

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

***“MANIFESTACIONES DEL VINCULO MADRE-HIJA EN LAS
CONDUCTAS HIPERSEXUALIZADAS”***

Autor: EUGENIA DENISSE GONZÁLEZ AGUILERA

**Tesis presentada para obtener el título de:
MAESTRA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA**

**Nombre del asesor:
DRA. MARÍA DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COORDINACIÓN DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

**“MANIFESTACIONES DEL VINCULO MADRE–HIJA EN
LAS CONDUCTAS HIPERSEXUALIZADAS”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN
PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA**

PRESENTA:

EUGENIA DENISSE GONZÁLEZ AGUILERA

ASESORA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ

CO-ASESORA:

MTRA. MARÍA JOSÉ TINAJERO TREJO

CLAVE: 16PSU0023Y

ACUERDO: MAES160610

MORELIA, MICH; 2019

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi amor Jesús, por todo su amor, por ser siempre mi compañero fiel en las buenas y en las malas, por demostrarme que el amor es la fuerza más grande de todas.

A mi tía Hilda, por ser mi ángel guardián, quien me sigue inspirando siempre a ser una mujer exitosa y orgullosa de ser quien soy.

A mis amigos, por su apoyo, compañerismo y todas las experiencias compartidas.

A mis maestros, por inspirarme a ser la profesional que quiero ser, por ser grandes ejemplos de sabiduría profesional y personal.

Al ponerle fecha a un sueño, se convierte en meta.

Una meta dividida en pasos se convierte en un plan.

Y un plan, apoyado por acciones, se convierte en realidad.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción.....	3
Justificación.....	5
Capítulo I. Marco teórico	6
1. Infancia.....	6
1.1. Naturaleza de la infancia.....	6
1.2. Etapas de desarrollo psicosexual	7
1.3. Etapas de desarrollo según Erikson	18
1.4. Papel de la madre en el desarrollo de los niños	21
2. Desarrollo Sexual	24
2.1. Conductas Masturbatorias	27
2.2. Conductas hipersexualizadas en niños.....	29
2.3. Perversión.....	30
2.4. Abuso sexual Infantil.....	33
3. Teoría del Vínculo	42
3.1. Apego.....	42
3.2. Tipos de apego	44
3.3. Conducta de apego.....	48
3.4. Capacidad vincular	49
3.5. Ruptura del apego	50
3.6. Separación.....	51
3.7. Patologías	53
3.8. Apego en etapa de latencia	54
3.9. Vínculo.....	56
3.10. Tipos de vínculo.....	58
3.11. Vínculo en la infancia	60
3.12. Vínculos patológicos	61
Capítulo II. Método	64
2.1 Pronunciamento metodológico	64
2.2 Objetivos	69
2.2.1. Objetivo General.....	69

2.2.2. Objetivos particulares	69
2.3 Planteamiento del problema.....	69
2.4 Preguntas de investigación	71
2.5 Supuestos de investigación.....	71
2.6 Ejes temáticos y categorías	72
2.7 Participantes	73
2.8 Escenario	74
2.9 Técnicas de recolección de datos	75
Entrevistas con la madre (Sesión #3, Anexo 7).....	77
2.10 Confiabilidad y validez de la investigación	77
2.11 Procedimiento	78
Capitulo III. Análisis de resultados	100
Capitulo IV. Discusión	102
3. Conclusiones.....	109
Limitaciones	110
Sugerencias	110
Referencias.....	3
Anexos	12
Anexo 1. Test de frases incompletas Sacks para niños.....	12
Anexo 2. Test Casa, Árbol, Persona.....	14
Anexo 3. Test de la Familia.....	15
Anexo 4. Técnica de Dibujo libre.....	16
Anexo 5. Sesión #1	17
Anexo 6. Sesión #2	19
Anexo 7. Sesión #3	20
Anexo 8. Sesión #4	24
Anexo 9. Sesión #5	25
Anexo 10. Sesión #6	27
Anexo 11. Sesión #7	29
Anexo 12. Sesión # 8	31
Anexo 13. Sesión #9	32

Resumen

El abuso sexual infantil es un tema que durante muchos años ha sido tratado como un tabú debido a lo duro de su contexto y lo difícil que es creer que exista. Y aun es más difícil el ver que este tipo de abuso pueda ocurrir no solo entre miembros de la misma familia sino de una madre hacia su propia hija, como es el caso de la presente investigación. Sin embargo, es necesario abordarlo y señalar que es algo que no debe ser ignorado, sino que se debe buscar comprender sus orígenes al igual que sus consecuencias, no solo físicas sino emocionales y vinculares, para así lograr encontrar distintas maneras de prevención, tratamiento y de comprensión de tal fenómeno para entonces evitar que siga ocurriendo.

Palabras clave: Abuso sexual, vínculo, conductas hipersexualizadas, madre, hija.

Abstract

Child sexual abuse is a topic that has been treated as a taboo for many years because of how hard it's context is and how hard it is to believe that something like it actually exists. And is even harder to see that this kind of abuse can happen not only between family members, but between a mother and a daughter, just like it is on this investigation. However, it's necessary to talk about this topic and to point that it doesn't have to be ignored, so we can figure out about the origins as the consequences, not only physical but emotional and bonding ones, so we can get to create preventive methods, treatment and understanding of this phenomenon to avoid it to keep happening.

Introducción

La presente investigación de tesis se realizó con el objetivo de determinar el impacto del vínculo madre-hija con conductas hipersexualizadas en el desarrollo psicosexual de una niña de 8 años cuando esta niña ha sido víctima de abuso sexual por parte de su madre. Esto se llevó a cabo por medio de un análisis detallado de las sesiones terapéuticas que se tuvo con la niña y de las pruebas psicométricas que le fueron aplicadas durante el proceso, además de las distintas entrevistas que se tuvieron con su madre y el análisis de su discurso.

El primer capítulo, perteneciente al marco teórico, se encuentra dividido en tres temas que fungirán como el sustento de la investigación: el primero de ellos es el tema de la infancia, donde se abordó el que se trata de un periodo, relativamente corto, en que los niños dependen completamente de una madre y no son capaces por si solos de satisfacer sus necesidades básicas; además de dos perspectivas psicoanalíticas diferentes acerca de las etapas de desarrollo de los niños, siendo estas la perteneciente a Freud y la otra a Erickson. Respecto al siguiente tema titulado Desarrollo sexual, en él se abordó que así como el mismo individuo, la sexualidad va evolucionando de distintas formas a través de distintas fases que involucran los componentes biológicos y comportamentales. También se abordaron su definición y características, además de destacar los aspectos patológicos del mismo tales como las conductas masturbatorias, las conductas hipersexualizadas, el abuso sexual infantil y la perversión. En el caso de la última, se utilizaron los aportes dados por Piera Auglanier que, aunque pertenece a una escuela distinta a aquella en la que se basa esta investigación, se consideró necesario con el fin de ahondar en la formación de la estructura perversa y ampliar la temática.

Para finalizar el sustento teórico, el tercer tema que se abordó fue el de la Teoría del Vínculo, donde se revisaron las teorías tales como el apego y los distintos estilos que existen, la definición de vínculo, el vínculo entre madre e hija, sus características y sus distintas clasificaciones, así como las patologías que pueden existir a partir de un desarrollo vincular no sano.

En el Segundo Capítulo se aborda la metodología utilizada para la realización de la presente investigación, tal como el enfoque cualitativo y se presenta el procedimiento llevado a cabo para el análisis de los datos obtenidos.

A continuación, en el Tercer Capítulo se presentan los resultados obtenidos, con base en un análisis del vínculo formado entre la madre y su hija a partir de su historia de vida y de los acontecimientos tales como la perpetración del abuso sexual, la manera en que esto afectó la psicodinamia de la pequeña y las consecuencias que le trajo, tales como las conductas hipersexualizadas. Finalmente, se encuentran las conclusiones de la investigación, en las cuales se aborda la afectación del abuso sexual en la vida psíquica y emocional de la paciente identificada y las discusiones sobre los mismos.

Justificación

La preocupación más comúnmente vista en los ámbitos de salud mental es la de proporcionar el apoyo necesario al paciente con el fin de mejorar su calidad de vida. Existen ciertas investigaciones previas sobre el tratamiento de niños que han sido abusados sexualmente o que presentan conductas masturbatorias o hipersexualizadas, sin embargo no se ha abordado específicamente la temática de niños abusados por sus madres (ya que comúnmente quien comete el abuso es el padre). La madre es vista, la mayoría de las ocasiones, como una víctima secundaria al abuso sexual infantil, además de ser una figura importante en el tratamiento de los niños abusados funcionando como una figura de apoyo emocional y afectivo además de ser defensora del niño en cuestión contra los abusos cometidos por alguien más.

Por lo tanto, aun no se ha abordado la posibilidad de que el abusador en cuestión sea la misma madre, aun siendo un abuso de tipo imprudencial. Es debido a esto que también existe una afectación vincular importante en la víctima, ya que la agresora es aquella con quien tuvo su primer vínculo afectivo y a partir del cual aprenderá a relacionarse con el resto del mundo que la rodea.

Tampoco se encuentran estudios o investigaciones acerca del abuso sexual ocurrido durante los primeros meses de vida de la víctima, es decir, cuando era un bebé; ya que la mayoría de los abusos suelen ocurrir de los 4 o 5 años en adelante. Por lo tanto es importante indagar las repercusiones sintomatológicas del abuso a tan temprana edad, tales como las conductas hipersexualizadas que ponen a la persona en riesgo de sufrir abuso nuevamente. Por lo tanto, el realizar esta investigación podría propiciar la realización de estrategias de intervención para casos similares a este. Otra circunstancia que es merecedora de investigar a mayor profundidad sería las posibles consecuencias de convivir diariamente con el abusador (en este caso, la madre de la paciente) y de que no exista manera de evitarla.

La presente investigación fungirá también como potenciadora en el desarrollo de estrategias de intervención para casos similares al que se trata aquí.

Capítulo I. Marco teórico

1. Infancia

1.1. Naturaleza de la infancia

La infancia es comúnmente vista como una etapa importante, sino es que la más importante de la vida humana, ya que es aquí donde el individuo se desarrolla ampliamente en todos los aspectos: físico, cognitivo, emocional, social, etc.

Para Vidal (2008) “la infancia se refiere a aquel periodo de vida entre el nacimiento y el surgimiento del lenguaje, es decir, hasta el año y medio o dos años.” (p.1).

Ariés (cómo se citó en Ramírez, 2007) menciona que la infancia es “aquel periodo, relativamente corto, en que el niño y la niña dependen completamente de una madre y no son capaces por si solos de satisfacer sus necesidades básicas” (p.19) Una vez pasado éste, los niños entrarán en la etapa adulta, en la cual deben vestirse cómo tal y realizar las actividades y tareas realizadas por los adultos.

Jaramillo (2007) entiende por infancia “aquel periodo de la vida de crecimiento y desarrollo, comprendido desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente y que se caracteriza por la rapidez de los cambios que ocurren”. (p.110) Añade que ésta primera etapa es decisiva en el desarrollo, pues de ella va a depender toda la evolución posterior del niño en las dimensiones motora, lenguaje, cognitiva y socioafectiva, entre otras.

Palacios y Castañeda (s.f.) definen que la infancia es “la etapa evolutiva más importante de los seres humanos, pues en los primeros años de vida se establecen las bases madurativas y neurológicas del desarrollo” (p.7).

En términos generales, la infancia es aquella etapa de la vida en donde se da el mayor crecimiento físico, emocional y afectivo en el ser humano. Es también donde se logran distintas metas en el desarrollo que permitan al niño convertirse en un adulto saludable, responsable, sociable y lo suficientemente sano cómo para enfrentar los distintos momentos de la vida adulta.

1.2. Etapas de desarrollo psicosexual

Freud fue sin duda, uno de los teóricos más importantes en cuanto al desarrollo de la vida psíquica y emocional de los seres humanos. Él describe el desarrollo siguiendo una serie de etapas secuenciales, que representan fases en las que los impulsos sexuales aparecen en diferentes formas y se encuentran centrados en distintas zonas del cuerpo, llamadas “zonas erógenas”. Denominó como “psicosexuales” a estas etapas de desarrollo debido a que les asigna un papel preponderante a los instintos sexuales en la formación y desarrollo de la personalidad.

Freud (1905/2011) define las zonas erógenas como “un sector de piel o de mucosa en el que estimulaciones de cierta clase provocan una sensación placentera de determinada cualidad” (p. 166). La meta sexual de la pulsión infantil consiste en producir la satisfacción mediante la estimulación apropiada de la zona erógena correspondiente. “Para que se cree una necesidad de repetirla, esta satisfacción tiene que haberse vivenciado antes y es lícito pensar que la naturaleza habrá tomado seguras medidas para que esa vivencia no quede librada al azar.” (Freud, 1905/2011, p. 167). Con base en las zonas del cuerpo que se vuelven focos del placer sexual, Freud delimitó cinco etapas de desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica, latencia y genital, las cuales se describirán a continuación:

a) Etapa Oral

Esta etapa está caracterizada por la primacía de la boca como zona erógena y se da durante el primer año de vida del niño. Durante el primer año de vida, el origen principal de búsqueda del placer y al mismo tiempo, de conflicto y frustración es la boca, esto debido a que existe un enlace simultáneo de este sector del cuerpo con la nutrición, por lo que se diría que “los labios del niño se comportan como una zona erógena y la estimulación por el cálido aflujo de leche es la causa de la sensación placentera.” (Freud, 1905/2011, p. 165).

