía, sentimientos de menosprecio, baja autoestima, desaprobación de las figuras primarias y sentido de desesperanza; síntomas que pueden llevarse a la adultez. Algunas de las razones del abandono emocional en la infancia pueden deberse por la repetición del patrón de abandono de los padres a los hijos e hijas, la desintegración familiar, la ausencia de padres por motivos laborales y escasas económicas, la falta de responsabilidad en el rol materno y paterno.

El abandono emocional recibido durante la infancia, puede traer sus repercusiones en un adulto ya que puede generar; estados depresivos continuos, distimia, vacío existencial, repetición del patrón, activación del rol de víctima y rechazo hacia sí mismo creando una distorsión en la autoaceptación, estos mensajes inconscientes pueden quedarse guardados en la mente de un sujeto; por ello es importante que la persona inicie un proceso psicoterapéutico individual con un enfoque gestáltico, con el fin de que el adulto o adulta procese ese evento no resuelto, para evitar la activación de conductas desadaptativas y/o que se desencadene alguna psicopatología tanto en su rol de figura parental como en el de pareja como consecuencia. Con lo anteriormente expuesto, se genera la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es el impacto psicosocial en la vida de los adultos y adultas generado por el abandono emocional en su infancia?

1.8. Objetivos

1.8.1 Objetivo general

Determinar el impacto psicosocial en la vida de los adultos y adultas generado por el abandono emocional en la infancia.

1.8.2 Objetivos específicos

- ✓ Describir el impacto del abandono emocional en la infancia.
- ✓ Identificar las causas que generan el abandono emocional en la infancia.
- ✓ Determinar los efectos y consecuencias psicológicas por el abandono emocional en la infancia.
- ✓ Enlistar procesos psicoterapéuticos de apoyo a personas adultas que han vivido abandono emocional en la infancia.
- ✓ Estructurar un documento psicoeducativo, de aporte al centro de práctica en donde se realizó la práctica profesional supervisada.

Capítulo 2

2. Referente Teórico

2.1. Abandono

La Real Academia Española define la palabra abandono como: desamparo, descuido, renuncia, desinterés, alejamiento de un lugar, descuido de intereses, de las obligaciones, del aseo personal o la compostura.

Este concepto que puede ser utilizado en distintas esferas y situaciones, se refiere a la acción de dejar sin protección y provisión, es observable y constituye una forma de maltrato psicológico pues hace referencia al acto de descuidar, dejar de lado, ignorar, desatender y desamparar. Asimismo el abandono ocurre cuando no hay un cumplimiento e irresponsabilidad acerca de suministrar las necesidades vitales de un sujeto en cuanto al alimento, vivienda, vestido, afecto, ambiente seguro y apoyo emocional, así como también la atención médica a un sujeto.

Se suele pensar que el abandono, se manifiesta únicamente cuando un padre de familia desampara a un recién nacido en la calle, dejándolo a cargo de otro cuidador o familiar, en un orfanato, en una casa hogar o en hospitales, de hecho lo anterior mencionado se refiere a un abandono institucional, y sucede por distintas circunstancias y motivos tales como la escases económica, embarazos no deseados, la negación a asumir el rol paternal por la ausencia de madurez personal(emocional), desintegración familiar, padres con conductas adictivas como drogadicción o alcoholismo, sin embargo, existen distintos tipos de abandono en la infancia, no solamente el institucional, los cuales se mencionan a continuación:

- ✓ Abandono Físico: Se refiere a la falta de respuesta a las necesidades físicas y básicas de un niño o niña que incluye: vivienda, alimentación, vestimenta, la falta de protección y bienestar físico.

- ✓ Abandono Emocional: Se refiere esa indiferencia a las necesidades afectivas internas de las figuras parentales hacia su hijo o hija, ya sea por repetición de patrones o por creencias culturales que generan diferentes reacciones, provocando conflictos en sí mismo, por la necesidad de sentirse amado, acompañado, protegido, cuidado, aceptado, validado, valorado, útil, y complementado. Es decir, este tipo de abandono se da cuando el cuidador primario deja a la deriva emocionalmente a su hijo y no le provee de atención, seguridad y protección lo cual viene a afectar en su autoestima, autoimagen y percepción de sí mismo, pues se espera que sean los padres quienes provean a las necesidades intrínsecas del niño, siendo el hogar el escenario primario social, en donde se forma la personalidad del niño.

- ✓ Abandono Médico: Se refiere a que un padre o cuidador primario no proporciona, se irresponsabiliza y es negligente en cuanto a la salud del niño o niña, pues no contribuye o responde al tratamiento médico necesario ni tampoco a la vacunación del infante.

2.2 ¿Qué es el abandono emocional?

Muchas personas ignoran la existencia del abandono emocional, y lo están infringiendo, al mismo tiempo con sus hijos e hijas, no sabiendo cuáles son sus consecuencias y cómo esto puede afectar en los hijos e hijas aún en la adultez.

Este tipo de abandono radica en descuidar, desamparar, ser indiferente e incumplir a las necesidades emocionales y afectivas del infante, tales como aportar a la confianza en sí mismo, fomentar una autoestima saludable, brindar validación, reconocimiento, aceptación incondicional, amor, tiempo de calidad y aprobación. Maslow psicólogo humanista, en su teoría de la pirámide de necesidades planteó que el ser humano cuenta con 5 necesidades básicas que son inherentes en su naturaleza humana, mismas que deben ser satisfechas para lograr la autorrealización en una persona, las cuales en orden de intensidad son las siguientes: 1) fisiológicas, 2) seguridad, 3) pertenencia y amor, 4) autoestima y 5) la autorrealización.

Diversos experimentos clínicos han demostrado que las necesidades que Maslow describió son esenciales para la vida y el desarrollo humano óptimo. En cuanto a las necesidades de seguridad, pertenencia y amor, una persona en sus primeros años de vida forma sus primeros vínculos y relaciones afectuosas con sus padres, quienes son los encargados directos del cuidado físico, la salud y el apoyo emocional para un desarrollo sano en el niño y niña. Así también los progenitores modelan conductas y son los responsables de brindar un ambiente seguro.

René Spitz psicoanalista, destaca acerca del abandono y enfatizó las graves consecuencias que provoca en el niño y niña la separación prolongada de su madre, según Spitz, si la separación dura más de tres meses, puede sobrevenir un grave cuadro que denominó depresión anaclítica o síndrome de hospitalismo (1945), es un término creado para designar un síndrome depresivo sobrevenido en el curso del primer año de vida del niño y niña, a razón de un distanciamiento abrupto, parcial o alejamiento prolongado de la madre, que puede ser hasta un máximo de tres meses, tras haber tenido el niño y niña una relación normal con ella. Debido a ello el niño o niña pueden presentar síntomas como pérdida de expresión mimica, mutismo, insomnio, pérdida de peso e incluso retardo psicomotor global.

La depresión anaclítica es producto directo de una privación afectiva parcial en el niño, pero si esta privación sobrepasa las dieciocho semanas el niño probablemente pasaría al estado de hospitalismo. En este estado, también descrito por Spitz, la separación madre-hijo e hija, durante un tiempo muy largo o total, desemboca en la imposibilidad del niño o niña para entablar contactos afectivos permanentes; por ejemplo, porque el niño o niña está en una institución de salud que da tratamiento impersonal. El hospitalismo puede engendrar estragos irreversibles, incluyendo la muerte. Debido a las investigaciones de Spitz, la concepción de la atención hospitalaria de niños(a) pequeños en los países desarrollados cambió radicalmente.

Por su parte, los psiquiatras Charles Odier y Germaine Guex, introdujeron el término de: neurosis de abandono, este síndrome es una alteración psicopatológica, cuya principal característica es la angustia que provoca el abandono materno, y una fuerte necesidad de seguridad. La sintomatología del abandonado o persona abandonada, puede presentar:

angustia, agresividad, masoquismo, narcisismo, aislamiento, sentido de inferioridad y sentimiento de minusvalía; lo cual se asocia con una inseguridad afectiva fundamental, es decir, la necesidad ilimitada de amor, que no se manifiesta y que a menudo se hace difícil de reconocer.

El abandono emocional puede ser efectuado por una figura parental o por ambas figuras. El abandono emocional puede activar inconscientemente y de manera incansable una búsqueda de la seguridad pérdida, por la no fusión primitiva del niño o niña con los padres, y es importante recordar que no corresponde necesariamente a un abandono real o físico. A continuación se mencionan algunos de los indicadores del abandono emocional por parte de los padres o cuidadores primarios.

- ✓ Una actitud negativa afectiva.
- ✓ No transmitir o rehusar el afecto.
- ✓ Falsa presencia de las figuras parentales.
- ✓ Escases de atención y comprensión.
- ✓ Ausencias constantes de los padres en el hogar por responsabilidad laboral.
- ✓ Indiferencia a las necesidades de valoración, aceptación, cuidado y seguridad del niño o niña.
- ✓ Los niños y niñas manifiestan una apariencia sucia, descuidada y con falta de higiene.
- ✓ Delegar el cuidado del niño o niña a personas sustitutas o guarderías, por distintas circunstancias.
- ✓ Rechazo psicológico a los niños y niñas por medio de verbalizaciones o actitudes.
- ✓ Falta de expresión de afectividad.
- ✓ Desvalorización de las capacidades del niño o niña.
- ✓ Resentimiento y enfado continuo al niño o niña.
- ✓ Ausencia de comunicación con el niño o niña.
- ✓ Falta de responsabilidad y presencia del rol paterno.
- ✓ Dañar indirectamente la autoestima del niño o niña
- ✓ No brindar interés a los sentimientos negativos del niño o niña, tales como el miedo, tristeza o frustración, que pueda estar padeciendo.

- ✓ Anular la importancia del niño o niña.
- ✓ No verbalizar las potencialidades del niño o niña.
- ✓ Sobreprotección al niño o niña.
- ✓ Reducir las visitas al niño o niña, en caso de separación o divorcio de los padres.
- ✓ Desconocer las necesidades particulares psicoafectivas del niño o niña.
- ✓ Falta de respuesta a las exigencias inmediatas y básicas del niño (ejemplo: llanto por hambre o sed).
- ✓ Omitir límites y reglas claras, que permiten regular la conducta adaptada del niño o niña.
- ✓ La no interacción con una figura parental estable, que provea y modele protección.
- ✓ Excluir al niño o niña de actividades e interacción familiar y social.
- ✓ Impedir la evolución de la autonomía en el niño o niña.
- ✓ La figura parental no es accesible para el niño o niña, además que se vale de las excusas.
- ✓ No atender a las demandas de salud y bienestar del niño o niña.
- ✓ No difundir el sentido de pertenencia a la familia, al niño o niña.
- ✓ No aprobar o validar al niño o niña, es decir no enfatizar su valor e importancia como persona, dentro del núcleo.
- ✓ Descalificar y desaprobar al niño o niña.
- ✓ Tratar al niño o niña como objeto, no como sujeto.
- ✓ Desprecio indirecto al niño o niña.
- ✓ Preferencia entre hijos o hijas.
- ✓ Ausencia de interacción afectiva. (carencia de contacto físico, besos y abrazos)
- ✓ Ignorar al niño o niña, de diferentes maneras según su estadio evolutivo,
- ✓ No responder o iniciar conductas de apego y apoyo emocional.
- ✓ No responder a las conductas sociales espontáneas del niño o niña,
- ✓ No participar en las actividades diarias del niño o niña,
- ✓ Comunicación agresiva entre padres-hijos e hijas.
- ✓ Relación distante, desafiante y de desconfianza padres-hijos e hijas.
- ✓ No apoyar o defender frente a los problemas escolares o sociales del niño o niña.
- ✓ Tolerar todos los negativos comportamientos del niño o niña, sin ponerles límite alguno.
- ✓ Ausencia del uso de corrección que corresponde a la crianza asertiva.

- ✓ Renuncia por parte de los padres, a asumir a las responsabilidades parentales en todos sus aspectos.
- ✓ Relación destructiva padres-hijos e hijas.
- ✓ No brindar suficiente apoyo emocional.
- ✓ Comunicación pasiva entre padres-hijo e hijas.
- ✓ Ausencia de momentos de juego, con el niño o niña.
- ✓ Escases de tiempo compartido con el niño o niña.