La satisfacción sexual se encuentra primero enlazada a la función alimenticia que sirve para la conservación de la vida, y que más tarde se dejara de lado para pasar al placer del llamado “chupeteo”.

Freud (1905/2011) afirma que “el chupeteo aparece ya en el lactante y puede conservarse hasta la madurez o persistir toda la vida, consiste en un contacto de succión con la boca (los labios), repetido rítmicamente, que no tiene por fin la nutrición.” (p. 163). En este momento, la actividad sexual y el placer aún no se ha separado de la nutrición, por lo que la meta sexual será lograr la incorporación del objeto total.

Explica Freud (1905/2011):

Una parte de los propios labios, la lengua, un lugar de la piel que esté al alcance (aun el dedo gordo del pie) son tomados como objeto sobre el cual se ejecuta la acción de mamar. Una pulsión de prensión que emerge al mismo tiempo suele manifestarse mediante un simultáneo tironeo rítmico del lóbulo de la oreja y el apoderamiento de una parte de otra persona (casi siempre de su oreja) con el mismo fin. La acción de mamar con fruición cautiva por entero la atención y lleva al adormecimiento o incluso a una reacción motriz en una suerte de orgasmo (p. 163).

Por lo tanto, el niño encontrará placer al chupar, morder, mascar, vocalizar, etc. La relación que él bebé tiene con el mundo en esta etapa se encuentra asociada a todas las sensaciones de placer, primordialmente a la alimentación. Es por eso que el afecto se asocia a la alimentación por parte de la madre en esta etapa.

Abraham (1994) amplía la descripción de la etapa oral dividiéndola en dos niveles llamados de succión y sádica. En el primer nivel:

La libido infantil está ligada al acto de succionar, acto de incorporación que no pone fin a la existencia del objeto. El niño todavía no distingue entre su propio yo y el objeto externo. Yo y objeto son conceptos incompatibles con ese nivel del desarrollo. Todavía no se ha hecho diferenciación entre el niño que mama y el pecho mamado, dado que la succión muda en actitud de morder en el nivel secundario, la fase oral-sádica, donde comienza el conflicto ambivalente (p. 191).

Dolto (1986) habla de que el placer obtenido durante esta etapa “es el tipo de placer narcisista primario, autoerotismo original, en que el sujeto no tiene todavía la noción de un mundo exterior diferenciado de él.” (p. 25).

Una vez que el niño pasa a la etapa oral-sádica y que el placer ya no se encuentra ligado a la alimentación sino al simple hecho de mamar, comienza a buscar otras partes de su cuerpo que puedan suplir el pecho materno. Cualquier parte de su propia piel (los dedos de las manos, o inclusive de los pies) resultan más cómodos, porque “así se independiza del mundo exterior al que no puede aún dominar, y porque de esa manera se procura, por así decir, una segunda zona erógena, si bien de menor valor.” (Freud, 1905/2011, p. 165).

Corman (como se citó en Zabarain, 2011) explica la importancia de la relación afectiva con el alimento en la etapa oral mencionando que:

Lo que el psicoanálisis ha mostrado también es que, en esta primera fase, amor y alimento se funden en la protección materna, sin la cual el bebé estaría condenado a perecer. Esto nos hace comprender la extrema gravedad de las privaciones del niño en esta edad y la influencia a menudo nefasta que tienen sobre su evolución psíquica posterior (p.77).

En cuanto a la segunda etapa de la fase oral, Corman, citado por Zabarain (2011) menciona lo siguiente:

El niño accede, pues, a la actividad que le permitirá enfrentarse por sí solo con el mundo que le rodea... y que le hará pasar poco a poco de la dependencia inicial, en la que no podía nada sin su madre, a la independencia que le permite valerse más o menos por sí mismo. A esta conquista activa del mundo está ligada la agresividad, es decir el poder de coger, morder, destruir, puede también servir al niño para hacer frente a los elementos del mundo exterior que siente como hostiles (p.77).

De manera que, al aparecer la dentadura, el bebé puede lastimar a su madre y a los demás, por lo que ahora es necesaria la aplicación de límites y

demostrarle que está permitido y que no, lo cual se desarrolla con mayor énfasis en la siguiente etapa.

b) Etapa Anal

La etapa anal se encuentra ubicada entre los 2 y 3 años de edad, cuando el infante comienza con el control de esfínteres. Freud (1905/2011) explica que:

Los niños que sacan partido de la estimulabilidad erógena de la zona anal se delatan por el hecho de que retienen las heces hasta que la acumulación de estas provoca fuertes contracciones musculares y, al pasar por el ano, pueden ejercer un poderoso estímulo sobre la mucosa. De esa manera tienen que producirse sensaciones voluptuosas junto a las dolorosas (p. 169).

De tal forma que el niño encuentra placer en aquello relacionado con sus esfínteres. Esta etapa también se encuentra dividida en dos partes: durante la primera, llamada anal retentiva, el niño encuentra placer en retener las heces el mayor tiempo posible hasta poderlas expulsar. Freud (1905/2011) explica lo siguiente sobre la etapa anal-retentiva:

Uno de los mejores signos anticipatorios de rareza o nerviosidad posteriores es que un lactante se rehúse obstinadamente a vaciar el intestino cuando lo ponen en la bacinilla, vale decir, cuando la persona encargada de su crianza lo desea, reservándose esta función para cuando lo desea el mismo. Lo que le interesa, desde luego, no es ensuciar su cuna; sólo procura que no se le escape la ganancia colateral de placer que puede conseguir con la defecación (p. 169).

Mientras que, en la parte siguiente llamada anal expulsiva o sádico-anal, su placer se encuentra en expulsar las heces, que simbolizan un regalo propio hacia la madre. Freud (1905/2011) afirma que el niño trata a sus excrementos “cómo a una parte de su propio cuerpo; ya que representa el primer “regalo” por medio del cual el pequeño ser puede expresar su obediencia hacia el medio circundante exteriorizándolo, y su desafío, rehusándolo” (p. 169).

Freud (1905/2011) explica de la siguiente manera como es que las pulsiones funcionan durante la etapa anal:

La actividad es producida por la pulsión de apoderamiento a través de la musculatura del cuerpo, y como órgano de meta sexual pasiva se constituye ante todo la mucosa erógena del intestino; empero, los objetos de estas dos aspiraciones no coinciden. Junto a ello, se practican otras pulsiones parciales de manera autoerótica (p. 180).

En esta etapa de desarrollo psicosexual el niño aprende también límites y normas impuestas por los padres, por lo que constantemente se debate entre lo que es bueno o malo, limpio o sucio, privado o público, etc. Durante la etapa anal también se conforman 3 diques importantes para el desarrollo social del niño: asco, pudor y vergüenza, con el fin de que el niño pueda mantener un comportamiento socialmente aceptado y obedecer a las normas sociales.

Al finalizar esta etapa, existe en los niños la curiosidad por el cuerpo propio y el ajeno, por lo que muestran interés en observar a los demás desnudos o por conocer las diferencias anatómicas. Esto mismo evolucionará para lograr el inicio del Complejo de Edipo que se dará en la etapa fálica.

c) Etapa Fálica

Ésta etapa comienza a partir de los 3 años, cuando el niño comienza a notar la diferencia entre los sexos masculino y femenino, lo que genera que los órganos genitales se vuelvan una fuente destacada de placer en éste periodo. Por lo que, el tocamiento constante de los órganos genitales es común en los pequeños. Freud (1905/2011) explica que dicha acción “elimina el estímulo y desencadena la satisfacción mediante un contacto de frotación con la mano o en una presión, sin duda prefigurada cómo un reflejo, ejercida por la mano o apretando los muslos.”(p. 171).

Freud (1905/2011) continúa diciendo:

Por su situación anatómica, por el sobreflujo de secreciones, por los lavados y frotaciones del cuidado corporal y por ciertas excitaciones accidentales (como las migraciones de lombrices intestinales en las

niñas), es inevitable que la sensación placentera que éstas partes del cuerpo son capaces de proporcionar se haga notar al niño ya en su período de lactancia, despertándole una necesidad de repetirla (p. 170)

Durante ésta fase los niños suelen imaginar algo denominado “la escena primaria”, refiriéndose a la relación sexual entre los padres. Ésta es vista como un acto agresivo y el niño llega a sentir celos por percibir que se le ha dejado de lado en ésta relación. A partir de ahí va manifestándose el Complejo de Edipo, el cual constituye un conjunto de deseos amorosos que surgen hacia el padre del sexo contrario y deseos hostiles y celos hacia el padre del mismo sexo.

El amor hacia la madre, explica Freud (1923/2011), se desarrolla desde una época muy temprana, teniendo su punto de inicio en el pecho materno, es decir, desde la etapa oral. Sin embargo, la idealización y el amor por el padre se darán hasta que exista una identificación apropiada con él, pero esto vendrá tiempo después.

Freud (1920/2011) explica que “el pequeño nota que el padre le significa un estorbo junto a la madre; su identificación con él cobra entonces una tonalidad hostil, y pasa a ser idéntica al deseo de sustituir al padre también junto a la madre.” (p. 99).

Por lo tanto, la relación con el padre será de tipo ambivalente, odiándolo por ser la pareja de la madre, pero amándolo y admirándolo al mismo tiempo. Es por esto que, para que el complejo de Edipo logre su finalización, el niño debe identificarse con el progenitor del mismo sexo y buscar ser como él. Freud (1920/2011) habla de que “el varoncito manifiesta un particular interés hacia su padre; querría crecer y ser como él, hacer sus veces en todos los terrenos. Digamos, simplemente: toma al padre cómo su ideal.” (p. 99).

Una vez se consolida el complejo de Edipo, la investidura de objeto de la madre cambiará, ya sea para convertirse en una identificación aún más fuerte con ella o reforzándose la identificación con el padre. Para Freud (1923/2011)

éste desenlace es el que es considerado normal, ya que “permite retener en cierta medida el vínculo tierno con la madre.” (p.34).

En el caso de las niñas, Freud (1923/2011) menciona que “la actitud edípica... puede desembocar en un refuerzo de su identificación-madre (o en el establecimiento de esa identificación), que afirme su carácter femenino.” (p.34).

Freud (1913/2011) habla sobre el papel del padre en este periodo, diciendo que “tanto en el complejo de Edipo como en el de castración, el padre desempeña igual papel, el del temido oponente de los intereses sexuales infantiles. La castración, o su sustitución por el encegucimiento, es el castigo que desde él amenaza. (p.132).

Es en esta etapa donde la instancia psíquica llamada superyó comienza a emerger, dado que surge por la declinación del complejo de Edipo. Esto ocurre ya que el niño renuncia a sus deseos edípicos por su progenitor por la prohibición instaurada por el padre del mismo sexo. De tal forma que ahora el niño se ha de identificar con sus padres e interiorizara la prohibición. La formación del superyó es enriquecida por, dice Freud (1933/2011), las aportaciones ulteriores de las exigencias sociales y culturales, como la educación, religión, y la moralidad.

Antes de que se instaure el superyó, su papel es desempeñado por un poder externo, es decir, por los padres. Los padres suelen premiar al niño con amor y castigarlo con las amenazas de la pérdida del mismo cuando hace algo incorrecto. Este proceso se convertirá luego en la llamada conciencia moral. Según explica Freud (1923/2011), “el superyó puede ser hipermoral” (p.55). Puede ser una instancia crítica, prohibitoria y sumamente estricta, y generar con esto altos niveles de culpabilidad en el sujeto. Hall (1978) menciona que:

“El Superyó está compuesto por dos subsistemas, el ideal del yo y la conciencia moral. El primero corresponde a los conceptos del niño acerca de lo que sus padres consideran moralmente bueno. La conciencia moral, en cambio, tiene que ver con los conceptos que el niño tiene de lo que sus padres consideran moralmente malo, y esos conceptos se establecen mediante experiencias de castigo.” (p.36).

De manera que el ideal del yo de cada persona estará compuesto por aquello que sus padres calificaban cómo positivo mediante premios y alabanzas a su comportamiento cuándo era pequeño. De forma distinta, la conciencia moral es conformada por aquellas experiencias que fueron interiorizadas como negativas debido a que tuvieron cómo consecuencia algún castigo que fue significativo para la persona.

Todos los logros obtenidos en esta etapa tienen como objetivo el preparar al niño para la etapa siguiente donde los impulsos sexuales serán adormecidos para darle mayor importancia al crecimiento social e intelectual. Por lo tanto, el pequeño ahora encontrará placer en las actividades físicas no sexuales, así como en el aprendizaje escolar.

d) Etapa de Latencia

El periodo de latencia se ubica cronológicamente entre el Complejo de Edipo (etapa fálica) y la pubertad. Suele permanecer desde los 7 hasta los 12 años de edad aproximadamente. Éste periodo está caracterizado por la disminución del interés por las actividades sexuales y el ocultamiento de aquellas que permanecen. Se dice que la sexualidad se encuentra “adormecida” durante este momento y la libido se transmite a actividades de tipo social, de competencia y de enriquecimiento intelectual.

Para Blos (1980), “el periodo de latencia proporciona al niño los instrumentos que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad” (p. 83). De tal forma que el niño estará listo para la prueba de distribuir el influjo de energía en todos los niveles del funcionamiento de la personalidad, los cuales se elaboraron durante el periodo de latencia. Freud (1905/2011) explica que “durante este período de latencia, total o simplemente parcial, se constituyen los poderes anímicos que luego se oponen al instinto sexual y lo canalizan, marcándole su curso a manera de dique.” (p. 959).

El niño y la niña invierten su energía, ahora disponible, para descubrir aspectos del mundo en el que viven y para integrarse en nuevos grupos sociales fuera del ámbito familiar. La catexia antes perteneciente a las figuras parentales ahora se mueve hacia los amigos, otras familias y las figuras de autoridad

(como maestros por ejemplo). Ligado a lo anterior, aparecen nuevos sentimientos morales como la honestidad, la camaradería, la justicia, y una organización de la voluntad. El equilibrio afectivo tiene como meta volverse más estable, por lo que en este periodo es común la labilidad emocional hasta que el equilibrio logre establecerse. Como ya se mencionó, el Superyó se incorpora con la internalización de las figuras parentales, sus prohibiciones e ideales. La acción inmediata como respuesta a los impulsos se coarta, aumenta el fantaseo y el pensamiento reflexivo, por lo que se pasa del proceso primario al proceso secundario.

Freud (1905/2011) explica sobre el periodo de latencia lo siguiente:

Durante este período de latencia total o meramente parcial se edifican los poderes anímicos que más tarde se presentarán como inhibiciones en el camino de la pulsión sexual y angostarán su curso a la manera de unos diques (el asco, el sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales en lo estético y en lo moral). En el niño civilizado se tiene la impresión de que el establecimiento de esos diques es obra de la educación, y sin duda alguna ella contribuye en mucho. Pero en realidad este desarrollo es de condicionamiento orgánico, fijado hereditariamente, y llegado el caso puede producirse sin ninguna ayuda de la educación (p. 161).

Wiener (citado por Zabarain, Quintero y Russo, 2015), menciona que la latencia, es un tiempo que da paso a la sublimación, con dos mecanismos básicos la represión y la supresión. De la misma manera en que la fase anal se divide en dos sub etapas, la etapa de latencia se divide en la etapa de latencia temprana y latencia tardía.

Durante la latencia temprana el trabajo que inicia el yo, se encuentra relacionado con el control de lo pulsional. La segunda etapa de latencia o latencia tardía a partir de los 8 años, proporciona al yo del niño una mayor fluidez, autonomía, continuidad y equilibrio de la conducta, y el funcionamiento del proceso secundario de pensamiento asociado al principio de realidad en la determinación del comportamiento, tal como lo expresa Bornstein (como se citó en Zabarain et al, 2015)

En el desarrollo psicoafectivo en la etapa de latencia, según Blos (1980) se debe alcanzar una adecuada autonomía yoica, logrando un adecuado equilibrio entre el yo, el superyó, el ideal del yo, y las pulsiones típicas de este periodo. De igual forma, niños y niñas deben expandir su personalidad, habiendo internalizado las figuras objétales, lo que le permite alcanzar independencia y autonomía; a pesar de esto “el niño necesita sentido de pertenencia, aceptación y seguridad dentro del marco social de la familia” (p. 88).

Blos y Brainsky (como se citó en Zabarain, et al. 2015), realizaron un listado de los logros que deberían darse en el desarrollo psicoafectivo durante la etapa de latencia:

- Un cambio de relaciones de objetos por identificaciones.
- Aumento de la orientación hacia el yo interno y automatización de algunas funciones del Yo, entre las cuales se puede contar con el poder de síntesis.
- Aumento de resistencia frente a las regresiones.
- Formación de un yo crítico que colabora con el superyó, para que la autoestima sea más independiente del ambiente que en etapas anteriores.
- Aumento de la capacidad para la verbalización, con disminución de la expresión a través del cuerpo.
- Mayor uso del proceso secundario de pensamiento y adaptación a la realidad.
- Comprensión social, empatía y sentimientos altruistas.
- El manejo del lenguaje se centra en la metáfora, que le permite un mayor control de impulsos.
- Introyección de las normas y reglas que se adicionan al superyó.

De forma que, la etapa de latencia funciona como una transición en la que los niños adquieren la madurez y autonomía suficiente para adaptarse a las circunstancias que enfrentarán en la siguiente etapa, donde se inicia la adolescencia.

e) Etapa Genital

Esta etapa surge a partir del comienzo de la pubertad y consiste en la unificación y desarrollo de los instintos sexuales, ya que se espera que en este momento la sexualidad alcance su madurez y se vuelva heterosexual.

Freud (1905/2011) explica que antes del inicio de la etapa genital, “se actuaba partiendo de pulsiones y zonas erógenas singulares que, independientemente unas de otras, buscaban un cierto, placer en calidad de única meta sexual.” (p. 189). Sin embargo ahora “la pulsión sexual se pone al servicio de la función de reproducción; se vuelve, por así decir, altruista. Para que esta trasmutación se logre con éxito, es preciso contar con las disposiciones originarias y todas las peculiaridades de las pulsiones.” (p. 189).

Por lo tanto, antes las metas sexuales estaban ligadas a las zonas erógenas correspondientes, pero ahora la meta consiste en la descarga de los productos genésicos (en el caso del varón) y en la obtención máxima de placer mediante los órganos sexuales. Esta nueva distribución de la libido favorece la búsqueda del objeto heterosexual y sirve para mantener relaciones estables.

En esta fase de igual forma se espera la consolidación de la identidad sexual, mediante la cual se debe diferenciar y ubicar el rol masculino o femenino de cada individuo, además de sentir atracción hacia un miembro del sexo contrario.

Blos (2011) habla acerca de que “la falta de catexis de los objetos de amor familiares y como consecuencia una búsqueda de objetos nuevos” (p. 117).

Villalobos (1999) explica que “aquí las relaciones amorosas son, por lo general, de corta duración y es el inicio de la exploración sexual.” (párr. 47). Por lo tanto, con el tiempo, el adolescente tendrá una relación más firme con una persona específica, resultando en relaciones más duraderas, donde aparece una mayor preocupación por los sentimientos y deseos del otro, así como por una relación sexual genital, con el futuro objetivo de la reproducción.

Para Villalobos (1999) “en la adolescencia temprana los contactos son predominantemente con jóvenes del mismo sexo como una forma de reafirmar

su identidad.” (párr. 45). El formar estos grupos permite que los adolescentes compartan vivencias, ensayen la sociabilidad y comenten acerca de su relación con el sexo opuesto, además de calmar sus temores y ansiedades respecto a lo anterior.

Blos (2011) explica que “la característica instintiva de la adolescencia temprana radica en la falta de catexia en los objetos de amor incestuoso, y como consecuencia, encontramos una libido que flota libremente y que clama por acomodarse” (p. 115). Además de esto, el superyó disminuye en eficiencia; por lo que se deja al yo sin la dirección de la conciencia. Lo que resulta en que los esfuerzos para mediar entre los impulsos y el mundo externo sean torpes e ineficaces.

La teoría presentada demuestra distintos enfoques que permiten entender diversos aspectos del desarrollo humano, cómo el aspecto físico, psíquico, sexual y social. Gracias a esto es posible lograr una visión global del desarrollo del ser humano. Sin embargo, existe otras posturas sobre el desarrollo que mencionan los aspectos emocionales y sociales correspondientes a cada edad o etapa del crecimiento, y la cual será abordada a continuación.

1.3. Etapas de desarrollo según Erikson

La perspectiva de Erikson (1983) fue organizar una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona, extendiéndolo en el tiempo, de la infancia a la vejez y tomando en cuenta los contenidos psicosexuales y psicosociales, organizados en ocho estadios. Cada estadio integra el nivel somático, psíquico y ético-social. A continuación, se enlistan los nombres de cada etapa o estadio de desarrollo, profundizando en la etapa específica donde la paciente presentada en este trabajo se encuentra en su desarrollo trabajo (estadio industria vs. Inferioridad):

- Confianza versus desconfianza (0 a 12-18 meses)
- Autonomía versus vergüenza y duda (2 a 3 años)
- Iniciativa versus culpa y miedo (3 a 5 años)
- Industria versus inferioridad (5-6 a 11-13 años)
- Identidad versus confusión de roles (12 a 20 años)

- Intimidad versus aislamiento (20 a 30 años)
- Generatividad versus estancamiento (de 30 a 50 años)
- Integridad versus desespero (después de los 50 años)

Estadio Industria versus Inferioridad

Erikson (1983) describe que durante esta etapa “el niño debe olvidar las esperanzas y deseos pasados, al tiempo que su exuberante imaginación se ve domesticada y sometida a las leyes de las cosas impersonales.” (p. 233).

Por lo tanto, al comenzar con el periodo de latencia, el niño debe sublimar la necesidad de seducir a sus padres y de reproducirse de forma apresurada (desplazar al padre y tener hijos con su madre), con el fin de ser reconocido ahora por los logros que tendrá.

Erikson (1983) dice lo siguiente:

Ha experimentado un sentimiento de finalidad con respecto al hecho de que no hay un futuro practicable dentro del vientre de su familia, y así está dispuesto a aplicarse a nuevas habilidades y tareas, que van mucho más allá de la mera expresión juguetona de sus modos orgánicos o el placer que le produce el funcionamiento de sus miembros. Desarrolla un sentido de la industria, esto es, se adapta a las leyes inorgánicas del mundo de las herramientas. Puede convertirse en una unidad ansiosa y absorta en una situación productiva (p. 233).

Por lo tanto, ahora para el niño será más importante completar una situación productiva (escolar, deportiva o artística) que los anteriores caprichos o deseos de juego. Es por eso que, justo en esta etapa es cuando comienza la educación escolar y el aprendizaje sistemático, debido a que los niños ya son capaces de mantener una atención sostenida y una diligencia perseverante con el fin de completar un trabajo. Así que, el yo se encuentra enfocado a la adquisición de herramientas útiles. Es función de los padres y de los profesores ayudar a que los niños desarrollen sus competencias con perfección, fidelidad, autonomía, libertad y creatividad.

Para Bordington (2005) los niños son capaces ahora de:

Acoger instrucciones sistemáticas de los adultos en la familia, en la escuela y en la sociedad; tiene condiciones para observar los ritos, normas, leyes, sistematizaciones y organizaciones para realizar y dividir tareas, responsabilidades y compromisos. Es el inicio de la *edad escolar* y del aprendizaje sistemático (p.56).

Erikson (1983) explica que al igual que existen virtudes a desarrollar en este estadio, también existen peligros en el desarrollo de los niños:

El peligro del niño en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Si desespera de sus herramientas y habilidad es o de su status entre sus compañeros, puede renunciar a la identificación con ellos y con un sector del mundo de las herramientas (p. 233).

Por lo tanto, es posible que el niño no se sienta o no sea capaz de realizar las actividades que se esperan de él por algún motivo, lo cual puede desencadenarse en una regresión a la etapa edípica donde solo se enfrentaba a la rivalidad familiar y no era necesario el uso de herramientas aprendidas en el mundo exterior.

Erikson refiere que “el niño desespera de sus dotes en el mundo de las herramientas y en la anatomía, y se considera condenado a la mediocridad o a la inadecuación.” (p.234).

Otro peligro importante que considerar en esta etapa, dice Erikson (1983) es lo siguiente:

Cuando el escolar comienza a sentir que el color de su piel, el origen de sus padres o el tipo de ropa que lleva, y no su deseo y de su voluntad de aprender, determinan su valor como aprendiz, y por lo tanto, su sentimiento de identidad que ahora debemos considerar. Pero hay otro peligro, más fundamental, a saber, la auto restricción del hombre y la limitación de sus horizontes a fin de que incluyan solo su trabajo (p. 234)

En caso de que el niño acepte el trabajo como su única obligación y su único criterio de valor, podría ser que se vuelva conformista y solamente decida dedicarse al trabajo, dejando de lado los otros rubros importantes de su desarrollo. Es en este momento cuando la sociedad se vuelve más representativa en cuanto a sus maneras de admitir al niño en una comprensión de roles significativos. El desarrollo del niño se ve desbaratado cuando la vida familiar no ha logrado prepararlo para la vida escolar, o cuando ésta no alcanza a cumplir las promesas de las etapas previas.