El abandono emocional puede ser de dos tipos:

1. Abandono Intencionado o deliberado: Este se da cuando el cuidador o padre, conociendo tanto sus responsabilidades, como los efectos negativos en el niño y niña, o el riesgo al observar las conductas desadaptativas del niño o niña, lo ignora, abandona y no atiende.
2. Abandono Circunstancial o inesperado: Se refiere a que, por alguna situación inesperada como por accidentes, muertes, o migración de los padres a otro país, abandonan a sus hijos, dejándolos al cuidado de un familiar o encargado suplente.

2.3. La sobreprotección constituye un abandono emocional encubierto

Consiste en que los padres de familia asumen de manera lenta pero absorbente los deberes, libertades o responsabilidades de sus hijos e hijas, no permitiendo el desarrollo de la autonomía, seguridad en sí mismo y fomento de autoaceptación en el niño o niña.

Un hijo o hija sobreprotegido experimenta señales del abandono, pues impacta y afecta su sentido de merecimiento, hay una ausencia latente de amor, aceptación y percepción de un ambiente seguro a causa de que el padre o madre ignora y minimiza las capacidades y poder de decisión.

Un niño o niña sobreprotegido, en su vida adulta puede manifestar conflictos en cuanto al ser aprensivo, dependiente, temeroso y desconfiado, de la misma manera que lo experimenta una persona que ha sufrido el abandono emocional, aparentemente la sobreprotección representa

cuidado y atención intensa, pero en realidad no permite que el niño o niña desarrolle sus potencialidades y habilidades pues es el padre o madre es quien impone sus ideales y decisiones.

No obstante, un niño sobreprotegido sufre pues su libertad e individualidad y poder de decisión es aniquilada. En realidad, la sobreprotección es una máscara del abandono pues en ninguna de las dos situaciones se nutre emocionalmente a un niño o niña, pues ambas situaciones dañan e impactan en la autoestima del que lo padece. Así, pues, tanto en el niño que ha sido abandonado, como en el que ha sido sobreprotegido están presentes el dolor emocional, la minusvalía y la falta de desenvolvimiento afectiva.

2.4. Causas del abandono emocional en la infancia

Interfieren distintos factores por los cuales se origina el abandono emocional, sin embargo un factor determinante, es la debilidad del vínculo afectivo entre padres-hijos e hijas, lo cual es clave para la vida y formación de un individuo durante sus primeros años de vida.

Las causas principales se definen a continuación:

1. **Familiares:** La desintegración familiar, familias disfuncionales, divorcio de los padres, vida familiar inestable, separación frecuente y prolongada en los primeros meses de vida del niño o niña. Familias de tipo monoparentales, padres agotados por sus labores, padres separados, irresponsabilidad del papel parental, padres ausentes, padres de tipo autoritarios, permisivos, alcohólicos, drogadictos o que practican adictivas. Exigencia de los padres sobre los hijos de proyecciones de sí mismos, a los que someten a sus hijos e hijas. (ejemplo: inscribir al niño o niña un curso que al padre siempre le ha interesado y que por alguna circunstancia no lo realizó en el pasado).
2. **Psicológicas:** Repetición de patrones conductuales, repetición del modelado de una generación a otra, aplicación de patrones de crianza en los que se formaron los padres de familia, falta de comunicación asertiva y de confianza con los hijos e hijas.

3. Económicas: Ambos padres se ausentan del hogar, por trabajar arduamente para proveer al hogar, por los escasos financiera que padecen.

Es necesario resaltar lo significativo que es la figura del padre y de la madre sobre sus hijos e hijas, pues son sin duda las principales y más importantes en el desarrollo de todo infante; transfieren a los hijos e hijas multitud de elementos, desde el idioma, la cultura, las creencias, como hasta la forma de comportarse ante determinadas situaciones. Todo niño y niña necesita de dos personas de referencia, para poder desarrollarse de manera sana, estable, saludable, feliz y lo mejor posible, generalmente este es el rol que ejecuta el padre y la madre de familia, claro hay excepciones porque en ocasiones no es posible que sean los padres biológicos de la criatura; sin embargo, no es estrictamente necesario que sean los padres biológicos de la criatura, sino por distintas circunstancias otras personas se hacen cargo del niño o niña.

Se ha descubierto que la participación en la crianza de los niños y niñas, vuelve a los padres más responsables, gentiles, sensibles, calmados y seguros de sí mismos. Los estudios sugieren que tales padres viven más tiempo, tienen mejores trabajos y disfrutan de mejor salud y presentan mejor calidad de vida. Los padres involucrados en la crianza de los niños, sufren menos de abuso de alcohol o drogas y reportan menos episodios de encarcelamiento, sin embargo, hay excepciones cuando existen patrones intergeneracionales de padres ausentes y de abandono emocional.

La figura paterna es esencial, pues es el referente de autoridad, provisión, fortaleza y de identidad sexual. Cada figura (femenina y masculina, materna y paterna) aporta a la construcción de la identidad y personalidad de sus hijos e hijas, también aportan a las pautas de crianza necesarias y darle modelos de relación con el mundo, los pequeños que no tienen la figura paterna son más inseguros y pueden sufrir de ansiedad. La figura materna es el referente de cuidado, ternura, dulzura, feminidad e incondicionalidad.

El abandono emocional impacta negativamente en el niño, pues este puede comenzar a tener ideas distorsionadas de sí mismo por el aprendizaje primario obtenido en su hogar y puede llegar

a pensar que no es valioso, que el ambiente es negativo y amenazante, sentirse inferior a los demás y no merecedor de afecto.

2.5. El vínculo madre-hijo e hija y su relación con el abandono emocional

Un niño o niña abandonado(a) será un adulto sin pasado afectado en sus creencias, herido emocionalmente y marcado. Mary Ainsworth, psicóloga estadounidense, (1913-1999) en su trabajo con niños en Uganda, encontró una información muy valiosa para el estudio de las diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo e hija y su influencia sobre la formación del apego. La teoría del apego tiene una relevancia universal, la importancia del contacto continuo con el bebé, sus cuidados y la sensibilidad a sus demandas, están presentes en todos los modelos de crianzas derivados de los diferentes medios culturales.

Los estilos de apego, se desarrollan tempranamente y se mantienen generalmente durante toda la vida, permitiendo la formación de un modelo interno que integra por un lado creencias acerca de sí mismo y de los demás, y por el otro una serie de juicios que influyen en la formación y mantenimiento de las dinámicas relacionales durante toda la vida de individuo. Por esto resulta importante la figura del primer cuidador, generalmente la madre, ya que el tipo de relación que se establezca entre ésta y el niño o niña será determinante en el estilo de apego que se desarrollará. No obstante, otras figuras significativas como el padre, los hermanos y hermanas pasan a ocupar un lugar secundario y complementario, lo que permite establecer una jerarquía en las figuras de apego.

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño o niña, con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable, para un buen desarrollo de la personalidad. La teoría del apego refiere que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo). El apego proporciona la seguridad emocional del niño o niña, pues el ser aceptado y protegido incondicionalmente. Por otro lado, el

no fomentar este vínculo emocional crea el abandono emocional y este puede repercutir en un desarrollo de la personalidad en el niño o niña.

2.6. Química del apego

Las hormonas son las encargadas de regular los sistemas del cuerpo y ayudar al individuo a dar respuestas y reaccionar frente al medio ambiente. Una de estas hormonas es el cortisol, producida por las glándulas suprarrenales. Una de sus funciones es ayudar a las personas a afrontar el estrés y hacer ajustes corporales para hacer frente a situaciones de peligro. Para que el cuerpo funcione adecuadamente debe haber un equilibrio en los niveles de cortisol, si hay muy poco el cuerpo se “apaga”, si hay mucho se convierte en angustia.

El cortisol es una de las hormonas que desempeña un papel importante en las respuestas emocionales del individuo. Al revisar la calidad de apego entre madre e hijo e hija, los investigadores han encontrado que el apego seguro, mantiene al bebé en equilibrio emocional. Un vínculo inseguro, una respuesta inadecuada a las necesidades del bebé, acostumbra a éste a un bajo nivel hormonal, lo que lo convierte en apático o puede mantener constantemente estrés debido a la alta concentración hormonal en su organismo, traduciéndose en bebés angustiados lo cual puede ir creando un patrón que puede estar presente en la adultez del sujeto.

La crianza con apego (*attachment parenting*), es una frase acuñada por el pediatra norteamericano William Sears. Se trata de una filosofía de crianza basada en los principios de la teoría del apego.

De acuerdo a la teoría del apego, los bebés establecen un fuerte vínculo emocional con sus padres, un vínculo precursor de la seguridad y de la empatía en las relaciones personales en la edad adulta. Un inadecuado establecimiento de un vínculo seguro en la infancia puede conllevar a dificultades psicológicas en la edad adulta pues estuvo latente esa falta de seguridad en sus primeros años de vida.

2.7 Síntomas que experimenta una persona que ha sufrido abandono emocional

Cuando una persona ha sufrido esta ausencia emocional primaria, por parte de sus progenitores, genera una serie de sintomatología emocional, la cual afecta el área mental y conductual siendo estas:

- Afectación del estado de ánimo.
- Depresión.
- Aislamiento.
- Sentido de desmerecimiento.
- Inseguridad.
- Problemas de inestabilidad de la personalidad.
- Baja autoestima.
- Autoabandono.
- Ansiedad.
- Miedo.
- Inestabilidad emocional.
- Estrés.
- Perturbaciones del sueño.
- Pesadillas.
- Automutilación.
- Somatización.
- Comportamiento infantil o inadecuado para la edad o etapa de desarrollo.
- Actitud pasiva y sumisa.
- Suicidio, intentos o conversaciones acerca de ello.
- Ideas inconscientes de desmerecimiento.
- Distorsiones cognitivas negativas de incapacidad.
- Dependencia emocional
- Afectación de la autoestima.
- Confusión.

- Estados de angustia o ansiedad.
- Inhabilidad para confiar en los demás.
- Fractura emocional.
- Desplazamiento del sentido de abandono emocional hacia las demás personas con quienes se relaciona.
- Dificultad para dar y recibir afecto por la ausencia y recepción de sí mismo.
- Sentimientos de vergüenza o culpa.
- Tomar el papel o rol de víctima.
- Manifestar conductas infantiles o inmaduras.
- Fracaso en sus relaciones sociales o significativas. (pareja, hijos e hijas, amistades)
- Automutilación.
- Llanto frecuente.
- Autoinculpamiento.
- Aversión y resistencia a recibir psicoterapia.
- Ira agudizada y manifestada constantemente.
- Incomodidad o nerviosismo frente a situaciones estresantes.
- Anorexia.
- Sentimientos continuos de soledad.
- Labilidad emocional.
- Bulimia.
- Ira reprimida.
- Irritabilidad continúa.
- Tendencias narcisistas.
- Conflictos para entablar relaciones sociales.
- Adicción a actividades autodestructivas como la drogadicción.
- Evitar contacto visual.
- Algunos otros tipos de maltrato presentes (maltrato físico o abuso sexual)
- Melancolía.
- Ausencia de Autocuidado.
- Complejo de inferioridad.

- Complejo de superioridad.
- Carencia de relaciones interpersonales.
- Sentido de rechazo y de no pertenencia del ambiente.

2.8 Efectos y consecuencias psicológicas por el abandono emocional en la infancia

2.8.1. Huellas del abandono emocional

Si en caso, el abandono emocional permanece a lo largo del tiempo y no se resuelve en un proceso de psicoterapia, el adulto puede desplazar y generalizar ese sentimiento reprimido e intrínseco de su niñez, hacia más personas: tales como su pareja, hijos e hijas y amistades con quienes mantiene una relación afectiva y puede llegar a crear vínculos dañinos o enfermizos, atribuidos al temor que experimentó por el abandono y separación significativa de sus cuidadores primarios, generalizando y canalizando esos sentimientos a diferentes áreas en su vida.

El abandono emocional en la infancia, puede ser tomado como una experiencia iniciática, tan impactante, como que puede crear un trauma o herida emocional, en el adulto o adulta, es devastador ya que es un rechazo psicológico, que puede interrumpir el desarrollo óptimo y crear un sentido de resentimiento, lo que puede desencadenar conductas negativas en el individuo. Una persona que ha sufrido abandono emocional puede convertirse en un padre o madre sobreprotector por la misma carencia latente, o puede repetir el rol de padre o madre ausente para con sus hijos e hijas pues ese fue el papel que aprendió y observó.

La falta de comprensión en la adultez, el autoreconocimiento y la autoaceptación del hecho de haber sufrido el abandono deliberado o circunstancial en la infancia, crea un vacío existencial que aísla, deprime y propicia una pérdida de autoestima, estados de angustia y confusión intensos. En casos extremos se puede llegar a algo muy cercano a la fractura de la personalidad, es decir, a severos problemas psicológicos y mentales, tales como los que se mencionan a continuación:

2.8.2. Dependencia emocional

Desencadenante directo del abandono emocional, el cual se genera en la edad adulta debido a la desnutrición emocional de que padeció. Se define como un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas. La persona que depende emocionalmente de otra lo hace para obtener satisfacción, presenta una frustración continua e insatisfacción en su área afectiva, marcadamente en su infancia por sus padres ausentes, que pretende compensar centrándose primordialmente en su relación de pareja. El mundo del amor se convierte en lo más relevante para el dependiente emocional, que vive sus relaciones de una manera intensa, insana y enfermiza, pues su vida gira entorno a lo que más le importa al otro, de hecho le es difícil y le causa malestar emocional, el concebir su existencia por sí mismo, sin alguien a su lado.

2.8.3. Problemas paterno-filiales

Sucede cuando el objeto de atención clínica, es el patrón de interacción entre padres e hijos, en el que hay un deterioro notorio y significativo de comunicación, sobreprotección y relación inadecuada, que está asociado a conflictos en la actividad individual, familiar.

2.8.4. Problemas conyugales

Este sucede cuando, existe un patrón de interacción entre cónyuges o compañeros caracterizados por una comunicación negativa, como críticas, comunicación distorsionada y distante, expectativas poco realistas, ausencia de comunicación, está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o ambos conyuges.

2.8.5. Trastorno distímico

La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. Los criterios para el diagnóstico del F34.1 trastorno distímico según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR se definen así: Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. Nota: En los niños, niñas, niñas y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración (un año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo). Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los rasgos de personalidad, también son influidos y afectados por el abandono emocional. Pues la personalidad es formada dentro del hogar, guiada y modelada por creencias y conductas de los progenitores. Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir,

relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales, cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos el área cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos, algunos de los desórdenes mentales que se pueden detonar son los siguientes:

2.8.6. Trastorno límite de la personalidad

Según el DSM-IV-TR, este desorden mental se ubica en el grupo B, considerados como dramáticos, emotivos o inestables, junto con el antisocial, el histriónico y el narcisista. Este trastorno se define como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos; en cuanto a los criterios, se diagnostica con la presencia de al menos cinco de los nueve ítems que se describen a continuación:

Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo. (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida...) Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. -Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por

ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días). Sentimientos crónicos de vacío. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. Estas características deben ser duraderas en el tiempo, persistentes, de una elevada intensidad y han de interferir de forma importante en la calidad de vida de la persona, produciendo un evidente deterioro social; esto implica la necesidad de realizar un seguimiento longitudinal del individuo para diagnosticar con precisión, dado que la presencia de este tipo de rasgos y comportamientos en momentos y situaciones puntuales no son suficientes para establecer un trastorno límite de la personalidad aunque sean compatibles con la descripción sintomática.

La paradoja de este desorden reside por tanto en la dificultad de medir un patrón estable de inestabilidad a lo largo del tiempo. Sin embargo, más allá de la simple exposición de los criterios diagnósticos, estos rasgos se encontrarían interrelacionados en función del predominio de la inestabilidad emocional, fuerte reactividad a factores externos, sensación de vulnerabilidad y una elevada desadaptación para funcionar de forma efectiva durante periodos prolongados. La revisión del DSM-IV-TR sugiere caracterizar como “fracasos en la adaptación”, con deterioro de la identidad propia y fracaso de las relaciones interpersonales: estas características, como ya vimos, son centrales en el este trastorno. El Trastorno Límite de Personalidad se caracterizaría por presentar rasgos que se corresponden con los dominios de la emocionalidad negativa (labilidad, autolesiones, inseguridad de separación, ansiedad, baja autoestima y tendencia a la depresión), del antagonismo (hostilidad, agresión), la desinhibición (impulsividad) y la esquizotipia (propensión a la disociación).

2.9 El impacto emocional en la adultez del abandono en la infancia

2.9.1. ¿Qué es la adultez?

Es la etapa comprendida entre los 25 y los 60 años, como en el caso de las demás etapas del ciclo de vida, es muy difícil determinar en forma precisa, cuando comienza y cuando concluye, tanto su iniciación como duración, depende de muchos factores tales como la salud, los hábitos de vida, la alimentación y la calidad de vida de la persona. En esta etapa de la vida el individuo alcanza la plenitud de su evolución biológica y psíquica. Su personalidad y su carácter se presentan firmes y seguros y son manifiestos según lo adquirido y percibido durante su formación en la infancia. En esta etapa tanto mujeres como hombres, por haber sufrido el abandono emocional en su primer escenario de vida, siendo sus primeros años; pueden llegar a sentirse indignos de recibir el amor de su pareja o en caso contrario ser muy demandantes del mismo, causado por la fractura emocional, por parte de sus progenitores. El adulto que de niño padeció del abandono emocional, puede implicar que inconscientemente forme los mismos escenarios hacia su pareja, buscar una pareja con las características de un abandonador o la persona que padeció en carne propia el abandono de su padre o madre, puede convertirse en un sujeto que abandona.

Un comportamiento común entre la gente que sufre la huella del abandono tiene que ver con su sexualidad. Es curioso pero una estadística del Instituto de Paternidad de los Estados Unidos declaró que los adolescentes criados sin sus padres, tienden a tener relaciones sexuales antes que aquellos criados en un hogar con ambos progenitores, algunas niñas sin padre, creen incluso que tener un bebé es la gran solución para la soledad y una medida preventiva para el abandono. Algunas otras personas, criadas sin su padre, canalizan su furia contra él, hacia una obsesión que puede ser muy destructiva. O puede ser que la ira se enmascare en la tristeza y entonces desarrollen una profunda depresión.

Una adulto(a) abandonado emocionalmente en su niñez, involuntariamente se identifica con quien lo abandonó, porque le adjudica atributos que tal vez no tenga, pero que le resultan convenientes para explicarse inconscientemente acerca de su abandono. La mente y la respuesta emocional de los seres humanos a veces son tan difíciles de comprender, en ocasiones los sujetos se encuentran haciendo justo lo mismo que los hizo sufrir, repitiendo despiadadamente patrones de conducta negativos.

La buena noticia es que la huella del abandono, puede superarse, en ocasiones con un facilitador y dentro de un proceso terapéutico que tiene por objeto reconciliarse, consigo mismo y con la persona que lo abandonó, sin que necesariamente esté presente, volviendo a tener relaciones afectivas sanas y equilibradas y un proyecto de vida libre de heridas del pasado. Otras veces ocurre que el propio poder desafiante del espíritu, se impone apelando al deseo de dejar de sufrir. Entonces es cuando se elabora la pérdida y llega la comprensión y compasión hacia la persona que abandonó y entonces se supera esa circunstancia dolorosa.

La persona que se siente abandonada, puede transformar ese significado de lo que vivió en la separación y así convertirse en alguien, que vive con más plenitud y confianza en la vida. Para ello hay que llegar a conocer los rasgos que forman la raíz, de una personalidad que se ha sentido desamparada, con alto grado de angustia existencial, sin sentido de pertenencia y hasta con un severo conflicto de identidad. De lo que se trabaja con el proceso de la superación del abandono es justamente, es el de recuperar la identidad, en otras palabras, saber quién es, qué quiere y hacia dónde va, no necesariamente debido a que los padres estuvieron presentes y disponibles en la crianza asertiva, sino que a pesar de que uno de ellos, o ambos fallaron en su más importante tarea, aun así, desear encontrar el camino de la felicidad y vivir en plenitud, con la absoluta convicción de que la vida tiene sentido, en cualquier circunstancia.

La presencia del padre en el desarrollo de la personalidad del hijo es sumamente, necesaria sin embargo no es determinante para tener una existencia feliz. El ser humano tiene la capacidad para decidir, cómo quiere enfrentar lo que le ha pasado, es decir, tiene la libertad de elegir qué postura

tomar frente a los embates y carencias de la vida adulta y responsabilizarse de esa respuesta del presente.

Erick Erikson psicoanalista, estudioso del ciclo vital, expuso que el desarrollo del yo dura toda la vida; propuso ocho etapas psicosociales; señaló que todas las etapas deben ser resueltas satisfactoriamente para lograr un desarrollo saludable de la personalidad, asimismo Erikson dice que cada una de las etapas psicosociales, se enfoca una polaridad emocional o conflicto que el individuo experimenta en ciertos periodos criticos durante su desarrollo, pues cada una incluye su propia crisis vital y cada una también proporciona oportunidades nuevas para que se desarrollen fuerzas del yo o virtudes básicas. Catalogó la etapa seis como adultez temprana en edades de 20-40 años de edad en la cual la crisis implicada, es la intimidad frente al aislamiento y la virtud es el amor, en la etapa siete, como adultez intermedia que comprende las edades de 41-60 y la crisis es generatividad contra estancamiento y la virtud es el cuidado.

La virtud que surge en las crisis de adultez definidas por Erick son resultado de las experiencias de las etapas de la niñez vividas las cuales son influenciadas, pues si hubo una ausencia emocional o carencia paterno-filial esto no permitirá que el adulto genere una respuesta positiva ante sus etapas de vida por la falta de nutrición emocional obtenida por el abandono emocional que experimentó. La teoría de Erickson es clara, cada etapa conlleva una respuesta, misma formada directamente de las etapas previas del ciclo de vida, las cuales son la interacción de la percepción del ambiente familiar y social del conocimiento adquirido del niño o niña.

2.9.2. Características de la persona que abandona emocionalmente

También existe una serie de síntomas daños que no solamente se generan en el que padeció abandono emocional, sino también en el que abandona, los cuales son:

- ✓ Distintas conductas adictivas.
- ✓ Culpa.
- ✓ Afecto aplanado.
- ✓ Represión.

- ✓ Disociación.
- ✓ Desplazamiento.

2.10. Principales procesos psicoterapéuticos para personas adultas que padecieron del abandono emocional en la infancia

A continuación, se presentan distintos procesos terapéuticos, que brindan herramientas necesarias de abordaje para la superación integral, del adulto en cuanto al abandono emocional, que haya sufrido en la infancia.

Intervención a nivel individual

Enfoque gestáltico

Técnicas:

- 1) Visualización creativa o guiada: Esta técnica permite guiar al paciente por medio de su imaginación e infundirle un escenario seguro en el que dialogue consigo mismo acerca de sus sentimientos negativos con respecto al abandono emocional vivido en su niñez.
- 2) Carta de expresión (de reclamo): Se dirigirá al paciente, para que realice una carta en la que exprese sus sentimientos negativos dirigido a la persona que le abandono emocionalmente en el pasado.
- 3) Silla Vacía: El paciente proyectará a la figura que le haya abandonado, emocionalmente y que es inaccesible, para tratar sus sentimientos y lograr fines catárticos, así como el darse cuenta.

Enfoque cognitivo-conductual

Técnicas:

- 4) Autoregistros: Que el paciente, pueda tomar anotaciones diarias en un libro de sus conductas reforzadoras tanto positivas como negativas.
- 5) Psicoeducación de la escalera del autoestima: Con el fin de orientar a que el paciente, se autoevalúe acerca de: autoimagen, autoconcepto, autocuidado y autoaceptación.
- 6) Técnica del espejo: su objetivo es que el paciente se valide asimismo, al mismo tiempo que observa su reflejo en el espejo, empleando el dialogo interno y se empodere.
- 7) Detención y cambio del pensamiento: Su objetivo es que el paciente se adiestre en identificar esos pensamientos irracionales acerca del conflicto raíz, en este caso el abandono emocional.