Si bien en un desarrollo sano interfieren numerosos factores, uno de los más importantes y que mayor impacto genera en el desarrollo biopsicosocial de un niño o niña es su madre. La madre es el primer vínculo afectivo que se tiene, ya que es ella quien proporciona al niño los cuidados básicos para que pueda crecer sano y fuerte, además de que es ella quien vincula al niño con el mundo que es nuevo para él. Por lo tanto, la importancia de la madre en el desarrollo infantil es un tema a abordar a continuación con el fin de profundizar en el impacto que este concepto tiene en el desarrollo psíquico de los niños.

1.4. Papel de la madre en el desarrollo de los niños

Diversos autores dentro del psicoanálisis afirman la importancia que tiene la madre, no solo en los cuidados físicos y la salud del niño, sino también en la formación sana del aparato psíquico. Siendo ella con quien el bebé tiene el primer contacto, es con quien permanecerá unido hasta que sea capaz de valerse por sí mismo.

Rojas (1999) explica que “la familia con niños es uno de los territorios privilegiados de construcción del psiquismo, a partir de dos operaciones fundamentales (sostén y corte) que hacen a su funcionalidad, propiciatoria de la instalación de represiones en el psiquismo en constitución” (p. 130) La función de sostén, de la que habla Rojas (1999) es ejecutada por la madre del niño en cuestión.

Winnicott (1999) define que para la mujer, su hijo significa diversas cosas para la fantasía inconsciente de la madre, “pero tal vez el rasgo predominante sea la disposición y la capacidad de la madre para despojarse de todos sus intereses

personales y concentrarlos en el bebé; aspecto de la actitud materna que he denominado preocupación materna primaria” (p. 1067). Por lo tanto, el hijo genera en su madre una preocupación tan importante con el fin de que le brinde a su hijo un soporte adecuado para que las condiciones biológicas y emocionales del pequeño logren su desarrollo óptimo.

Cuándo un bebé llega al mundo, aún no existe la diferenciación yo- no yo, además de que aún no existe un Yo bien formado. Por lo tanto, uno de los innumerables apoyos que da la madre a su hijo desde su nacimiento es el de usar toda su capacidad psíquica posible para apoyar al Yo débil y desorganizado del niño, sintonizándose con él y comprendiendo cuales son las necesidades exactas que debe de satisfacer.

Winnicott (1999) dice lo siguiente sobre la relación madre-bebé:

Quando la pareja madre-bebé funciona bien, el yo del niño es muy fuerte, porque está apuntalado en todos los aspectos. El yo reforzado y, por lo tanto, fuerte del niño puede, desde muy temprano, organizar defensas y desarrollar patrones que son personales y que ostentan visiblemente las huellas de las tendencias hereditarias (p. 1068).

En la medida en que los cuidados maternos sean provistos de forma adecuada mediante el amor, el niño logrará integrar tanto los estímulos internos y externos cómo la representación de sí mismo y de los demás para adquirir un yo sano. Las observaciones de Spitz y Cobliner (cómo se citó en Ramírez, 2010), determinaron que el aspecto más importante de la relación madre-niño es el clima afectivo.

Spitz (cómo se citó en Ramírez, 2010) creía que:

El diálogo continuo de acción y respuesta, motivado por lo afectivo y mutuamente estimulante, proporciona el contexto en el que aparecen las relaciones de objeto y las estructuras intrapsíquicas. Según su descripción, este diálogo se inicia en la situación de amamantamiento, pero pronto se extiende más allá del mismo (p.224).

Es por este motivo que la relación afectiva entre una madre y su hijo es la base para la estructuración sana de la psique del pequeño. Para Winnicott (1999), existen tres funciones básicas que la madre suficientemente buena debe ser capaz de realizar para buscar el bienestar de su hijo:

“Sostenimiento (Holding), se refiere al hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico del cuidado, cosa que sólo podemos precisar a través de las reacciones que suscita cualquier deficiencia en este sentido.” (p.1070) Si llega a haber una falla en este proceso, puede provocar en el niño angustia de desintegración o de que no tiene un apoyo seguro para mantenerse en el mundo. La manipulación (Handing) contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática que le permite percibir lo "real" como contrario a lo "irreal. (p.1070) Un error de manipulación podría afectar el desarrollo y coordinación motora del niño, además de que puede ser una experiencia subjetiva de amenaza que obstaculiza el desarrollo normal. La mostración de objetos u object present, se refiere a hacer real el impulso creativo del niño, así como promover en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos. Las fallas en este sentido bloquean el desarrollo de la capacidad del niño para sentirse real al relacionarse con el mundo de los objetos y los fenómenos que en este habitan” (p. 1070).

Botero (2012) explica lo siguiente:

Así cómo el bebé necesita de la presencia de la madre, su acunamiento, su atención, todo dispuesto en su interés, la madre precisa también del bebé, sus sonidos, su olor, su mirada; para ella, a su vez, reorganizarse física y emocionalmente. Todo el escenario neurobiológico dispuesto para la maternidad debe también evolucionar hacia la posibilidad de soltar a su cría en el mundo, para su deleite, su provecho y su exploración (p. 135).

La personalidad materna, especialmente, incide en la atmósfera que cobija este desarrollo; la madre tiene una realidad interna con su propia construcción de maternidad, en la cual la historia de su infancia imprime un sello importante en la propuesta que haga a su bebé y el desempeño de su maternidad.

Según Lecannelier (como se citó en Garrido—Rojas, 2006) la relación entre la madre y su bebé tiene también importantes repercusiones físicas, dado que ella regula de forma inconsciente la actividad fisiológica y emocional de su hijo.

Afirma lo siguiente:

Estos encuentros reguladores empiezan a desarrollar en el infante un conjunto de habilidades y mecanismos para enfrentar /regular el estrés, las emociones, las situaciones novedosas (impredicibles), el aprendizaje y los estados mentales, en épocas posteriores. [...] se puede postular entonces que la madre modela y modula con sus acciones de cuidado el cerebro del bebé (p.29).

Por lo tanto, es de reconocer que la relación con la madre es decisiva para la formación del aparato psíquico del ser humano, ya sea de manera sana o de manera patológica. Sin una madre con la cual relacionarse, el individuo no será capaz de conocerse a sí mismo ni de vincularse con el mundo que lo rodea.

2. Desarrollo Sexual

A lo largo de la vida del ser humano, la sexualidad ha sido una parte sumamente importante para el desarrollo, desde el nacimiento hasta la muerte. Así como el mismo individuo, la sexualidad va evolucionando de distintas formas. DeLamater y Friedrich (2002) explican que cada estadio de la vida trae consigo diversas presiones por el cambio y que tienen como objetivo alcanzar las metas esperadas del desarrollo sexual. Las distintas fases del desarrollo sexual son parte del desarrollo humano que involucran los componentes biológicos y comportamentales.

Cabrera (2014) realiza un enlistado de las distintas etapas de desarrollo sexual a lo largo de la vida humana, así como aquellos comportamientos que se esperan según la edad. La primera etapa es el desarrollo prenatal, dentro de la cual se desarrollan los órganos sexuales al cuarto mes de embarazo, además de que se ha demostrado que el bebé puede manifestar conductas de auto

estimulación dentro del útero, e inclusive mostrar algunas respuestas reflejas de erección o lubricación.

La segunda etapa abarca desde los 0 a los 3 años de edad. Dentro de ella se espera que los niños pequeños gusten de quitarse la ropa o andar desnudos si un adulto no les inculca la privacidad; también pueden tocar sus propios genitales como una forma de exploración o para tranquilizarse a sí mismos. Surge también la curiosidad sobre el propio cuerpo y el de quienes los rodean y se tiene una mayor claridad acerca de lo que es ser hombre o mujer.

De los 3 a los 5 años en la tercera etapa surgen los juegos sexuales consensuados con otros niños y niñas conocidos. Dichos juegos tienen como objetivo la exploración del cuerpo y las sensaciones, por lo que implican el tocar y el hacerse preguntas uno al otro. Sin embargo, se espera que en esta etapa ya exista una mayor claridad sobre la privacidad y el respeto por el otro (si quiere o no ser tocado).

En la tercera etapa, que toma lugar desde los 5 a los 8 años, puede aparecer un vocabulario vulgar, burlas o bromas que involucran las partes privadas del cuerpo, por lo que la educación por parte de los padres y de la escuela es muy importante. Ahora la sociabilidad toma un papel más importante, por lo que se tiene una mayor conciencia de lo que implica ser hombre o mujer socialmente, por lo que se tiende al juego entre pares del mismo sexo. Sin embargo, aún pueden existir los juegos sexuales con compañeros del sexo contrario enfocados hacia la emulación de las relaciones sexuales entre adultos (casarse, tener hijos, jugar a la casita). Aquí también pueden surgir conductas de masturbación como un modo de sentir placer, que pueden ocurrir durante el baño o la hora de dormir (especialmente en los varones).

Entre los 9 y los 12 años comienza la etapa llamada pre adolescencia. Por lo tanto se espera que aumente la necesidad de privacidad e independencia de los padres, además de que hay más conciencia y pudor sobre el propio cuerpo. Aparece el interés por las relaciones románticas con el sexo opuesto, por lo que surgen muchas preguntas que procuran ser respondidas por figuras cercanas o en charlas con pares. Las actividades sexuales (caricias, besos, relaciones sexuales, etc.) son vistas ahora como un acto entre la pareja y no

como un juego como en etapas anteriores. La masturbación puede volverse aún más frecuente y ahora es acompañada de fantasías eróticas, por lo que también aparecen los sueños húmedos.

La última etapa descrita por Cabrera (2014) es la llamada adolescencia, que comprende entre los 12 y 18 años de edad. En ella surgen dudas sobre la sexualidad enfocadas hacia el funcionamiento y la respuesta sexual (orgasmos, excitación, deseo sexual, etc.), así como a la orientación sexual. La masturbación a esta edad se realiza más frecuentemente y con más privacidad; pueden utilizarse materiales eróticos (revistas, videos, etc.). El pensamiento se vuelve más crítico hacia las normas y se puede tomar una postura más respetuosa hacia las preferencias sexuales ajenas, además de que surge el deseo consciente de iniciar una vida sexual activa con personas de edad similar y que resultan atractivas no solo física, sino también emocionalmente.

Cabrera (2014) también habla acerca de aquellas conductas sexuales y comportamientos que no son esperados en ciertas etapas y los cuales pueden dificultar el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, además de que los pueden colocar en situaciones de riesgo.

Él menciona que pueden aparecer en dos polos: el polo transgresor y el polo restrictivo. El polo transgresor se refiere a aquellos “comportamientos que violan las reglas, normas o límites sociales e interpersonales.” (p.11) Algunos ejemplos de comportamientos transgresores son: Espiar a otros niños/as en el baño, tocar furtivamente partes privadas de otros, o mostrar alto interés por pornografía violenta. El polo restrictivo abarca las “conductas que restringen o limitan el desarrollo, la exploración y el aprendizaje de los niños, niñas y adolescentes.” (p.11) Ejemplos de conductas del polo restrictivo son: Rechazar con aversión hablar de sexualidad con figuras cercanas, evidenciar una alta vergüenza para conversar del tema, o mantener ideas rígidas homofóbicas o machistas sobre la sexualidad.

Es imprescindible saber todas las implicaciones que puede tener el abuso sexual, cualesquiera que sean las circunstancias en las que se lleve a cabo. El haber sido víctima de tal acto, aunque esto haya ocurrido en una edad en la

que no se recuerda de forma consciente, deja huellas psicológicas que la marcaran durante toda su vida

2.1. Conductas Masturbatorias

Las conductas masturbatorias son un tipo de conductas que suelen ser vistas como negativas, y más aún cuando estas son llevadas a cabo por niños, es esencial conocer su etiología y la función que estas tienen en la vida psíquica de quien las practica.

Mc Cary (cómo se citó en Bardi, Leyton y Martínez, 2003), define la masturbación como “todo acto autoestimulador que tiende a producir o incrementar la satisfacción sexual”. (p.2)

La masturbación es una conducta que durante muchos años ha sido vista como problemática o insana, y más aún si se la vincula a la niñez. Esto es porque, según Manrique (2010), “la niñez fue vista durante mucho tiempo como una etapa inocente, en dónde no había lugar para impulsos sexuales y menos para prácticas de este tipo.” (p. 6)

Freud (1905/2011) distingue 3 fases de la masturbación infantil: “la primera corresponde al período de lactancia, la segunda al breve florecimiento de la práctica sexual hacia el cuarto año de vida, y sólo la tercera responde al onanismo de la pubertad, el único que suele tenerse en cuenta.” (p.171).