Intervención a nivel de pareja

Enfoque gestáltico

Técnica:

- 1) Carta hacia a mí: esta herramienta permitirá que el paciente exprese sus sentimientos.

Enfoque cognitivo-conductual

Técnicas:

- 2) Ventilación Emocional: Se permitirá al paciente el relato libre acerca de sus pensamientos, sentimientos y emociones que le generan conflictos son respecto al abandono emocional padecido.
- 3) Solución de problemas: Se entrena al paciente para que cuando se encuentre ante una situación que le genere conflicto, al no decidirse ante una situación, pueda evaluar para sí mismo sus alternativas y decida.

Intervención a nivel familiar

Enfoque gestáltico

Técnica:

- 1) Psicocine: Se proyecta en una sesión a los miembros de familia implicados en el proceso el film “Los días del abandono”. Luego se cuestiona acerca de los elementos resonantes a los miembros de la familia, es decir lo que más le impactó del film, esto con el fin de identificar proyecciones y temas a tratar en terapia.

Fuente: Elaboración propia.

Intervención a nivel grupal

Enfoque gestáltico

Técnica:

- 1) Psicodrama: Se identifican a los actores que representarán y actuarán distintos roles, su fin es tratar y ubicar sentimientos acerca del abandono.
- 2) Bitácora de emociones: Se delega al grupo que durante la terapia, al terminar la sesión y en momentos emotivos o críticos en casa escriba, en un diario personal acerca de su afectividad y avances personales.

Fuente: Elaboración propia.

Es sano y necesario que el adulto(a) trabaje y sane la huella del abandono emocional, vivido durante sus primeros años, pues es una herida en el alma que sigue siendo del pasado, pero repercute en sus emociones y conductas del presente, por ello es recomendable cumplir con los procesos psicoterapéuticos anteriormente mencionados, tomando en cuenta que al momento en el que el adulto inicie por su proceso, al aceptar y reconocer esa herida, permitirá la apertura al cambio y superación personal.

Capítulo 3

3. Referente Metodológico

3.1 Metodología para la sistematización de la práctica profesional dirigida

Con el fin de alcanzar los objetivos de la presente investigación, se utilizó el método Dual Simplex, utilizándose con el método cualitativo, técnicas de observación, como parte fundamental de la investigación científica.

Por medio de la observación se inició y finalizó, a través de los análisis y registros correspondientes entre el profesional en formación y el paciente, logrando así recaudar los datos necesarios para los registros.

Tanto la observación como el establecimiento del rapport fueron elementos básicos aplicados en dicho procedimiento, para el establecimiento de las relaciones entre el profesional en formación y el paciente, el objetivo del estudio observado en este caso es, “El abandono emocional”, llevando a cabo la observación cualitativa, para poseer habilidades psicoterapéuticas, y logara de esa manera establecer el reconocimiento, del comportamiento causado por el impacto del abandono emocional en la infancia y su impacto en la adultez, empleando así el método inductivo.

3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional dirigida

Se aplicaron los siguientes procesos:

- ✓ Establecimiento de Rapport.
- ✓ La observación.
- ✓ Aplicación de habilidades de entrevista (escucha activa, reflejo empático, parafraseo, recapitulación, confrontación).
- ✓ Breve introducción informativa al paciente con respecto al proceso psicoterapéutico. (qué es, para que sirve y duración).

- ✓ Entrevista estructurada y semiestructurada.
- ✓ Evaluación del estado mental del paciente.
- ✓ Preguntas abiertas y cerradas.

Se empleó el uso y aplicación de test proyectivos, a la población atendida en la institución, como instrumentos de evaluación diagnóstica, parte indispensable del proceso terapéutico. Dichas pruebas de evaluación utilizadas se mencionan a continuación:

a) Test proyectivos

- ✓ Árbol
- ✓ Familia
- ✓ Figura humana
- ✓ Persona bajo la lluvia
- ✓ T.A.T. (test de apercepción temática para adolescentes y adultos)
- ✓ C.A.T.(Test de apercepción temática para niños)
- ✓ H.T.P. (casa, árbol, persona)

b) Escalas de evaluación

- ✓ Escala de depresión de Beck
- ✓ Escala de ansiedad de Hamilton
- ✓ Valoración personal
- ✓ Termómetro del estado de ánimo

Asimismo se establecieron los diagnósticos diferenciales, correspondientes y se realizaron las evaluaciones multiaxiales respectivas del Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV TR), para el proceso psicodiagnóstico de los casos atendidos, dentro de la Clínica Periférica Primero de Julio se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10).

Los abordajes se desarrollaron por medio de los siguientes enfoques psicoterapéuticos:

1. Modelo Cognitivo- Conductual

Técnicas utilizadas

- ✓ Psicoeducación (temas: las emociones, autoestima y su escalera, reforzadores positivos , negativos, tipos de comunicación.).
- ✓ Autoregistros (Diario de emociones).
- ✓ Inoculación del estrés.
- ✓ Distorsiones cognitivas.
- ✓ Asignación de tareas al paciente.
- ✓ Resolución de problemas.
- ✓ Registro de pensamientos.
- ✓ Entrenamiento asertivo.
- ✓ Desensibilización sistemática.
- ✓ Combatir los pensamientos deformados.
- ✓ Aserción encubierta.

2. Modelo Gestalt

Técnicas utilizadas

- ✓ Silla Vacía.
- ✓ Relajación progresiva.
- ✓ Darse cuenta.
- ✓ Yo tengo un secreto.
- ✓ Me hago responsable.
- ✓ Visualización creativa.

- ✓ Ensayo teatral.
- ✓ Rollplay.

3. Modelo Psicoanálisis

Técnicas utilizadas

- ✓ Catarsis.

En los abordajes tanto individuales como familiares fueron utilizadas las técnicas anteriormente mencionadas para la población atendida en la Clínica Periférica Primero de Julio zona 5 de Mixco del municipio de Guatemala.

3.3 Población atendida en el centro de práctica

La población atendida en el centro de práctica fueron niños y niñas, entre las edades de 6 a 11 años, adolescentes (ambos sexos) entre las edades de 12 a 18 años, adultos y adultas, entre las edades de 19 años a 60 años.

Área geográfica: La investigación se realizó en la periférica del centro de Salud de la 1º de julio, zona 5 del municipio de Mixco del departamento de Guatemala, en donde fue realizada la Práctica Profesional Dirigida.

Tiempo: La Práctica Profesional Dirigida fue realizada; iniciando el lunes 19 de febrero y finalizada el 16 de octubre del 2013.

3.4. Cronograma de actividades realizadas

3.4.1 Actividades desarrolladas en el proceso de práctica

Fecha	Actividad	Descripción	Temática
19 de febrero al 16 de octubre de 2013	Abordaje individual	Encuentro entre la terapeuta y la paciente en donde en un ambiente de aceptación, confidencialidad y apertura el paciente puede expresar sus problemas y emociones.	Utilización de la ficha clínica. La observación, las entrevistas no estructuradas, las pruebas proyectivas y psicológicas, técnicas psicoterapéuticas.
20 de febrero al 8 de noviembre 2013	Talleres preventivos y psicoeducativos del Programa de Escuelas Saludables	Es el proceso en la cual el terapeuta trabaja con un grupo de estudiantes de nivel primario entre las edades comprendidas de 9 a 16 años. Tratándose temas psicoeducativos. Se impartieron en seis escuelas diferentes del municipio de Mixco.	Técnicas de caldeamiento grupal psicoterapéuticas grupales, presentaciones con temas relacionados a: -Educación sexual -Principios y valores - Escuela para padres. -Autoestima -Salud mental -Bullying

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 4

4. Presentación de Resultados

4.1. Análisis

Todo el proceso realizado, pretendía la recopilación de información, misma que a luz de las teorías trabajadas, permitieron realizar un análisis de la pregunta de investigación anteriormente expuesta, en un principio: ¿Cuál es el impacto psicosocial en la vida de los adultos generado por el abandono emocional en su infancia?

El abandono emocional en la infancia, es una situación que afecta psicosocialmente a un adulto, pues es el seno del hogar, el primer escenario de vida de un sujeto, en donde mediante la presencia y atención de los padres se desarrolla la crianza, enseñanza y desarrollo de un niño o niña, los conocimientos adquiridos por parte de las figuras parentales, formarán un sistema de creencias y percepciones del ambiente al niño o niña que lo guiarán a lo largo de su ciclo de vida.

Los rasgos de la personalidad de un individuo(a), se van estructurando y desarrollando dentro del ámbito familiar, pues es dentro del núcleo, en donde se adquiere el aprendizaje primario, para saber cómo comportarse y afrontar la vida. Un niño debido al abandono emocional por parte de sus figuras significativas, (padre y/o madre) puede desarrollar sentimientos de minusvalía, soledad, desaprobación, desvalorización, tomar un rol de víctima, baja autoestima, intentos fallidos por mantener relaciones afectivas significativas, optar un papel de inmadurez o infantilidad, sentido de rechazo del ambiente, complejo de inferioridad o superioridad, entre otros; mismos que puede acarrear y llevar a su adultez, los cuales al no ser resueltos o trabajados en psicoterapia, formarán parte de sus pensamientos, creencias y se verán reflejados en sus conductas patológicas como los estados de ánimo desadaptativos, las cuales de alguna manera deterioraran el área personal, familiar y social de una persona.

4.2. Caso Clínico

Como sustento de la investigación, se describe el siguiente caso clínico, siendo este la base de la presente de la investigación cualitativa, en el cual se efectuó un proceso psicodiagnóstico que se presenta a continuación.

Nota: Se implementó el uso de nombres ficticios, en este caso se nombró “Mory”, con fines éticos, para resguardar la confidencialidad del(a) paciente.

- Datos Generales

Nombre: M. O. R

Fecha de nacimiento: 20/abril/1990 Edad: 23 años

Escolaridad: Primero primaria_ Nacionalidad: guatemalteca

Religión: Creyente de la virgen, católica

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 21/02/2013

Evaluated por: Silvia González Apén

- Motivo de Consulta

Paciente refiere: “Estoy aquí un poco porque quiero levantar mi autoestima y un poco porque quiero ser buena madre para mis niñas, también como para dejar el pasado y que no me haga daño”.

Historia del problema actual

Mory de veintitrés años edad, ama de casa reside con sus tres hijas y conyugue, con quién tiene una unión desde hace ya ocho años, relación marital conflictiva y dañina pues la falta de control de ira, impulsividad y las agresiones físicas y verbales de su esposo han hecho que Mory esté siendo víctima de violencia Intrafamiliar.

Esa decisión de unión marital la tomó la paciente a sus quince años de edad, quién vio a Mark como un salvador, con el fin de tener una familia, cubrir sus necesidades básicas, de cuidado,

afecto, económicas y de protección debido a que careció de las mismas durante su toda su infancia. Sin embargo, se unió a él sin interesarle sus sentimientos hacia él pues no lo amaba refiere la paciente.

Es importante mencionar que Mory desde sus cuatro años inició un ciclo de violencia y agresiones siendo víctima causadas por su figura materna. Su mamá le agredía tanto física como verbalmente y esto no permitió que se formara ningún vínculo de afecto de parte entre ambas, dicho maltrato se hizo más frecuente luego del fallecimiento del padre (de crianza, no biológico) de la paciente cuando ella tenía ocho años de edad, este duelo fue un evento traumático para la vida de Mory pues tenía un vínculo más cercano y afectivo hacia su figura paterna.

Años más tarde la madre de Mory fue privada de libertad, en la cárcel de mujeres ubicada en fraijanes, a causa de un secuestro a una menor de tres años, por lo que Mory comienza a vivir en casa de su abuela materna durante un año, luego creció viviendo en otros tres hogares de familiares distintos, es decir no hubo un lugar estable y seguro en el que la paciente creciera, pero esa sus doce años cuando inicia a vivir con su hermana mayor Sara quién también la maltrataba física y verbalmente al punto de herirla con un machete, aún tiene las cicatrices de dicha agresión, así que Mory decide irse de casa de su hermana y vivió en la calle un tiempo, pasando dificultades para comer y sobrevivir así que regresa de nuevo a vivir con su hermana sin otra opción, cansada de esta situación, a sus catorce años conoce a su pareja actual.