La primera fase se refiere al hecho de que el bebé lactante obtiene placer al succionar el pecho de su madre para alimentarse, pero también puede estar acompañado de pequeños movimientos de su cadera y sus piernas, emulando una especie de orgasmo. El segundo momento se refiere a la antes descrita etapa fálica de desarrollo psicosexual, donde el niño y la niña encuentran el placer en sus órganos genitales, por lo que es común que en esta edad se note cierto tocamiento por parte de los pequeños. Y finalmente, la tercera fase, es aquella más común durante la pubertad, cuando los impulsos sexuales aumentan y se orientan hacia la reproducción y las relaciones sexuales con el género opuesto.

Bardi et al. (2003) explican sobre la masturbación infantil que desde alrededor de los ocho meses, ésta es descrita como una conducta normal, con características placenteras y exploratorias. “Cerca de los tres años los niños descubren las diferencias sexuales, exploran su cuerpo, el de sus padres, hermanos, así como también preguntan sobre el nacimiento de los bebés. Esta curiosidad es sana y está ligada a su despertar intelectual.” (p. 4) Añaden lo siguiente: “la conducta si está dada en un contexto de autoconocimiento y gratificación, debiera ir desapareciendo paulatinamente mientras el niño va desarrollando otras actividades que le son placenteras.” (p.4)

Aberastury y Knobel (1966) definen que las experiencias de exploración corporal tienen como finalidad encontrar órganos capaces de reproducir la relación perdida al momento del destete, ya que existe una separación entre el niño y la madre. Por lo que estos comportamientos “llevan al bebé al juicio de realidad de que su cuerpo dispone de uno sólo de los términos de la relación perdida: la niña encuentra la vagina y el varón el pene.” (p. 5).

Según Aberastury y Knobel (1966) durante la segunda infancia y la etapa de latencia la masturbación puede presentarse de forma común. Ésto lo explican de la siguiente manera:

Las defensas obsesivas, maníacas y paranoides, normales en el proceso de desenvolvimiento, se muestran muy claramente durante este período masturbatorio [...] ya que es aquí cuándo aparecen frecuentemente los juegos de tipo obsesivo compulsivo, detallados y solitarios, que representan la elaboración de estos conflictos a través del mecanismo habitual de elaboración que tiene el niño, que es la actuación motora a través del juego. (p.5).

Dado que durante las etapas mencionadas, la meta sexual aún no es la de la reproducción y unión con el sexo opuesto, se puede decir que el placer obtenido mediante la masturbación durante la infancia será puramente “sensual”, es decir, enfocado hacia el placer y la excitación física obtenida mediante el tocamiento de los genitales.

Sería lógico decir que la mayoría de los niños o niñas que se masturban suelen hacerlo a partir de la curiosidad o el autodescubrimiento físico, sin embargo, en algunos casos puede ser por la incitación de los pares o por haberla presenciado en alguna ocasión, incluyendo los casos de abuso sexual a menores.

2.2. Conductas hipersexualizadas en niños

Estas conductas, al igual que la masturbación, pueden ser percibidas como algo no natural, pero es común que no se les de la importancia que tienen en realidad. Las conductas sexuales orientadas al coito con el sexo contrario o a la reproducción deberían ser exclusivas de los adultos, por lo que cuando un niño las manifiesta suele ser una señal de patología en el desarrollo.

Romero (2014) explica que uno de los motivos principales para que se presenten las llamadas conductas hipersexualizadas es el antecedente de ser víctima de abuso sexual infantil, que se considera una experiencia traumática para el menor de edad. Otro factor importante es el haber estado expuesto repetitivamente a actividad sexual o desnudez entre adultos (incluyendo contenido sexual en la televisión o en internet), así como la falta de reglas adecuadas para manejar la desnudez y la privacidad de la casa (esto incluye bañar a los hijos desnudo(a), ya que se recomienda que después de los 3 años el niño(a) no se bañe con adultos).

Romero (2014) enlista las siguientes conductas como hipersexuales:

- Tener conocimiento acerca de actos sexuales específicos o lenguaje sexual explícito que un niño a su edad no tendría (es decir, su lenguaje no corresponde con su edad).
- Participar en contacto sexual semejante a los adultos y actos sexuales con otros niños.
- Puede jugar con muñecos y simular actos sexuales, gemidos.
- Conocer actos sexuales específicos (sexo oral, sexo anal, posiciones sexuales).
- Interacciones sexuales similares a la de los adultos (ej. Que la niña se muestre seductora con adultos).

- Puede jugar con muñecos y simular actos sexuales, gemidos.
- Frecuentes conductas sexuales similares a la de los adultos.
- Comportamientos sexuales en lugares públicos (realizar movimientos sugiriendo acto sexual, gemir).

Tales conductas pueden ser más comunes de lo que se piensa y las reacciones de los adultos suelen ser variadas, desde el temor hasta la gracia al ver a un niño pequeño bailar seductoramente o a una niña jugando con sus muñecas de una forma sexualizada. De cualquier manera, es necesario tomar en cuenta que si el pequeño está manifestando estas conductas, es probable que los adultos que lo rodean sean los responsables ante esto.

2.3. Perversión

La perversión es conocida como una de las estructuras de personalidad que más interés causan, y que a la vez causa mayor aversión. Ha sido estudiada desde los tiempos de Freud y se le han adjudicado diversas explicaciones y etiologías; es de importancia abordarla debido a que la paciente que se estudiará mostraba ciertos rasgos que pueden ser calificados como de tipo perverso.

Bernal (2011) afirma que desde la perspectiva freudiana, la perversión se refiere a aquella alteración del supuesto objeto normal de la sexualidad, que tendría que ser el sexo opuesto; además, de la alteración de la supuesta meta normal de la sexualidad, que sería el coito y la reproducción.

Laplanche y Pontalis (1973) definen la perversión cómo:

Desviación respecto del acto sexual "normal", definido como el coito con una persona del sexo opuesto dirigido al logro del orgasmo por medio de la penetración genital. Se dice que hay perversión cuando el orgasmo se alcanza con otros objetos sexuales (homosexualidad, paidofilia, bestialidad, etcétera) o en otras regiones del cuerpo (coito anal, etc.); cuando el orgasmo está subordinado absolutamente a condiciones extrínsecas, que incluso pueden hasta por sí mismas para provocar

placer sexual (fetichismo, transvestismo, voyeurismo, exhibicionismo, sadomasoquismo). (p.306)

Esta definición se refiere a las manifestaciones clínicas o comportamentales que tiene la perversión, sin embargo es importante entender las características de su génesis. Freud citado por Chemama (1996) mostraba gran interés en la perversión y en su comparación con la neurosis. El observa tres tiempos dentro del desarrollo infantil que pueden gestar la perversión en el individuo.

El descubrimiento y luego el reconocimiento, en primer lugar realizado por el varón, y en un segundo momento por la niña, de dos categorías de seres: los que están provistos de pene y los que no lo tienen. La sorpresa al descubrir esto genera en el varón el temor a la castración que contribuye al padre.

El segundo tiempo es el del *rechazo*, en el cual el individuo niega (o como dicen algunos autores, reniega) la realidad mostrada en el punto anterior, esto con el fin de combatir la angustia y la amenaza de la castración.

Debido a lo anterior, el perverso mantiene una idea inconsciente de que la mujer sigue teniendo un pene de forma física, por lo que es incapaz de reconocer las diferencias entre un hombre y una mujer. Esto favorece una escisión subjetiva. Pardo (2006) explica que Freud ve el mecanismo de la renegación de forma similar a la negación, con la diferencia de que esta se centra en negar la castración (ausencia de pene en la mujer). El perverso no acepta la ausencia del falo en la mujer (su madre) y por lo tanto rechaza la realidad, tendiendo a buscar un “algo-otro” (p.180), a una parte del cuerpo o a una cosa, a la que le conferirá el papel del pene para evitar perderlo.

En cuanto al origen psíquico de la perversión Aulagnier (2000) subraya tres puntos que justifican la noción de la perversidad como una estructura: Renegación, Ley, y Desafío. La renegación es descrita por Laplanche y Pontalis (1967) cómo “modo de defensa consistente en que el sujeto rehúsa ausencia de pene en la mujer” (p. 363).

Según Auglanier (2000) antes de la renegación hubo una primera negación en la que el individuo busca preservar la figura materna cómo instancia suprema y la idea de que el objeto de deseo de la madre es él. Esta negación será en el

futuro refutada por la prueba de realidad donde el sujeto se da cuenta de que el objeto de deseo de la madre no es él y que por lo tanto está excluido de la interacción placentera que el padre le proporciona a la madre. El asumir la castración de la madre, y la propia, implica la capacidad de simbolizar la angustia que esto genera, y de lo cual el perverso carece, pues busca mantener esta ilusión a pesar de que la realidad le muestre lo contrario. La ley, según la define Auglanier (2000), es aquella que, en la estructura familiar, le indica al sujeto el lugar donde tiene que situarse y designa al falo en tanto que significante del deseo y emblema de la ley. Es decir, que la ley ayuda a que el niño se reconozca como hijo, testigo y consecuencia del deseo entre sus padres y se dé cuenta de que él no es la causa de ese deseo. Así mismo, también le permite asumirse como alguien que en el futuro será capaz de engendrar, dependiendo esto de la unión con un otro diferentemente sexuado.

De acuerdo a Aulagnier (2000), el concepto de desafío encuentra su origen en el registro fenomenológico o descriptivo. Entonces: “El desafío, rasgo característico, si los hay, de la estructura perversa, hallará en este llamado a la burla su ardor más esencial” (p. 104) Ésto enfatiza la importancia del silencio implícito de la madre cómplice. Aunque ella se refiera a la instancia paterna como instancia mediadora de su deseo para neutralizar la carga psíquica erótica que el niño experimenta por ella, éste no deja nunca de percibir la inconsistencia y la mentira que la madre alberga, al mencionarle esas reservas con forma de una amenaza o de una defensa fingida. El niño queda cautivo de la seducción materna y de la prohibición inherente que le significa en el fingimiento. “No hace falta más, en adelante, para que entienda la prescripción de un verdadero llamado a la transgresión” (p. 104).

La ambigüedad materna no tiene incidencia determinante sino en la medida en que recibe un cierto refuerzo por el lado de la complacencia tácita del padre: “Complacencia tácita a dejarse desposeer de buen grado de sus prerrogativas simbólicas delegando su propio habla en el de la madre con todo el equívoco que este mandato supone” (p. 104).

Valas (1993) menciona la forma en que Freud clasifica las perversiones:

Las perversiones centradas en el cumplimiento normal o desviado del acto sexual total, que a su vez se dividen en tres:

- Aquellas en las que los sujetos se han olvidado de las diferencias entre los sexos. Se trata de los homosexuales, bisexuales, zoofílicos, entre otros, que son vistos por Freud como “monstruos deformes”, al encontrar singular llevar a cabo el acto sexual entre ellos, sin atender a las demandas biológicas de cada uno. - Otras en las que el órgano sexual y fuente de placer fue sustituido por alguna prenda o parte del cuerpo hacia la que el perverso siente particular atracción. Se da en los sujetos que encuentran gozo en tener los zapatos, ropa interior o vestidos de sus parejas: los fetichistas.
- Las perversiones en las que el objeto sexual debe estar marcado por un rasgo particular u horroroso. Se trata también de los sujetos que desean el cadáver de su pareja para poseerlo sin problema: criminales necrofílicos o necrofílicos simples.
- Las perversiones encaminadas a gozar de los actos preliminares a la posesión del objeto. Son los sujetos que se contentan con besar, palpar, mirar o exhibirse. Entran aquí el masoquismo y el sadismo.

Por lo tanto, la perversión podría ser la estructura de personalidad con mayor nivel de complejidad, no solo por su etiología característica, sino por sus diversas manifestaciones conductuales.

2.4. Abuso sexual Infantil

El abuso sexual es un tema complicado de abordar debido a la crueldad y el dolor que implica estudiarlo, por lo que se puede convertir en un tema que muchas veces prefiere negarse o se pretende “olvidar”. Es por esto que es primordial considerar el explorar esta temática, no solo para compartir información, sino para procurar la cultura de la prevención.

En el caso del presente trabajo, es preciso abordar este tema debido a que la paciente en la que se enfoca el estudio de caso, fue víctima de abuso sexual por su propia madre. Por lo tanto, es necesario conocer las distintas vertientes que abordan la temática del abuso sexual.

Para empezar es necesario definir el abuso sexual. Echeburúa y Corral (2006) refieren que éste engloba cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad, factor sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción, ya sea explícita o implícita.

Lammoglia (1999) afirma que el abuso sexual es “toda acción ejecutada por un sujeto que se vale de otro para estimularse o gratificarse sexualmente, sin el consentimiento o voluntad de este último” (p. 33). El abuso sexual, por lo tanto, hace referencia a la participación de un niño/a en actividades sexuales que no puede comprender, para las cuales, por su desarrollo, no está preparado a las que, por tanto, no puede otorgar su consentimiento o que violan las leyes y los tabúes sociales. Palomino (2017) determina que puede existir abuso con y sin contacto. El abuso sin contacto físico puede ser el acoso sexual verbal, solicitudes sexuales, voyeurismo, exhibicionismo o pornografía infantil. Y otras formas de abuso con contacto implican tocamientos, caricias, todas las formas de contacto oral-genital, genital o anal con el niño.

Es común que en este tipo de conductas siempre haya una situación de poder o superioridad del agresor por la posición social, por la edad o por el desarrollo intelectual. Es importante diferenciar que en los juegos sexuales típicos de los niños pequeños no hay una diferencia de edad mayor a 4 años y los intereses son de curiosidad o investigación además de que no existe una imposición de ningún lado.

Cabrera (2014) realizó una división que consta en la subdivisión de las conductas sexuales problemáticas, ya que estas pueden dividirse en problemáticas auto-centradas o problemáticas interpersonales. La primera división consiste en aquellas conductas o comportamientos sexuales de daño o riesgo, que involucren sólo al mismo niño, niña o joven autor; por ejemplo masturbación compulsiva, masturbación con objetos dañinos, interés exacerbado en la pornografía, rechazo a la educación sexual, etc.

La conducta será catalogada como problemática interpersonal cuando además del autor se implique a otras personas en el comportamiento (niños/as, pares o

adultos). A su vez estos comportamientos problemáticos interpersonales pueden manifestarse de un modo no abusivo, es decir, sin intención de dañar o sin existir desequilibrio de poder entre los involucrados; por ejemplo juegos sexuales persistentes con pares, intercambio de pornografía violenta entre adolescentes, promiscuidad sexual, comportamiento seductor o provocador, etc. O también se pueden manifestar comportamientos problemáticos interpersonales sí abusivo. En este último caso se denotan las prácticas abusivas sexuales.

Las Prácticas Abusivas Sexuales son descritas por Cabrera (2014) cómo:

Un tipo de comportamiento sexual problemático, de tipo interpersonal, que se caracteriza por implicar una relación no recíproca en donde existe desequilibrio de poder entre los niños, niñas o jóvenes involucrados, y dado este desequilibrio de poder el consentimiento de uno de los participantes no es posible. (p.13)

Figuro y Ortiz (2005) exponen las consecuencias psicosociales del abuso sexual infantil, basándose en estudios y meta-análisis con muestras amplias de población. Estas consecuencias pueden ser a corto o a largo plazo, incluyendo dentro de las primeras miedo, cefalea, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, depresión, culpa, vergüenza, enojo, problemas escolares, delincuencia, agresión, hostilidad, comportamiento antisocial, comportamiento sexual inadecuado, tendencias suicidas y huida del hogar.

Las consecuencias a largo plazo pueden ser la ansiedad, cefalea, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, depresión, culpa, vergüenza, aislamiento, baja autoestima, problemas de relaciones interpersonales, tendencia a la re-victimización, abuso de drogas, comportamiento sexual inadecuado o inclusive tendencias suicidas.

El agresor sexual

Es importante explorar todos los aspectos que engloban al abuso sexual, y uno de ellos es el agresor sexual. Lammoglia (1999) explica lo común que es que los padres se sientan seguros dejando a sus hijos con una persona que es calificada cómo confiable, familiar, muy conocido, pariente, bondadoso, etc. Sin

embargo, el indica que la mayoría de los casos ocurren dentro del hogar, y muestra un listado de diversas conductas que el agresor puede perpetrar con el menor:

- El adulto se pasea “inocentemente” desnudo por la casa.
- El adulto se quita la ropa delante del (la) menor, generalmente cuando están solos.
- El adulto expone sus genitales para que el (la) menor los vea y llame su atención hacia ellos. Puede pedir al menor que los toque.
- El adulto vigila al (la) menor cuando éste (a) se desviste, se baña, orina o defeca.
- El adulto besa al (la) menor en forma prolongada e íntima, propia de manifestaciones entre adultos.
- El adulto acaricia al (la) menor en los senos, el abdomen, la zona genital, el interior de los muslos, las nalgas, puede llegar a pedirle que lo acaricie a él.
- El adulto se masturba frente al (la) menor, observa al (la) menor masturbándose, masturba al (la) menor, pide al (la) menor que lo masturbe o bien, adulto y menor se observan masturbándose simultáneamente, o adulto y menor se masturban entre sí.
- El adulto introduce el dedo u objeto en el ano del menor o la vagina de la menor.
- El adulto introduce su pene en el ano o en la vagina del (la) menor.
- El adulto tiene al menor hábilmente amenazado para que no diga nada.

Palomino (como se citó Lammoglia, 1999), menciona que los abusadores, suelen ser personas próximas al niño en un 70-85% de los casos, con los que el niño tiene un vínculo afectivo importante (padres, padrastros, abuelos, maestros, amigos íntimos de la familia, etc.) y en una gran mayoría, más del 95% son varones. En el abuso sexual, es más frecuente que las víctimas sean niñas.

Cabrera (2014) ahonda más en la explicación sobre las conductas de los agresores sexuales para acercarse a la víctima o aquello que propicia el abuso, llamándolas estrategias coercitivas. Estas constan de diversas amenazas,

engaños, persuasión o el uso de fuerza por parte de uno de los involucrados. El indica que esto puede ser empleado por el perpetrador durante la práctica sexual o como antecedentes de la relación (dominación, violencia de pareja, etc).

Kuitca, Berezin, y Felbarg (2011) definen que cuando un menor es victimizado al haber sufrido un abuso sexual, por ende es deshumanizado también. Esto “representa un grave daño sobre su psiquismo porque como “una bomba de tiempo”, aunque transcurra un lapso importante de vida, lo sucedido puede quedar disociado y hacer eclosión con la aparición de síntomas inherentes a severos cuadros patológicos.” (p.292)

Freud (cómo se citó en Uribe, 2010) explica lo siguiente acerca de las vivencias sexuales en los niños:

Las escenas sexuales son traumáticas no sólo por ser contrarias a la moral, sino también debido a que generan excesivos niveles de excitación en el niño que no pueden ser tramitados en dicho momento, dada la inmadurez del aparato genital, produciendo una fuente energética constante que al no poder ser descargada genera alteraciones en la economía psíquica. (p.4)

Por lo tanto, las experiencias sexuales inducidas de forma agresiva y abusiva para el menor, pueden resultar aún más traumáticas, siendo estas no solamente invasivas físicamente sino también psíquicamente, lo cual genera una cuestión traumática en la psique del niño o niña en cuestión.

Abuso sexual incestuoso

El término “incesto” viene del griego *ancestos* que significa insanable, inexplicable, y del latín *in* y *castus*, lo que no es casto. Queda claro que el abuso sexual ocurre generalmente por personas cercanas a la víctima, e inclusive puede ser efectuado por sus propios familiares. Bollas (como se citó en Kuitca et al. 2011) se pregunta desde la clínica, qué es lo traumático en el incesto y responde que origina un proceso de inversión tópica de lo simbólico a lo somático, producido por el hecho abusivo corporal perpetrado. Así se ocasiona un daño al psiquismo que o bien impide el desarrollo simbólico o bien

produce su regresión. Bolas (como se citó en Kuitca et al., 2011) describe el proceso del abuso sexual desde la dupla padre-hija, pero es bien sabido que este hecho puede ser efectuado sin importar el sexo del progenitor o del hijo. Las experiencias de sobre-estimulación de zonas erógenas para un yo corporal primario y en desarrollo, la concreción del incesto y la desprotección que caracteriza el estilo vincular, determinan lo traumático del abuso sexual infantil en la constitución del self infantil. Kernberg (2005) explica que el incesto permite la internalización de una relación objetal dominada por el odio. Esto debido a que “el componente sadomasoquista de la excitación sexual permite que se enliste la agresión al servicio del amor” (p.38).

Para Kernberg (2005), no todo el abuso sexual es experimentado como agresivo, ya que la sexualidad infantil inconsciente, la excitación, la satisfacción y el triunfo que resultan del rompimiento de las barreras edípicas y la culpa que este triunfo produce, complican los efectos psicológicos del abuso sexual. Sin embargo, el incesto destruye la integración de las figuras parentales superyoicas, y además genera un conflicto entre la excitación sexual y la culpa de la víctima, lo que provoca una situación traumática en la que no se logra diferenciar entre los esfuerzos libidinales y los agresivos.

Es común también, en las víctimas del incesto, que exista el mecanismo de compulsión a la repetición, ya que transforman su vida sexual posterior en una cadena de experiencias traumatofílicas.

Kuitca et al.(2011) describen lo siguiente:

“La conducta abusiva endogámica llamada melancólica suele encontrarse en personas que padecen duelos patológicos por divorcios, enfermedades, crisis económicas o cualquier pérdida vivida como angustia intolerable. Estas circunstancias pueden determinar en un adulto la búsqueda, en el cuerpo tierno de un niño, de una libidinización defensiva de sus propios impulsos autodestructivos que pueden llevar al suicidio. De tal manera que uno de las múltiples causas que pueden llevar al adulto a ejecutar el abuso sexual con su hij@, es el nivel de patología emocional presente y el haber pasado por experiencias dolorosas de separaciones principalmente. Kuitca, Berezin y Felbarg

añaden también que “el sometimiento de un niño a una excitación prematura y continua establece bases para una posible estructuración perversa, sado-masoquista de su personalidad” (p. 292).

Sin duda, el elemento más dañino de este tipo de abuso sexual es la relación incestuosa, aspecto que es prohibido por la instauración de la Ley del Padre. Como ya se dijo, esto causa sumas consecuencias graves en la víctima, sobre todo por el hecho de que, quien debería de cuidar y proteger al pequeño (sus padres) es quien le causa el mayor daño imaginable.

Abuso Sexual de madres a hijas

Dentro de todas las categorías de abuso sexual existentes, ésta es de la que se encuentra menor información e investigación. De acuerdo a lo descrito por Brand (2017), esta temática actualmente ha tomado mayor importancia e interés de los investigadores, dado que ahora han sido más comunes los casos donde las madres han sido abusivas con sus hijos, han sido promotoras del abuso sexual infantil o que varias profesoras han sido arrestadas por conductas sexuales inapropiadas con sus alumnos. Anteriormente, según lo dicho por Brand (2017), la madre era vista como “víctima” en lo referente a cuestiones de abuso sexual, por lo que era complicado que un jurado tomara como verídico el que una madre haya abusado de su hijo o hija. Sin embargo, aún resulta difícil de creer que una madre, quien debe proveer de cuidados y cariño a sus hijos sea capaz de realizar un acto de tal magnitud contra ellos.

La madre, es una figura idealizada en todas las sociedades del mundo. Kort (2017) explica que el amor a una madre es una especie de “mantra” que debe ser seguido toda la vida. Es contradictorio el que una mujer no ame a sus hijos o que carezca de instinto maternal. Aquellos que han confesado ser abusados sexualmente por su madre (ya sean hombres o mujeres) suelen ser acusados de mentir o de traicionar a sus madres. Munro (2000) explica que “la mayoría de nosotros hemos sido criados para ver a la mujer como muy distinta a los hombres, casi opuestos. [...] La realidad es que entre los perpetradores sexuales hay mujeres, lo cual es un hecho que muchas personas se reusan a creer.” (párr. 2)

Inclusive, dice Kort (2017),

“Se contribuye a esta especie de ceguera con el hecho de que cuando una madre abusa de sus hijos, esto es encubierto. Se piensa que, cuando esto ocurre, es sutil y que es realizado de una forma tan “amorosa”, que incluso la víctima es dejada con dudas acerca de cómo es que este abuso realmente paso” (párr. 4).

Dentro de las características del abuso sexual de madre a hija, un factor que puede propiciarlo es el hecho de que la madre haya sido abusada sexualmente, aunque no es algo determinante. Brand (2017) menciona que “si bien no todos los narcisistas son abusadores de niños, la gran mayoría de las madres que han sido capaces de abusar de sus hijos padecen de un trastorno narcisista de la personalidad.” (párr. 8)

En el abuso sexual de madre a hija, acorde a lo dicho por Brand (2017):

Los límites sanos no existen. La madre y su hija están simbiotizadas física y emocionalmente. La madre no muestra interés por respetar los sentimientos de su hija o por verla como un ser separado de ella que tiene sus propios derechos y sentimientos. La hija es vista como un objeto, siendo la madre quien impone sus reglas y control sobre ella. La complicidad y la obediencia por parte de la niña son altamente valoradas y reforzadas desde una edad muy temprana. Constantemente es manipulada a través del control, manipulación, aislamiento así como intimidación y amenazas. (párr 10)

Weisberg-Ross (2012) dice que “la relación madre-hija se caracteriza por vínculos cuyo impacto puede verse claramente en nuestra sociedad, manifestándose en intimidad física y emocional; lo cual provoca que la identificación del abuso sea mucho más complicada” (párr. 5) Mientras que los varones tienen a una figura masculina (el padre) a quien recurrir cuando son abusados por su madre, las niñas se mantienen fusionadas con la madre gracias a un oscuro secreto que voltea su mundo de cabeza. Estas niñas sufren de confusión, asco, culpabilidad y carecen de un sentido de identidad claro.