Estas situaciones y momentos críticos del pasado de Mory vividos en su infancia y los conflictos familiares actuales influyen en el estado de ánimo actual de la paciente, quién hay semanas en las que padece síntomas de depresión, en ocasiones insomnio, llanto, acompañado de sentimientos de soledad, al no haber tenido una familia de origen integrada, frustración al ver que su matrimonio no fue lo que esperaba y minusvalía al no sentirse amada ni valorada por la falta de afecto su persona.

Por lo que, hay días en las que Mory presenta desgano, acompañado de sentimientos de frustración y anhedonia, lo cual es una dicotomía en su mente pues no quiere levantarse de la

cama, sin embargo de manera inconsciente Mory vela por cumplir con el rol de madre del que careció, y lucha contra esos sentimientos negativos, por sus hijas aunque, pues quiere suplir lo que ella no tuvo y uno de sus deseos es no ser madre soltera sino que sus hijas crezcan con ambos padres.

Pero desde hace unos meses, ha entablado una relación de amistad muy cercana con su cuñado (el hermano de su esposo) quien está casado, esa amistad está siendo cada vez más significativa e interesante para ambos, a Mory le atrae tanto afectivamente como pasionalmente, y refiere que se siente enamorada por primera vez en su vida, estas emociones y situación son agradables para la paciente pues las conversaciones continuas, las llamadas telefónicas, las visitas hacen sentir valiosa como mujer a Mory, por las atenciones afectuosas que su cuñado le brinda, esto al mismo tiempo le preocupa a la paciente le genera conflictos internos, pues quiere mantener un hogar integrado para sus hijas, aún con el ambiente negativo que allí se vive, pero al mismo tiempo teme iniciar mantener una relación extra-marital con el cuñado, ya que esto podría perjudicar a sus hijas por lo que pueda suceder en la familia, ello está generando confusión y ansiedad en Mory, acerca de qué decisiones tomar en su vida, si iniciar una relación extramarital con Javier y desistir de su matrimonio o no. Al mismo tiempo ella está notando que se ha formado un vínculo de dependencia emocionalmente a su cuñado y a la relación que mantienen pues si no ha tenido una conversación o visita de su cuñado tiende a que su ánimo se torne depresivo.

- Historia Clínica

Personales no patológicos

- Historia prenatal

Hija no deseada por sus padres, durante el embarazo sus padres ya estaban separados pues solo se conocieron por un periodo corto de tiempo, fue un encuentro puramente sexogenital.

En la etapa del embarazo fue cuando la mamá de Mory se unió con otra pareja, el padrastro de Mory, a quién ella aceptó en su vida como su verdadero padre, así que la situación familiar al nacer Mory en ese momento era favorable, pues hubo una integración de ambas figuras

parentales para Mory en aquella época.

- Nacimiento

Hija número seis de ocho hermanos en total, no todos eran hijos del mismo padre. Fue un parto normal. El trato del padrastro de Mory hacia ella fue afectivo, quién trabajaba como chofer de una camioneta y tiene recuerdos agradables de Emiliano.

Mory recuerda que la relación entre su padre y madre, era muy cercana y no recuerda haberlos visto pelear, Emiliano era muy atento con su mamá. La madre de la paciente era de ocupación comerciante de ropa en el mercado. La relación con sus hermanos fue distante en su niñez, y la situación económica era escasa.

Mory a sus siete años de edad mientras sus padres trabajaban por orden de su mamá debía cumplir el rol de ama de casa, pues se debía levantar a las 4:00 am, ya que tenía la obligación de quedarse en casa realizando los oficios domésticos de limpieza, lavar ropa de sus hermanos varones, si había algún error o equivocación de Mory su madre la agredía física y verbalmente y no se le permitía estudiar lo cual es frustrante actualmente para la paciente.

A sus siete años debido a que la mamá de Mory, no le podía pagar estudios decide llevarla a vivir con unos tíos de Mory quienes se harían cargo de los estudios de ella, cuando ella vivía allí su tío la violó por lo que Mory quería salirse de allí pero su madre insistía que siguiera hasta que se fue de allí, en esa época fue que Mory cursó sus estudios de primero de primaria en una escuela.

A sus ocho años de edad recuerda la paciente que falleció su padrastro, quién para ella era su verdadero padre, esto a causa de una enfermedad que no recuerda cuál, pero sí que estuvo en silla de ruedas, se secó su piel y se le cerró la garganta, lo cual fue un evento doloroso emocionalmente para ella.

A sus nueve años de edad, Mory sin saberlo fue cómplice del secuestro que realizó su madre a una menor de tres años, esto ya que su mamá le pidió a ella, que cuidará a la pequeña y la

alimentara, pero esto llegó a manos de la justicia por lo que fue sentenciada y actualmente ha cumplido ya trece años recluida, en la cárcel de mujeres en fraijanes, Guatemala.

Esto significó para Mory crecer sin su padre y madre, viviendo en distintas casas de familiares, creciendo ambivalentemente debido a la ausencia de ambos padres, debido a esto primero vivió un año en casa de su abuela materna, quién le daba muy buen trato, luego el siguiente año en casa de un tío, quién la trababa muy afectuosamente y mimaba pero iniciaron los problemas cuando la esposa de su tío manifestó celos hacia ella, debido a los conflictos a sus once años decidió mudarse con su tía materna, quién le daba un buen trato pero uno de sus primos de catorce años de edad la acosaba sexualmente, por lo que huyó sin comentar la situación con su tía.

A sus doce años, fue a vivir en casa de su hermana mayor Sara, casada quién la maltrataba física y psicológicamente y en alguna oportunidad, el esposo de ella intentó abusarla sexualmente, la golpeaba con tablas, zapatos o con cualquier objeto pero la última vez se molestó tanto, su hermana pues culpó a Mory de robarse cierta cantidad de dinero por lo que la golpeó tres veces con un martillo fuertemente, en ese momento la paciente huye y vive en la calle por un tiempo pues prefería eso y no estar en casa con ella.

Al momento que Mory decide irse a vivir a la calle, decidió aparentar ser niño, se hizo un corte de cabello varonil y esto con el fin de protegerse de cualquier abuso o riesgo, de ser una niña que vivía en la calle.

- Adolescencia

A sus doce años conoció a quién ahora es su conyugue, en ese tiempo no había atracción ni tampoco interés hacia él, pero ya a sus trece años iniciaron un noviazgo, Mory en ese momento lo veía como una distracción y salida ante sus conflictos internos y familiares de que padecía, por lo cual decidió unirse a sus quince años con su pareja, la unión con él desde su inicio y por falta de afecto de Mory hacia su conyugue ha sido negativa, también conflictiva, producto de la violencia intrafamiliar hacia ella. En el periodo de edad de trece a catorce años inició a trabajar en una máquila.

- **Adulter**

Mory no ha trabajado hasta el momento y siente frustración pues quisiera seguir estudiando, ya que en su niñez tenía el sueño de ser arquitecta, y otros sueños que quedaron reprimidos y que en el presente no cree cumplir. Actualmente la paciente se encuentra con la incertidumbre entre separarse de su esposo e iniciar una relación afectuosa con su cuñado, el hermano de su esposo, ya que dicha relación inició con una amistad y confianza así también se ha vuelto prioritaria la comunicación entre su cuñado e influyente en el estado de ánimo para la paciente, cada vez están más cercanos afectuosamente, existen llamadas por teléfono, visitar regulares, hablan de una posible relación amorosa, sin embargo, Mory tiene interés en ello, pero al mismo tiempo teme y se niega tomar el rol de amante.

La relación con su esposo cada vez está más lejana y distante tanto íntimamente como emocionalmente por el rechazo y falta de afecto que ha tenido desde el principio de la relación y el desgaste que existen por la falta de cercanía, confianza, violencia intrafamiliar que ha existido.

- **Historia Psicosexual y Vida Marital**

La orientación sexual de la paciente es heterosexual.

La madre de Mory nunca le habló acerca de la sexualidad a su hija, en su vida tuvo aproximadamente quince relaciones informales de noviazgo pues al ver que los novios solo tenían intenciones de seducirla para intimar sexualmente prefería romper la relación.

Tuvo muchos intentos de abuso sexual, por parte de un primo y esposo de su hermana. Un tío materno la abusó dos veces sexualmente cuando ella tenía siete años de edad, esta situación se dio cuando Mory fue a vivir por un tiempo a casa del tío ya que le financiaría sus estudios de primero primaria. Pero ante tales acciones del tío le suplicó a su mamá que quería regresar a casa y así fue.

Inició su vida sexual durante la adolescencia.

Durante un tiempo, estando ya unida a su conyugue, Mory mantuvo una relación de amistad o confianza con su suegro, un día estando solos en casa, Mory tenía malestar de dolor de cabeza por lo que el suegro, ya que tenía atenciones para con ella le dio una pastilla, está la durmió y él la abusó sexualmente y ella estando un poco con somnolencia sintió el contacto sexo genital con él. A los meses se enteró que estaba embarazada y ella sabía que no había intimado sexualmente con su esposo últimamente, por lo que hasta la fecha duda si su segunda hija es producto de esa agresión sexual.

Mory no ha tenido más intimidad sexual que con su esposo y el contacto con su suegro por el abuso sexual.

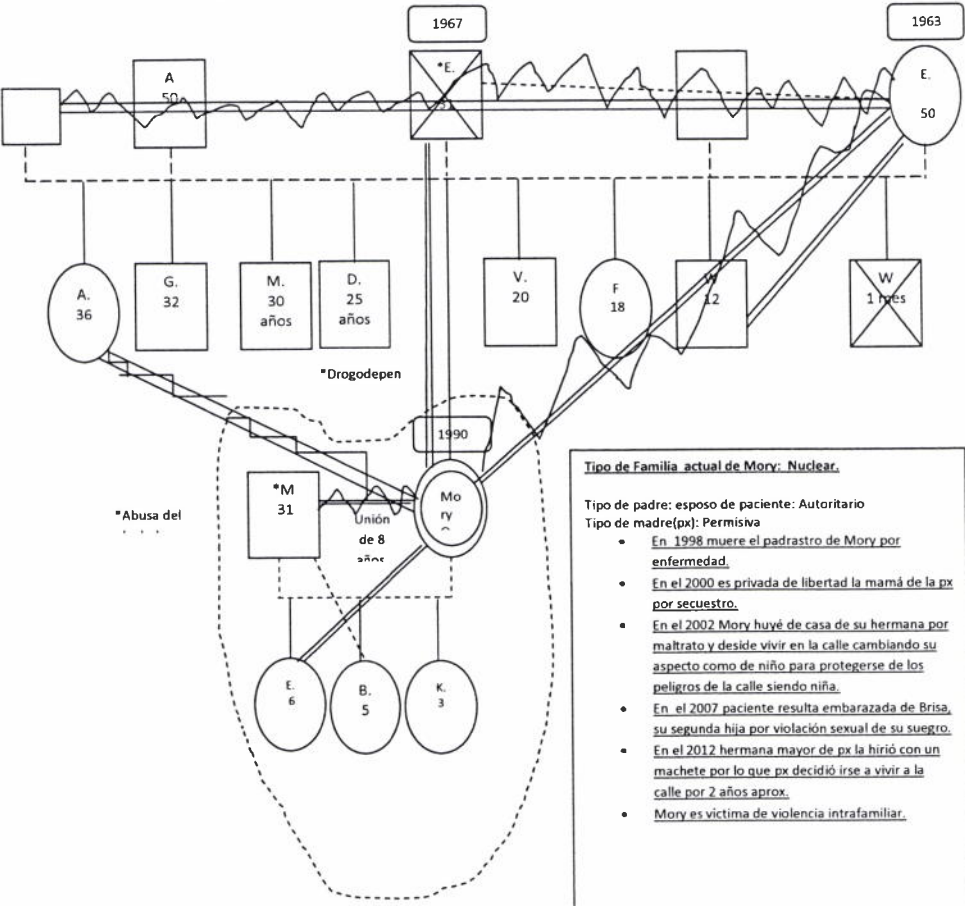
- Personales patológicos
- Historia Médica:
 - ✓ Problemas con la vesícula.
 - ✓ Dolor de senos, por lo que asistió a atención de ginecología, el resultado de los estudios fue que sin diagnóstico.
 - ✓ Padece de quistes en los ovarios.
 - ✓ Insomnio crónico. (refirió la paciente desde hace ya 3 años)
 - ✓ Migrañas regulares.
- Historia Familiar
- Genograma (Hoja Adjunta)
- Estructura familiar:
 - ✓ Miembros que integran la familia nuclear de Mory: 5
 - ✓ Grado de armonía: Distancia afectiva e íntima entre Mory y su esposo, peleas, gritos, falta de atención de padre a hijas. Cercanía y atención de Mory hacia sus hijas.
 - ✓ Tipo de Familia: Nuclear

- ✓ Conflictos principales: Crisis e inestabilidad económica. Problema de abuso de alcohol en ocasiones de esposo. Continuas peleas, discusiones. Rendimiento escolar bajo en la hija mayor de Mory.
- ✓ Situación económica: inestable y escasa.
- ✓ Fuente de ingresos: Esposo trabaja de zapatero.