Desde el nacimiento, las hijas toman a su madre como modelo a seguir en cuanto a identidad. Por lo que para las sobrevivientes de este tipo de abuso, su self relacional se encuentra dañado y su identidad confusa dado que no existe un modelo amoroso a quien imitar. Esencialmente la hija ha experimentado la más extrema desconexión y violación porque ha sido física, emocional y sexualmente abusada por la única persona en el mundo que debería protegerla, nutirla y guiarla. Esto es representativo de la forma más severa del trauma psicológico y en muchos casos puede llegar a causar disociación, desapego o un aplanamiento emocional en la sobreviviente. (párr. 6)

Sin duda, las afectaciones psicológicas derivadas de este acontecimiento son sumamente severas. La víctima deja de tener confianza básica en su principal figura de apego, con quien ahora tiene un vínculo confuso y patológico con ella. El interés por este tema es el hecho de que la paciente protagonista de la investigación sufrió abuso sexual por parte de su madre cuando era muy pequeña, lo que provocó diversas secuelas en su comportamiento y su psicodinamia.

Abuso Deshonesto

Existe un término legal para definir el tipo de abuso que la paciente recibió por parte de su madre y ese se denomina abuso deshonesto. Según Sánchez (2001), “el delito de abusos deshonestos consiste en los acercamientos o contactos corporales de significación sexual con la víctima, sin que se dé la penetración necesariamente” (p. 1). Por lo tanto, cualquier tocamiento o contacto corporal e inclusive de objetos no corporales con la víctima, sin importar su edad, será considerado abuso deshonesto.

Creus, como se citó en Sánchez (2001) explica lo siguiente acerca del abuso deshonesto:

“Cuando el acto es en sí objetivamente impúdico, constituirá abuso deshonesto, aunque el autor hubiese agregado miras distintas de las del ultraje sexual. Pero cuando objetivamente el acto es sexualmente indiferente o puede resultar equivocada su referencia a esa esfera de la

personalidad, será el contenido sexual que subjetivamente el agente le otorgue lo que lo convierte en abuso deshonesto.” (p.4).

Manzini y Maggiore citados por Sánchez (2001) mencionan que una parte esencial del acto para considerarse abuso deshonesto es el carácter libidinoso, ya que “aunque objetivamente el acto denote un significado sexual indecoroso para la víctima, debe probarse el ánimo o intención libidinosa del autor para que haya delito” (p. 4).

En los códigos penales federales y el perteneciente al estado de Michoacán, no se encuentra estipulado el termino abuso deshonesto. Este término aparece en el trabajo titulado *Abusos deshonestos vs. Tocamientos inmorales. Vacío o represión legal, algunas valoraciones frente al derecho penal mínimo*, realizado por Sánchez (2001)

3. Teoría del Vínculo

En las investigaciones cuyo interés son los niños, uno de los focos de estudio más comunes es la relación entre la madre y su hijo, por lo que se suelen buscar dinámicas o comportamientos que se observen en los niños y que expliquen su comportamiento en etapas posteriores de vida. Es por esto que se le da mucha importancia a la temática del vínculo y apego entre el niño y su madre, buscando comprender su importancia y su impacto en la vida emocional y psíquica del niño.

3.1. Apego

Bowlby (1969) definió el apego cómo:

“El resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte preprogramadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna” (p.15)

Además sostiene que el sistema del apego es activado siempre que el ser humano se halla en una situación de estrés o traumática, que motiva de forma

innata al ser humano a buscar protección en la proximidad de una figura de apego. Estos deseos de contacto, afecto y protección, se estructuran e internalizan a través de la interacción con la figura de apego en un vínculo estable, por lo que no solamente acercan el niño a su madre, sino también procuran que la madre este cerca del niño.

El apego es definido por Bleichmar (2005) cómo un sistema motivacional que tiene una base biológica común con la especie animal que a través de las constantes sensoriales innatas y que garantiza al neonato la proximidad al otro ser humano, a quien discrimina y prefiere sobre lo inanimado. El neonato, a través de su conducta de apego, busca a aquel ser humano que considera más fuerte y más capaz de enfrentarse al mundo que lo rodea, con el fin de que lo proteja de un ambiente hostil y desconocido. La seguridad que el pequeño busca es proporcionada la persona que lo cuida y protege, no teniendo que ser necesariamente la madre o el padre.

Las conductas de apego, dice Bretherton (1992), incluyen el chupeteo, aferrarse, seguir, sonreír, llorar, etc. Estas conductas maduran durante el primer año de vida y se vuelven más integradas y enfocadas hacia la figura materna de los 6 a los 12 meses de vida. Mediante éstas, el bebé procura de que su madre este siempre cerca de el para asegurar su supervivencia.

A pesar de que los infantes humanos inicialmente dirigen las conductas de apego de forma indiscriminada hacia todos los cuidadores, estos comportamientos se enfocaran mayormente hacia aquellas figuras primarias que respondan al llanto del infante. Bretherton (1992) especifica lo siguiente:

Una vez que el apego ha sido establecido, los bebés son capaces de usar a su figura de apego como una base segura a la cual volver para obtener seguridad. La efectividad con la que la figura de apego pueda funcionar en estas situaciones depende de la calidad de interacción social, especialmente de la sensibilidad de la figura de apego a las señales del pequeño (...). (p. 766).

3.2. Tipos de apego

El apego no es igual en todas las diadas madre-hijo, debido a la gran variabilidad de comportamientos y de estrategias de vinculación en la población. Ainsworth (1970) realizó una amplia variedad de estudios acerca de la calidad en la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego. Como resultado de los datos obtenidos se reveló la gran importancia que tiene la sensibilidad de la madre hacia las peticiones y necesidades de su hijo. A partir de esto, Ainsworth (1970) diseñó un experimento denominado "Situación Extraña", en la cual se exploraba el tipo de apego que los bebés tenían con sus madres y como reaccionaban ante una situación aparente de abandono de la misma. Ella encontró grandes diferencias individuales en el comportamiento tanto de las madres como, principalmente, de los niños en esta situación, a partir de lo cual distinguió tres tipos de patrones de apego:

a) Apego seguro

En este tipo de apego, las emociones más frecuentes durante el experimento fueron de angustia ante la separación de la madre, la calma cuando esta regresaba y, dentro de la interacción, se observaba calidez, confianza y seguridad.

Este tipo de apego es desarrollado cuando la madre tiene una respuesta positiva y de cuidado hacia las necesidades de sus hijos, además de que es constante. Esto le permite al niño sentirse seguro para explorar el ambiente, pues su madre le ha otorgado la confianza suficiente para que pueda explorar.

Garrido (2006) explica que los individuos con apego seguro muestran menores índices de ansiedad, índices más bajos de hostilidad, mayor seguridad, comodidad con la cercanía y la interdependencia, confianza en la búsqueda de apoyo y mejores estrategias de afrontamiento del estrés.

Mikulincer (como se citó en Garrido, 2006) señala que cuando las personas que tienen un apego seguro sienten rabia o enojo, tienden a aceptar más rápidamente sus sentimientos, a expresarlos de forma controlada y a buscar soluciones con mayor facilidad para la situación que los está afectando.

El estilo de apego seguro propicia el desarrollo de estrategias permanentes para la regulación afectiva y del contacto social. Los individuos con apego seguro confían en sus figuras de apego y perciben el ambiente como poco amenazante. Ésto resulta en la capacidad de enfrentar los desafíos de la vida diaria de manera fluida, sin necesidad de aplicar mecanismos de defensa masivos; por lo tanto, este grupo de individuos son los menos propensos a los trastornos de la personalidad. Estos sujetos continúan buscando relaciones de apego efectivas durante toda la vida.

b) Apego ansioso-ambivalente

Los bebés que presentaban un apego ansioso-ambivalente durante el experimento de la situación extraña mostraban una gran cantidad de angustia ante la separación con su madre, además de que no les era fácil volver a la calma cuando esta regresaba. Al ocurrir esto, los pequeños solían interactuar con su cuidadora mostrándose enojados e intranquilos (algunos se negaban a jugar).

Este tipo de apego, según Mikulincer (como se citó en Garrido, 2006) manifestaba miedo como emoción predominante, además de que mantienen un nivel alto de ansiedad constante , gran evitación, una gran necesidad de cercanía así como una alta preocupación por las relaciones y miedo a ser rechazados y a la separación.

c) Apego ansioso-evitativo

En el experimento de la situación extraña, los bebés con este tipo de apego se comportaban de forma angustiosa y con enfado ante la ausencia de su madre, además de que se comportaban con indiferencia cuando volvía. Cuando su madre trataba de volver a jugar con ellos, se volvían distantes y trataban de evitar el contacto.

Mikulincer (como se citó en Garrido, 2006) enfatiza que este estilo de apego se caracteriza por la ausencia de seguridad en la relación, existe una autosuficiencia compulsiva y la preferencia por una distancia emocional con los demás. Sin embargo, a pesar de que estos niños no muestren interés por mantener una relación cercana, manifiestan varios signos fisiológicos que

revelan ansiedad permanente. También añade que quienes presentan un apego ansioso-evitativo pueden presentar intensos episodios de enojo con alta hostilidad, pero que también tienden a esconder su ira mediante la negación de sus emociones.

d) Apego desorganizado/desorientado

Delgado (2004) explica que además de estos tres tipos de apego presentados, existe un cuarto estilo, el apego llamado desorganizado. En este caso, los niños manifiestan mayor inseguridad, ya que al reunirse con su madre tras su ausencia durante el experimento, ellos demuestran conductas confusas y contradictorias. Por ejemplo, suelen mirar hacia otro lado mientras su madre los carga o se acercan a ella teniendo una expresión triste y monótona, pueden llorar de forma inesperada a pesar de estar tranquilos y pueden adoptar posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados.

Garrido (2006) continúa hablando acerca de cómo es que se desarrollan los distintos estilos de apego en los niños. Él genera una idea sobre como las reglas que regulan el estrés relacionado a los afectos evolucionan en el contexto de responsividad (o nivel de respuesta) parental a las señales de estrés del niño. Crittenden (s.f) habla acerca de cómo la respuesta de la madre a las necesidades del niño influye en su estilo de apego mencionando lo siguiente:

Cuando los cuidadores responden a las conductas reflejas del niño, condicionadas y afectivas, de manera que lo conforten, éstos son reforzados y aprenden a desplegar conductas más predictibles. Estas madres ayudan a sus niños a aprender el significado comunicacional de sus conductas y la predictibilidad de sus afectos en los otros. En términos de apego, estén apegados de manera segura. (p.2)

Por lo tanto, el apego seguro puede ser generado cuando la madre está atenta a las necesidades de su hijo y que responde de forma adecuada a las mismas, demostrándole al bebé que ella está para cuidarlo y protegerlo. En el caso del apego ansioso-evitativo, ella habla de lo que ocurre cuando la madre no es capaz de responder a las necesidades de su bebé:

Cuando las señales infantiles resultan interferidas o rechazadas, el efecto es castigar al niño por su conducta. Consecuentemente, éste aprende a inhibir la conducta castigada. Lo típico es que los niños de un año de edad que llegan a ser evitativos, experimentan rechazo materno cuando despliegan señales afectivas indicadoras de su deseo de proximidad a sus madres. Si los niños protestan por este resultado displacentero, frecuentemente experimentan la rabia materna. (p.3)

Lo que esto provoca en los niños es el que inhiban las señales afectivas que hacen a sus madres, con el fin de evitar el rechazo y la rabia que ella les muestra, por lo que llegan a la conclusión de que expresar el afecto no es algo positivo. Algo más en lo que puede afectar al niño la incapacidad afectiva de su madre es en que no puede aprender el significado de los afectos, debido a que se le envían al niño señales erróneas como un falso afecto positivo.

Existe el caso de otros niños que tienen madres que son claras en su comunicación afectiva, pero que su respuesta ante las señales de sus hijos es más inconsistente. Esta respuesta puede ser exagerada o imperceptible y lo que genera es que los niños no puedan aprender a comunicarse afectivamente al no poder predecir las respuestas de su madre. Esto provoca que los niños se vuelvan ansiosos y rabiosos ante ellas, como respuesta a la confusión generada.

En el caso de los niños con apego de estilo evitativo, Kobak y Sceery (como se citó en Garrido, 2006) afirman que las prácticas de crianza de los padres de estos niños se caracteriza por la presencia del castigo físico y la negación del amor; y en el caso del apego ambivalente, los padres se comportan de manera errática y cambiante. Para Garrido (2006) la respuesta de las madres o cuidadores a la conducta de apego de los niños implica en la generación de emociones diversas que integran estructuras cognitivo-afectivas de la siguiente manera:

Niños seguros aprenden el valor predictivo y comunicacional de las señales interpersonales, dando sentido a cogniciones y afectos; niños evitativos aprenden a utilizar su cognición en ausencia de interpretación de señales afectivas y niños ambivalentes se refuerzan por sus

conductas afectivas, aunque no aprenden una organización cognitiva que les permita reducir la inconsistencia en sus madres. (Párr. 25).