Genograma

Paciente: Mory O. Edad: 23 años

*Padrastra, quién
reconoció
dándole su
apellido a M., D.
Morv. V. v F.



Tipo de Familia actual de Mory: Nuclear.

Tipo de padre: esposo de paciente: Autoritario
 Tipo de madre(px): Permisiva

- En 1998 muere el padrastra de Mory por enfermedad.
- En el 2000 es privada de libertad la mamá de la px por secuestro.
- En el 2002 Mory huyó de casa de su hermana por maltrato y decide vivir en la calle cambiando su aspecto como de niño para protegerse de los peligros de la calle siendo niña.
- En el 2007 paciente resulta embarazada de Brisa, su segunda hija por violación sexual de su suegro.
- En el 2012 hermana mayor de px la hirió con un machete por lo que px decidió irse a vivir a la calle por 2 años aprox.
- Mory es víctima de violencia intrafamiliar.

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de la paciente.

2013

Estructura de la familia de origen de la paciente

Miembro	Rol:
1. Padrastro de Mory	-Proveedor -Padre protector afectuoso y permisivo
2. Madre de Mory	-Proveedor -Comerciante
3. Hermanos de Mory (nombres ficticios)	
• Sara G. (36 años)	-Cuidadora de la paciente a sus 12 años.
• G M. L. (32 años)	
• Miguel R. O. (30 años)	
• David O. López (25 años)	
• Walter O.(20 años)	
• Flor O. (18 años)	
• Wilson L. (12 años)	
• Antecedentes familiares	

Mory ha sufrido de abandono de sus padres. El tipo de familia en el que creció y desarrolló Mory fue desintegrado, de padres ausentes debido al trabajo. Madre tuvo, cuatro parejas distintas, no afectiva, autoritaria, agresora, que se dedicada completamente a su negocio de ropa. Tipo de figura paterna: permisivo. El ambiente dentro de su hogar de origen fue hostil, ambivalente e inseguro a causa de la falta de protección y estabilidad de sus cuidadores primarios, ya que se desenvolvió en diferentes hogares de familiares, debido a la situación económica y a la ausencia de su madre por su ingreso a prisión. La figura materna para Mory, fue su hermana mayor Sara, quién también ejerció un rol de agresora, quién tampoco brindó un trato digno y afectuoso a la paciente.

La figura de autoridad de la familia de origen de Mory fue su mamá, la figura de autoridad en su familia nuclear es su esposo.

- Examen del Estado Mental

Paciente femenina de 23 años de edad, quién refiere que está padeciendo regularmente de sentimientos de soledad, tristeza, anhedonia, insomnio por conflictos internos y familiares que ha vivido. Se presenta a sesión con un estado de conciencia lúcida, vestimenta cómoda con camiseta blanca, pantalón negro y tenis, no arreglada en exceso, no manifiesta feminidad, sin embargo si manifiesta aseo personal. Características físicas llamativas carece de dos dientes inferiores, refleja disposición corporal pues mantiene un contacto visual sostenido, prestando atención voluntariamente y con una postura relajada. Su actitud durante la entrevista es colaboradora y se muestra interesada.

Acerca de su conducta motora reflejó reacciones neurovegetativas de llanto al referirse de los conflictos con su pareja lo cual denota su malestar y dolencia emocional. Orientada en tiempo espacio y persona, memoria reciente, remota e inmediata. Proceso de pensamiento lógico y coherente. Comunicación asertiva, habla espontánea y rápida. Su grado de introspección es alto pues tiene conciencia de los factores que le están afectando internamente, capacidad intelectual sin embargo no conecta la razón con sus sentimientos pues los reprime como mecanismo de defensa. Su conducta afectiva denota ansiedad, enojo, frustración y tensión psicológica. La paciente refiere un ánimo triste y ansioso,

- Pruebas Aplicadas

Prueba:	Fecha de Aplicación:
Test Proyectivo de la Figura Humana	15/mayo/2013
Test Proyectivo Persona Bajo la Lluvia	15/mayo/2013
Test De Apercepción Temática –TAT-	30/mayo/2013

- Resultado de la pruebas aplicadas (Cualitativos y Cuantitativos)
 - Test Proyectivo de la Figura Humana:
 - ✓El dibujo de la figura humana vehiculiza especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su Autoconcepto y a su Imagen Corporal.

- ✓ De esta forma el dibujo de una persona al envolver la proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos del propio cuerpo.

Resultado

Proyecta hostilidad, sentimientos de inadecuación e inferioridad, inestabilidad, retraimiento al sentirse rechazado e infravaloración de la imagen parental eso relacionado a los mensajes transmitidos inconscientemente de los padres de Mory, de rechazo y abandono al estar ausentes.

Mory refleja ser susceptible a defenderse, con una actitud de ataque, decidida, de perseverancia, agresión y fuerte y control de conducta, esto explica cuando la paciente creció ambivalentemente, sin estabilidad y seguridad ambiental de un hogar, sin la presencia cuidadores primarios positivos, quién por las mismas circunstancias a sus doce años inicia a vivir sola en la calle, y en varias oportunidades tuvo que defenderse por sí sola ya que estaba expuesta al peligro, vistiéndose y actuando como niño, activando su instinto de supervivencia cuando enfrentó esta situación crítica en su vida.

Manifiesta falta de autoconfianza, dependencia y necesidad de sustento, esto debido a que la paciente careció de los estímulos primarios y aprobación de sus figuras parentales lo cual influye y fortalece como un pilar de la formación del Yo.

Mory siente que está realizando esfuerzos en su vida y a veces que su meta es inalcanzable, ello relacionado al esfuerzo que cumple con el rol de madre protectora y estable que muestra a sus hijas. Así mismo porque y tiene sueños reprimidos como el de estudiar y superarse a nivel profesional, lo cual cree no lograrlo.

Proyecta ansiedad, limitación e inseguridad relativa a la función sexual, probablemente por la falta de afecto, falta del buen trato y comunicación cercana e íntima que no tiene con su esposo, lo cual perjudica en la relación sexogenital pues evade a su esposo todo desde hace un tiempo, y ello no le permite un disfrute de su sexualidad, pues no íntima con él ni en relación al afecto como pareja,

ni en contacto sexual, a causa de sentimientos de rechazo hacia él.

La paciente refleja un fuerte apego hacia la figura paterna, lo que se sustenta con el vínculo positivo, seguro y cercano con su padrastro mientras vivió.

Mory proyecta confusión de pensamiento, perturbada por la falta de coordinación entre el impulso y sus funciones de control mental, y un choque de emociones vinculado a que recientemente está teniendo dificultad para decidirse si separarse de su esposo e irse de su hogar con sus hijas y/o iniciar una relación amorosa con su cuñado, ante lo cual con ese estado de enamoramiento hacia él está reflejando actitudes de infantilismo.

La paciente manifiesta un deseo y necesidad de contacto de relaciones, lo cual es notorio en Mory por la búsqueda constante de nuevas amistades con el fin de cubrir la carencia de cuidado, aprobación y afecto. Necesidad que se creó en su infancia, al lado de un hogar desintegrado que no suplió los pilares de la nutrición emocional para Mory

- Test Proyectivo Persona Bajo la Lluvia

Resultado

Mory proyecta su necesidad de mostrarse agresiva, pesimismo, tensión, debilidad, depresión, fatiga, vivencias traumáticas y no resueltas relacionadas al ambiente familiar del que es parte y los conflictos emocionales iniciales durante su ciclo de vida en la niñez.

Manifiesta control de sí misma, equilibrada, ser una persona sana y capacidad de reflexión y análisis, lo cual es notorio en su toma de decisiones por la que está atravesando, y se refleja así mismo por su gran capacidad de análisis de sus propios conflictos internos, reflejado durante su proceso de terapia.

Proyecta obstáculos, hostilidad y amenazas del ambiente, lo cual implica y ha implicado, que Mory se proteja del mundo, se siente amenazada y presionada por este, y por ello presenta dificultad de adaptación, lo cual puede estar vinculado a la ausencia de relaciones familiares con todos los miembros de su familia y relacionada a las relaciones conflictivas, críticas y constantes discusiones con su suegra y familiares de parte de su conyugue que dieron inicio con desaprobación y rechazo a Mory, siendo ella la victima cuando se dio el abuso sexual a Mory por parte del suegro. Mory Refleja su disposición a enfrentar el mundo, con un grado adaptado de resiliencia ante los eventos traumáticos vividos.

Aunque Mory se siente con posibilidades de defenderse ante amenazas, se angustia por lo que se refugia en negar y reprimir las presiones del medio que la rodean, al mismo tiempo refleja la falta de defensas ante los conflictos y probablemente tiende a psicopatizar lo cual se relaciona a que cuando tiene sentimientos negativos de ansiedad y frustración padece de migrañas continuas y el malestar del dolor de senos que padeció la paciente hace un tiempo a lo que el médico le dijo que no tenía ningún diagnóstico.

- Test De Apercepción Temática –TAT-
- Autor: Henry A. Murray
- Prueba de personalidad proyectiva, su objetivo es evaluar las características de personalidad, contenidos mentales, represiones, complejos, intereses y problemas emocionales.
- Apercepción=Residuo de la experiencia pasada. Temática= abordaje de diferentes situaciones.
- Tiempo de aplicación: 30-60 minutos.
- Edad: 14 años en adelante.
- Material: 31 láminas con dibujos de personas en diversas instancias.

Resultado

- Principales temas

Privación de libertad, abuso sexual, indecisión, inconformidad, rechazo, abandono de figura

materna. Niña desaprobada, abandonada y anulada por sus padres, Idealización de una familia feliz, unida y armoniosa. Rivalidad hacia la figura femenina en general. Rechazo al contacto marital.

Exclusión, crítica y rechazo del ambiente por opresión y amenaza del mismo. Desesperación. Infidelidad, soledad y sentimientos de culpa.

- Necesidades Principales

De que los demás confíen en ella, de apoyo de la figura materna, de ser escuchada, aprobada, aceptada y de ser protegida, en búsqueda de una familia, de padres unidos, en un ambiente feliz y estable. Necesidad de ser consolada, amada y de cuidado en su niñez. Insatisfacción con su vida y hogar, de ser admirada y protegida, que su mamá la encuentre. No quiere ser herida, necesita amistades positivas que la aprecien y motiven en su vida. La paciente proyecta el rechazo de la compasión de su familia, manifiesta que más que buscar un esposo para sí lo que buscó es tener un hogar con un padre para sus hijas.

- Concepto del ambiente

Privación de hacer y cumplir sus propios deseos. Percibe el ambiente amenazante, sofocante competitivo, de pleitos, peleas, hostil, inseguro, que hierde y lastima, negativo, que la menosprecia rechaza y minimiza. Refleja que el ambiente no es el ideal y negativo para Mory. Manifiesta el ambiente familiar y con su esposo como estresante y rutinario., proyecta que su entorno la crítica y juzga cruelmente, sin compasión por las malas decisiones que toma. La percepción negativa la hace reprimir sus sentimientos y aislarse por miedo a la desaprobación de los demás.

- La mayoría de los desenlaces de las historias son infelices.
- La prueba realizada a la paciente confirma la insatisfacción emocional que ha tenido desde su muy temprana edad.

- Impresión Diagnóstica

A causa de que Mory en su infancia sufrió de un deterioro afectivo, de cercanía, cuidado, atención, protección, aprobación y comunicación con la figura materna y paterna, ello no permitió que Mory cubriera sus necesidades básicas de nutrición emocional, lo cual perjudica en la paciente y dificulta su auto-aceptación, autoconcepto y auto-respeto, es decir, crea una afectación en su auto-valor y auto-estima. Eso hace que la paciente se coloque en un alto grado de vulnerabilidad al cumplir el rol de víctima desde temprana edad, y actualmente es víctima de violencia intrafamiliar dentro de su núcleo familiar.

Esta falta de autovalía se fundamentó por los mensajes implícitos e inconscientes de abandono y rechazo hacia su persona de parte de las figuras parentales.

El abandono de su padre biológico aún antes de nacer de Mory, y el abandono de parte de su mamá a sus diez años por la privación de libertad en la cárcel de su mamá, creó ambivalencia y falta de estabilidad familiar y emocional para Mory, lo cual se ha convertido en un factor influyente en la tendencia al ánimo depresivo, confusión, ansiedad, melancolía y sentimientos de soledad de Mory, pues el haber crecido en distintos hogares, los riesgos y peligros que atravesó, tales como escasas económicas, inseguridad, abusos físicos y violaciones sexuales, son eventos traumáticos e inconclusos del pasado de Mory que aún no ha resuelto.

La actual dependencia emocional de Mory a su cuñado Juan Carlos se creó como una vinculación afectiva significativa para Mory, por la falta de relaciones afectivas positivas en el pasado, que refuercen y contribuyan a que Mory sea aprobada y valorada por los demás, ya que en su ciclo de desarrollo no ha habido.

Las áreas de la vida de Mory que actualmente se ven afectadas son: la física ya que padece de continuas migrañas al verse preocupada, o pensativa por su pasado, lo cual es un reflejo en su cuerpo también, de los conflictos existentes en ella misma, de asuntos sin resolver en su vida.

El área ocupacional, pues por la misma distorsión de su autoestima no le permiten ver la capacidad que posee para poder desempeñarse, capacitarse y ocuparse en un oficio o profesión, pues cree no

poseer habilidades a parte de las que realiza en su hogar, por ende afecta el área económica al depender únicamente de los ingresos de su esposo, el área familiar está siendo afectada por los patrones adquiridos de su crianza, pues están repercutiendo actualmente.

- Evaluación Multiaxial

Eje I Z63.0 Problemas Conyugales (V61.1): Violencia Intrafamiliar.

F34.1 Trastorno distímico (300.4)

Eje II Trastorno Límite de la Personalidad

Mecanismo de Defensa: Represión e intelectualización.

Eje III Enfermedades del Sistema Genitourinario (580-629)/padece de quistes en los ovarios.

Eje IV Problemas Relativos al grupo primario de apoyo:

- Relación afectiva negativa hacia la figura materna.
- Víctima de violencia física y verbal por parte de su mamá y hermana mayor (figuras maternas)
- Abandono en la Infancia de sus padres.

EJE V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Puntuación: 51 Síntomas Moderados

(Período de tiempo): Actual

- Recomendaciones

Se recomienda que Mory continúe y finalice con su proceso de psicoterapia para que logre el empoderamiento que necesita lo cual es posible por el grado auto-reflexivo y de resiliencia con que cuenta Mory. Así mismo que con su conyugue, asista a una terapia individual para iniciar su proceso, pues ya que él cumple el rol de agresor y muy probablemente en algún momento de su vida ha sido víctima.

Se sugiere que sus hijas asistan a terapia individual, pues son víctimas colaterales de la violencia en el hogar. Culminando con una terapia familiar con el fin de mejorar el sistema familiar en general.

- Plan de tratamiento

Modelo terapéutico	Justificación	Objetivo general	Técnicas	Recursos	Objetivos específicos
1) Terapia Gestalt	Este enfoque se centraliza en trabajar y desbloquear aquella energía resguardada en la psique de la paciente por eventos no resueltos.	Acceder al material inconsciente emergente de los eventos traumáticos, inconclusos y del pasado del paciente para partir de allí localizando los conflictos y trabajarlos. Resolver conflictos inconclusos con personas que no son accesibles al paciente por muerte o circunstancias.	1.Silla Vacía: Se invitará a proyectar a ambos padres, en diferentes sesiones. A causa de la relación conflictiva mamá-hija hacia la paciente se propiciará un diálogo acerca de sentimientos reprimidos hacia su mamá por medio del dialogo. 2.Técnica del Espejo: Con el fin de mejorar su Autoconcepto y autoimagen, que la paciente se vea al espejo y se confronte con su Yo.	Salón de usos múltiples de la Clínica periférica la cual es más privada de la contaminación auditiva de la institución.	Que la paciente se ventile y logre un proceso catártico, es decir la liberación emocional de sus sentimientos reprimidos, esto en el ejercicio de la proyección de sus figuras parentales silla, a manera de exponerla a tratar esa energía bloqueada desde sus 4 años de edad cuando la agredía y por su ausencia.

<p>2) Terapia Cognitivo-Conductual</p>	<p>El Modelo conductista se enfoca en los pensamientos del paciente, sus pensamientos automáticos y distorsiones del pensamiento, pues como piensa, sentirá y como consecuencia actuará.</p>	<p>TRE: Terapia Racional Emotiva: Que el paciente logre su propio autoanálisis constante e introyección con el fin de cambiar su pensamiento para influenciar en su estado de ánimo y atacar de raíz las conductas no deseables del paciente.</p>	<p>3 Técnica de Autorregistro del Pensamiento. Llevar una anotación semanal de identificación de los pensamientos y emociones, que afectan y desequilibran el estado emocional.</p>	<p>Una hoja ya escrita con las instrucciones para que auto registre sus emociones y pensamiento irracional, escribiendo y susitiuyéndolo por el racional.</p>	<p>Que el paciente aprenda a filtrar y sustituir los pensamientos racionales por los irracionales.</p>
<p>3) Tratamiento para adultas Sobrevivientes de Incesto y Abuso Sexual (Autor, Batres Méndez Gioconda)</p>	<p>Este tratamiento tiene como finalidad tratar durante 15 sesiones en un proceso sistemático y ordenado a profundidad a manera que el paciente descongele los sentimientos y la vivencia del abuso sexual.</p>	<p>1. Estructuración de reglas, alianza terapéutica. 2. Establecimiento de confianza 3. Contrato de vida: Tratando con las crisis y sentimientos de peligro. Contrato 1. Autoestima y autoimagen, celebrando los logros.</p>	<p>4 Técnica De solución de Problemas A fin de que la paciente aprenda a evaluar las alternativa al tomar decisiones.</p>	<p>Una hoja, lapicero. Manual del tratamiento, hojas de apoyo para cada sesión.</p>	<p><u>Concientizar</u> a la paciente al escribir las opciones y alternativas que tiene antes de tomar una decisión evalué sus ventajas y consecuencias.</p>

<p>4) Terapia Ocupacional</p>	<p>Esta contribuirá a consolidar y contribuir a que la paciente conozca sus habilidades y destrezas, con el fin de que se prepare y desempeñe en actividades que le beneficien mentalmente y aporten a la productividad de la paciente.</p>	<p>Que la paciente conozca sus habilidades y capacidades internas, con el fin de lograr un desarrollo integral, logrando su participación y activación en labores de tipo ocupacional.</p>	<p>Psicoeducación Se identificarán las habilidades y destrezas de la paciente, así mismo se le brindará a la paciente los cursos que imparten en INTECAP, con el objetivo de crear motivación y expectativa en el futuro de la paciente.</p>	<p>✓ Trifoliar Informativo.</p>	<p>Informar, motivar e incentivar un nuevo proyecto de vida en la paciente.</p>
-------------------------------	---	--	--	---------------------------------	---

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Logros obtenidos

Durante el desarrollo de la práctica profesional dirigida, en el abordaje psicoterapéutico individual brindado a la paciente, del caso anteriormente expuesto, se observaron y manifestaron los siguientes cambios, parte de los avances fueron:

- ✓ El proceso de autoaceptación e identificación acerca de la distorsión cognitiva y sistema de creencias irracionales.
- ✓ El autoconocimiento de sí misma, en cuanto a sus emociones, sentimientos y pensamientos y rol de víctima y rechazo, los cuales le generaban malestar psíquico.
- ✓ Empoderamiento ocupacional, acerca de sus habilidades, inteligencia y capacidades.
- ✓ La paciente manifestó un sentido existencial y automotivación a la vida.
- ✓ La modificación interna tanto cognitiva como emocional de la paciente, se reflejó en las conductas, así también como en su apariencia física y vestimenta, mas decorada y alineada.

4.4. Limitaciones

Durante el proceso de desarrollo de la Práctica Profesional Dirigida en la atención individual psicológica brindada a la paciente, se manifestaron los siguientes limitantes:

- ✓ Se interrumpió la psicoterapia, en dos sesiones insistidas de la paciente, por el horario de la cita programada.
- ✓ Se manifestó en muchas de las sesiones el mecanismo de defensa de negación de la paciente.
- ✓ En muchas de las sesiones llegaba de diez a quince minutos de retraso.
- ✓ En la mayoría de sesiones estuvo presente la hija menor de tres años de edad, de la paciente.

Conclusiones

1. El abandono emocional en la infancia. Es una experiencia impactante para un individuo que lo ha sufrido, puede crear un trauma o herida emocional en el adulto, debido a lo devastador que implica el rechazo psicológico que transmite el padre o la madre, por su ausencia y descuido afectivo. Como consecuencia puede generar, sentido de resentimiento, desmerecimiento, enojo, ira, frustración, baja autoestima, sentimiento de inferioridad, afectación del estado de ánimo y ausencia de relaciones afectivas sanas, lo cual puede repercutir e interrumpir el desarrollo óptimo de la calidad de vida y salud mental de una persona.
2. Existen distintas causas del abandono emocional, un factor determinante, es la debilidad y ausencia del vínculo afectivo entre padres-hijos e hijas, lo cual es vital para la formación de un individuo durante sus primeros años de vida. Algunas de las principales causas que se pueden mencionar son: familiares, psicológicas y económicas.
3. Las huellas que provoca el abandono emocional, afectan psicosocialmente en la adultez, desencadenando uno o múltiples desórdenes mentales, tales como: la dependencia emocional, problemas paterno-filiales, problemas conyugales, afectación del ánimo por el trastorno distímico y trastorno límite de la personalidad.
4. Para la superación del abandono emocional, necesita tratarse según su particularidad y de manera integral, en procesos psicoterapéuticos a nivel individual, familiar y grupal. Un enfoque cognitivo-conductual y gestáltico, modelos de psicoterapia efectivos e ideales, que permitirán que el adulto se reconcilie consigo mismo y con la persona que lo abandonó. Asimismo se orientará a la reestructuración de pensamientos constructivos para la modificación de las conductas desadaptadas como consecuencia del abandono emocional, todo ello con el objetivo que el adulto, afronte esa situación dolorosa, obtenga habilidades para fomentar relaciones afectivas sanas, consigo mismo, su familia y el ambiente.

5. De esta investigación surge la necesidad de informar sobre qué es el abandono emocional en la infancia y cómo puede marcar e impactar la vida de un adulto.

Recomendaciones

Durante la investigación realizada con el tema de abandono emocional, en la Práctica Profesional Dirigida en la Clínica Periférica Primero de Julio; se constató fiablemente a través de la investigación cualitativa, la problemática psicosocial que padece un adulto al ser abandonado emocionalmente en su infancia y que puede considerarse un evento traumático por su impacto y efectos en la vida adulta, por lo cual se recomienda lo siguiente:

1. Debido a que esta situación provoca dolor emocional, secuelas psicosociales, afectación del autoestima, y del estado de ánimo, se generan también conductas desadaptadas y dañinas. Por ello se recomienda la orientación psicoterapéutica a nivel individual, familiar y grupal, mismas que permitirán un tratamiento integral. Por medio de los enfoques gestaltico y cognitivo conductual, como una herramienta efectiva de abordaje emocional para el proceso de sanación y superación personal. La aplicación de las técnicas como la visualización guiada y la silla vacía permitirán que la persona obtenga un acceso a esos sentimientos provocados por la ausencia afectiva de sus cuidadores primarios, lo cual brindará una herramienta útil para procesar este evento traumático. Así también se debe trabajar las construcciones mentales irracionales provocadas por el rechazo psicológico de sus figuras significativas, es de suma importancia.
2. Es necesario transmitir la información, para psicoeducar a la población adulta acerca del tema, cuales son las causas, características y efectos para que identifiquen la problemática y no ignoren la sintomatología, para abordarlo con atención psicológica. Al informar acerca del impacto del abandono emocional, se contribuirá a la prevención del círculo, para futuras generaciones.

Referencias

Bibliográficas

- Barbara, E. Teorías de la personalidad (4ta edición): Mcgraw hill
- Barbadillo Griñan, P. (1995). Relaciones padres-hijos en familias monoparentales. *Infancia y Sociedad*, 30, 49-53.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós
- Carretero, M., Palacios, J. y Marchesi, A. (1985). *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza
- Charles g. Morris y Albert a. Maisto. *Psicología* (duodécima edición): Pearson Prentice Hall
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1994). *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*. Barcelona: Paidós
- Germaine Guex. *La neurosis de abandono*. Buenos Aires: Universitaria.
- Azpilicueta, P. (1989). Aportaciones de la psicología a un abordaje interdisciplinar del maltrato en la infancia. *Revista de Trabajo Social*, 116, 127-132
- Consejería de Bienestar Social. (1998). *Guía de detección y notificación del maltrato infantil*. Dirección General de Servicios Sociales Especializados, Junta de Extremadura.

Odier, Charles. La angustia y el pensamiento mágico. Ensayo de análisis psicogenético aplicado a la fobia y a la neurosis de abandono.

Internet

Abandono infantil. Recuperado: <http://abandonoinfantilxc.blogspot.com/>

Abandono. Recuperado: <http://edukavital.blogspot.com/2012/10/concepto-de-abandono.html#sthash.6j4MPDAs.dpuf>

Ana Muñoz. El abandono emocional. Recuperado:
<http://motivacion.about.com/od/psicologia/a/El-Abandono-Emocional.htm>

Angie López. Muchos niños sufren abandono emocional. Recuperado:
<http://www.mentesana.net/abandono-emocional/>

Carolina Tellez. Técnicas de Liberación Emocional. Recuperado:
<http://www.efmx.com/newsletter/madre-interior-sp.html>

Consecuencias del abandono de niños. Recuperado:
<http://edukavital.blogspot.com/2012/10/concepto-de-abandono.html#sthash.6j4MPDAs.dpuf>

Dr. Daniel Dufour. La herida del abandono, Expresa tus emociones para sanarte.
Ediciones: Obelisco Recuperado:
<http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/14011943/Dr-Daniel-Dufour---La-herida-del-abandono---Ed-Obelisco.html>

El abandono. Recuperado: <http://psicologia.laguia2000.com/psicologia-de-ninos/el-abandono#ixzz2MuvYM3HJ>

Falta de afecto y abandono, principales causas de terapias infantiles con psicólogos y psiquiatras.
Recuperado: <http://www.abcdelbebe.com/falta-de-afecto-y-abandono-principales-causas-de-terapias-infantiles-con-psicologos-y-psiquiatras>

J. Bowlby, Edit. Paidós Barcelona (1998). El apego y la pérdida. Recuperado:
www.bebesymas.com

Joan Manuel Madrid Hincapié. Abandono Emocional. Recuperado:
<http://abandonoinfantilemocional.blogspot.com/>

Johnson, C. (2007). Malos tratos y abandono de los niños. Recuperado:
http://www.umm.edu/esp_ency/article/007225.htm#ixzz23Ak1BH72

La huella del abandono. (El padre ausente). Recuperado:
<http://www.mujersisimas.com/pages/autorrealizacientopics/la-huella-del-abandono.html>

Luis Guillermo Blanco. Abuso y abandono emocional infantil. Recuperado:
<http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/articulos/articulo.asp?id=459>

Maltrato emocional. Recuperado:
http://es.wikipedia.org/wiki/Maltrato_emocional

Solano, B. (2008). Recuperado: www.slideshare.com

Anexos



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante omnia, adquirere scientiam"

Guatemala 28 de febrero de 2013

Dra. Nicté Pérez - Licda. Raquel Alarcón
Clínica Periférica Primero de Julio
5ta. Avenida "E" 13-76 Z.5 Mixco
Colonia Primero de Julio
Presente

Estimadas Dra. Pérez y Licda. Alarcón:

Deseando éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para solicitarle de manera cordial y respetuosa la oportunidad de realizar la Práctica Clínica Supervisada, correspondiente al último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, que nuestra casa de estudios imparte, en su apreciable institución.

Será para nosotros de mucho agrado y para nuestra estudiante de gran aprendizaje asistir a su prestigiosa institución: Clínica Periférica Primero de Julio. La estudiante que desea colaborar en su Centro es: **Silvia del Rosario González Apen, Carnet No.: 0908896.**

La estudiante, debe llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación.

Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su aprobación, que estoy seguro brindará experiencias de beneficio para nuestras instituciones.

Atentamente,

Lic. Mario Salazar

Director General Campus El Naranjo

Universidad Panamericana



Vo.Bo. Institución _____



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

INFORMACIÓN REQUERIDA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Clinica Periferica Primero de Julio

DIRECCIÓN: Sta Avenida "E" 13-76 1ro Julio zona S mixto.

NOMBRE DEL ENCARGADO: Raquel Alarcón

Teléfono del Contacto/Encargado: 5181-1267

PUESTO: Psicóloga

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN - POBLACIÓN QUE ATIENDE:

: Psicología Clínica con atención a niños, adolescentes y adultos

: Servicio Comunitario: Líderes Comunitarios

: Orientación a Escuelas, Padres y Maestros

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: Silvia Del Rosario González Apén

GRADO: 5to. Año Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

HORARIO DE PRÁCTICA: Días: Martes, miercoles y Jueves

Horario: 8:00 - 01:00

FECHA DE INICIO DE LA PRÁCTICA: Martes 19 de febrero 2013

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE ACEPTADO



silvia.bet silvi712@gmail.com



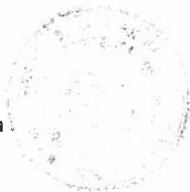
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Clínica Periférica Primero De Julio
Departamento de Psicología

UNIVERSIDAD PANAMERICANA:

Por este medio hago constar que a Alumna Silvia Del Rosario González Apen ha cumplido con quinientas (500) horas presenciales de práctica, iniciadas el 19 de febrero al 16 de octubre del año en curso, solicitadas por el Licenciado Guillermo Tellez, Catedrático del Curso de Práctica Supervisada, de la Carrera de Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, sede Naranjo, como requisito para aprobación de dicho curso.

Y para los usos que a las interesadas convenga se extiende la presente, a los dieciséis días del mes de octubre 2013.

Licenciada Olga Raquel Alarcón
Psicóloga



Vo. Bo.

Guatemala, 19 noviembre 2013

Estimada Licenciada
Olga Raquel Alarcón
Psicóloga
Clínica Periférica Primero De Julio
Presente

Por este medio, me permito extender un aporte psicoeducativo dirigido a pacientes adultos que se atienden en esta institución.

El objetivo del mismo es pueda incidir positivamente y contribuir al cambio. Dicho aporte surgió por la necesidad observada durante el proceso de práctica profesional dirigida de la Universidad Panamericana, por lo que se realizó una investigación cualitativa que evidencia la importancia de informar a personas adultas que en su infancia fueron abandonados emocionalmente, con la finalidad que la persona se haga consciente de lo importante que es el sanar y trabajar psicoterapéuticamente este evento del pasado, asimismo que pueda romper con el patrón.

Agradeciendo, la oportunidad brindada para realizar la práctica profesional dirigida, adjunto el documento de aporte antes mencionado, con la finalidad de que sea una herramienta eficaz y aplicable haciendo entrega de un 1 trifoliar para archivo de la clínica y 100 copias del mismo para su distribución.

Atentamente.



F) Silvia Del Rosario González Apen



F) Licda. Olga Raquel Alarcón



¿Fue usted abandonado emocionalmente en su niñez?

Rompa con el Patrón de abandonar emocionalmente.

Si usted durante su infancia sufrió de abandono emocional por parte de sus padres, no repita lo mismo con sus hijos, ellos lo necesitan.

Recuerde que un padre de familia debe tomar un papel responsable en la vida de sus hijos en cuanto a proveer a sus necesidades vitales de alimento, vestimenta y salud, pero también suplir sus necesidades emocionales.

Es necesario que el padre de familia brinde tiempo de calidad con actividades tales como:

1. Conversar con sus hijos.
2. Realizar actividades recreativas.
3. Interesarse por la educación de sus hijos



Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Silvia Del Rosario González A.

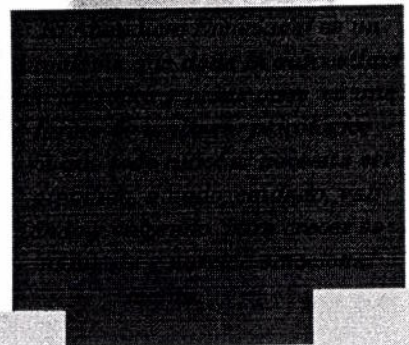


La familia es el primer escenario en donde un niño crece y es allí en donde va formando su personalidad, los padres son responsables de la crianza de sus hijos, así como también de brindar apoyo emocional a sus hijos y otorgarles un ambiente seguro y estable en el que se desarrollen pues esto marcará el resto de su vida.



¿SABIA QUE?

Existe el Abandono Emocional en la infancia y puede afectar en la edad adulta.



El Abandono Emocional es:

1. Descuidar a un niño(a) acerca de sus sentimientos y conflictos.
2. Ignorar al niño(a) por mucho trabajo o falta de tiempo.
3. Ser indiferente a las necesidades de atención.
4. No estar disponible para apoyar emocionalmente al niño(a) cuando ellos lo necesiten.
5. No responder a la necesidad de amor y cuidado de los hijos.



Es necesario que el adulto sane la herida del abandono que vivió de niño por la ausencia de sus padres pues de no hacerlo puede convertirse en padre sobreprotector o repetir el patrón de abandonar a sus hijos también.



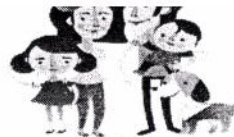
Consecuencias del Abandono Emocional:

- La falta de amor y cuidados por parte de los padres puede provocar que el niño tenga problemas en su manera de relacionarse cuando sea adulto, lo cual inhibirá su desarrollo.

- Pueden generar sentimientos de tristeza, inseguridad y baja autoestima, al sentir que no son suficientemente valiosos como para recibir amor, lo que puede llegar a desencadenar una depresión.



Busque asistir a psicoterapia si considera que sufrió el abandono emocional y que esto le está afectando en el presente.



Algunos de los indicadores para identificar si en su niñez sufrió abandono emocional:

*Estuvo mucho tiempo solitario sin papá o mamá quien lo atendiera o supervisara

*No le brindaron amor, besos, abrazos y palabras agradables de valor.

*Creció con sentimientos de soledad, tristeza y soledad, baja autoestima e inseguridad.

*Llamaba la atención pues no se la daban sus padres.

Si usted no sana los conflictos del pasado al ser abandonado, tendrá conflictos en el presente.