Las estrategias desorganizadas de apego o conductas contradictorias y no integradas hacia la madre o el cuidador cuando el niño requiere de consuelo pueden identificarse por primera vez a la edad de doce meses. Por ejemplo, el “congelarse”, acurrucarse en el piso y otras conductas depresivas en presencia de la madre o cuidador, cuando el pequeño vive una situación de estrés, son conductas que ejemplifican el apego de tipo desorganizado. Se estima que estas diversas conductas contradictorias y no integradas indican la falta de habilidad del bebé para organizar una estrategia coherente a fin de obtener consuelo del cuidador y están asociadas en diferentes formas con una creciente liberación de hormonas del estrés.

Sin embargo, Garrido (2006) afirma que la capacidad de respuesta de la madre no es el único factor que puede generar un estilo de apego ya sea positivo o negativo. De Wolff e Ijzendoorn (como se citaron en Garrido, 2006) realizaron un estudio que incluyó 66 estudios con antecedentes parentales que se relacionan con seguridad en el apego. Los resultados de estos estudios arrojan que la sensibilidad materna es un elemento importante, mas no único, ya que es necesario analizar el contexto global y ambiental con el fin de determinar si existen ciertos estresores y factores de riesgo en el hogar, además de analizar el sistema familiar y los eventos vitales de la familia para así determinar las causas completas del estilo de apego que el bebé genera.

3.3. Conducta de apego

El término conducta de apego se refiere a cualquier forma que efectúan los bebés con el fin único de mantener la proximidad del cuidador primario (madre, padre, abuelos, tíos o tías, niñeras, etc.) Él busca mantener la disponibilidad emocional del cuidador que, como ya se explicó en el apartado titulado Apego, es considerado como alguien más capacitado para enfrentarse al mundo y que será quien lo cuide y proteja de las situaciones que considera peligrosas. La situación que es considerada principalmente peligrosa es la separación del cuidador, ya que el bebé depende de él tanto emocional como físicamente, por lo que la separación o el abandono equivaldría a la muerte.

Las conductas de apego pueden ser el llanto principalmente, la risa, el mirar a la madre, el seguirla, el estirar los brazos, etc. En el caso del llanto, este puede aumentar o disminuir dependiendo de la respuesta que la madre de al niño. Estas conductas se observan de forma más común cuando el bebé se encuentra asustado, fatigado o enfermo, y se siente aliviado con el consuelo y los cuidados de su madre. Una vez que la situación estresante o amenazante ha cesado, la conducta de apego disminuye y el bebé ahora es libre de explorar su entorno sin peligro alguno, ya que el saber que su figura de apego es accesible y sensible le da un sentimiento de seguridad que le ayuda a valorar la relación.

Bowlby (1989), siendo el iniciador de la teoría del apego, afirma lo siguiente sobre la misma:

Si bien la conducta de apego es muy obvia en la primera infancia, puede observarse a lo largo del ciclo de la vida, sobre todo en situaciones de emergencia. Dado que se observa en casi todos los seres humanos (aunque según pautas variables), se la considera parte integral de la naturaleza humana y como algo que compartimos (en distinto grado) con miembros de otras especies. La función biológica que se le atribuye es la de la protección. (p. 41)

3.4. Capacidad vincular

La capacidad vincular tiene una relación cercana con el apego, siendo ambos un componente biológico del ser humano. Ésta se refiere a las relaciones emocionales del ser humano con su propio mundo interno, así como con sus semejantes y con el mundo exterior. Vives, Lartigue y Córdova (1994) reafirman que “el humano es capaz de vincularse con entes abstractos, como sucede cuando nos vinculamos con las ideas, con ciertas instituciones sociales o con conceptos ideológicos” (p.14).

Ellos también expresan que el mensaje que los padres transmitan a sus hijos es llevado a cabo por medio de la relación vincular que establecen con ellos mediante la voz, caricias, la forma en que se toma al bebé, la forma de alimentarlo, cargarlo, mecerlo y balancearlo, la forma de mirarlo y la actitud que

toman al estar con él (ella). El vínculo emocional materno-infantil se inicia desde etapas muy tempranas de la vida. Sus primeras manifestaciones ocurren antes de que el pequeño nazca, cuando la madre comienza a vincularse con un objeto que, aunque se aloja dentro de ella, se mueve con cierta autonomía en su vientre y a quien, desde ese momento, puede identificar como algo diferente a sí misma. Sin embargo, dicha capacidad vincular tiene ciertos precursores que determinarán, en buena medida, el destino que tendrá la futura relación con él bebé por nacer.

Bowlby (como se citó en Quezada y Santelices, 2009) afirma que las experiencias infantiles de apego de la madre o modelos operativos internos, que son una reconstrucción de las experiencias tempranas de apego, están estrechamente relacionadas con variables como la sensibilidad y las representaciones maternas sobre el futuro hijo y sobre sí misma como madre, las que, a su vez, ejercen una importante influencia sobre el estilo de apego del bebé. Existen también otros factores parentales que pueden desempeñar un papel importante en el estilo de apego generado por el bebé tales como la mutualidad, sincronía, actitud positiva, el apoyo emocional y el contenido emocional del discurso entre el padre, la madre y el hijo.

3.5. Ruptura del apego

Cuando las figuras de apego no pueden sintonizar con el infante, es decir, no pueden reconocer, identificar, regular, o lo que es peor aún, cuando no están, abandonan, o violentan, maltratan o abusan del niño, estamos hablando de incompetencia parental y su consecuencia: el vínculo no adecuado.

Cormín (2012) explica lo que ocurre cuando un niño pequeño trata de apegarse a alguien que no está capacitado emocionalmente para hacerlo. Esto le genera al pequeño un conflicto entre su deseo y necesidad de afecto y la incapacidad de generarlo. Las consecuencias más comunes de esto refieren un gran dolor psíquico, que propicia una compulsión a reivindicar el afecto de maneras socialmente no funcionales, una caída narcisista o conductas hetero-agresivas o auto-agresivas. Otra consecuencia emocional de la ruptura o falta de apego es una angustia depresiva que provoca que las relaciones afectivas sean inestables y que la persona tenga un constante sentimiento de rechazo y

abandono y que pueda reaccionar a través del mal humor, conductas agresivas, manifestaciones coléricas o, en casos más graves, una fuga prepsicótica.

3.6. Separación

Bowlby (1989) explica que el hombre, al igual que otros animales, responde con temor a determinadas situaciones que conlleven un aumento de riesgo al peligro o al dolor. Muchas especies tienden a reaccionar ante la separación de una figura potencialmente dadora de cuidados, y por las mismas razones. Es por esto que las amenazas de abandonar a un niño resultan tan aterradoras y generan una ansiedad intensa de separación; además de que pueden despertar en el niño sentimientos de ira, que tienen cómo función el disuadir a la figura de apego de abandonarlo, lo cual puede resultar en la adultez como algo disfuncional.

Bowlby (1980) define como “desapego” aquella conducta opuesta al apego que describe, la cual es vista cuando un niño entre la edad de seis meses y tres años ha pasado una semana o más sin su madre y sin ser atendido por un cuidador sustituto en específico. Se caracteriza por la ausencia casi total de las conductas de apego al reencontrarse con su madre. De tal forma que la ausencia de contacto emocional y de una figura a la cual apegarse, los niños no tienen quien regule sus niveles de estrés ni quien les brinde seguridad, por lo que la soledad puede ser un factor que propicie la anulación del apego.

Bowlby (como se citó en Gómez, 1997) trabajó investigando las distintas reacciones de los niños pequeños a la separación prolongada de los padres, y la comparó al proceso de duelo en el adulto. Él fue capaz de clarificar que la pérdida de la figura de apego causa una gran afectación emocional en el pequeño. La separación prolongada es particularmente dañina para un niño entre los 6 meses y los 3 años de edad, que es cuando el apego más fuerte y específico se está desarrollando, pero antes de que el niño sea capaz de comprender que la ausencia de sus padres es temporal.

Las reacciones típicas a la separación en esta edad pueden ser divididas en tres fases:

1. La primera fase es la de la protesta. Cuando el niño ha llegado al límite de su tolerancia a la frustración hará lo que esté en su poder para traer de vuelta a su figura de apego. Los niños pequeños pueden llorar con gran enojo, buscando a sus padres en donde los vieron por última vez; otros niños pueden demandar el regreso de los padres, así como llorar y buscarlos ellos mismos. Esta fase puede durar hasta una semana.
2. Después de la protesta viene la fase de desesperación, en la cual el niño gradualmente pierde la esperanza de que la persona que ha perdido regrese. Puede llorar desconsoladamente o mantener un ensimismamiento con apariencia de pena y apatía. Esta conducta puede ser confundida con el “haberse calmado”, ya que los niños se vuelven callados y tranquilos. Esta etapa puede durar entre los nueve a diez días.
3. La tercera fase es una en donde las conductas de los niños pueden pasar por una aparente recuperación que el describe como desapego. El niño emerge de su ensimismamiento y puede interesarse de nuevo en su ambiente.

Si el niño experimenta una serie de separaciones de sus figuras de apego, particularmente durante su edad más temprana, su capacidad para relacionarse puede quedar permanentemente minimizada, ya que se mantiene desapegado de cualquier relación.

Los niños así se muestran más interesados en sus juguetes u otros objetos que en las personas (dulces o dinero por ejemplo) y no es capaz de discriminar quien se preocupa por el o quién no. Sin embargo, suelen adaptarse fielmente al estilo de cuidado que han recibido, aceptando alegremente a cualquier cuidador presente y sin mostrar estrés si este es intercambiado por alguien más. La inhabilidad de formar vínculos de apego profundos hace difícil para este tipo de niños el establecer una relación afectiva con su casa o casa de adopción, ya que los padres adoptivos suelen encontrarlos nada amorosos y fríos en su trato. La destructividad que puede acompañar el desapego no da una imagen más positiva, aunque paradójicamente es una señal esperanzadora ya que se trata de una señal de protesta en los rezagos de su capacidad de apego.

Por lo tanto, la separación es algo que afecta profundamente la conducta de apego de los niños, lo cual puede ser la causa de que en su edad adulta manifiesten conductas disruptivas o incapacidad para relacionarse de forma sana. Esto puede generar patologías graves en la vinculación afectiva.

3.7. Patologías

Cómo ya se afirmó en los apartados anteriores, el estilo de apego determinará el tipo de relación que el bebé tendrá con su entorno en el futuro. Y de la misma forma en que puede gestar una relación sana y segura, puede gestar también una relación patológica. Si se considera que los eventos traumáticos suelen provocar la activación del sistema de apego, entonces no es difícil hipotetizar que los individuos que tienden a responder a estos eventos con desregulación emocional e inhibición de la mentalización serán menos capaces de resolver tales eventos, y por lo tanto más propensos a manifestar patologías de la personalidad más tarde en la vida.

Quezada y Santelices (2009) refieren que uno de los factores más importantes para generar patología del apego es la presencia o ausencia de psicopatología en la madre del pequeño. Esto puede ocurrir como producto de cambios en las representaciones de apego maternas debido a vivencias relacionadas al maltrato o abuso, eventos traumáticos o relaciones de pareja insatisfactorias, cambios en el contexto social, pobreza, bajo nivel socioeconómico, monoparentalidad y violencia doméstica. Todos estos aspectos pueden tener un efecto negativo sobre las conductas maternas que median la relación con el bebé. La presencia de psicopatología en la madre es un poderoso factor de riesgo para la seguridad de los vínculos en la infancia: De hecho, los niños que carecen de estrategias de apego coherentes y unitarias, generalmente tienen madres afectadas por estrés o depresión crónicas. (p.54).

La presencia de psicopatología en la madre está estrechamente relacionada con el apego inseguro en el bebé, y se genera por la presencia de relaciones de apego inseguro durante su infancia. Al respecto, se ha observado una relación entre el estilo de apego inseguro en adultos y la presencia de trastornos de ansiedad, indicadores de alto nivel de estrés y dificultades en las relaciones interpersonales. Adams (como se citó en Quezada y Santelices,

2009) menciona que: “las madres deprimidas constituyen un grupo de alto riesgo, pues la depresión interfiere con su habilidad para darse cuenta de las necesidades de su hijo y proveer un cuidado emocionalmente nutritivo” (p.55). Una de las principales características de las madres depresivas, comparadas con las que no la padecen, es que son menos responsivas, son más hostiles, críticas, desorganizadas, menos activas, intrusivas, evitadoras de conflicto y menos competentes con sus hijos.

Bowlby (1980) sugirió que cuando los niños desarrollan representaciones negativas de sí mismos y de los otros, tienden a ser más vulnerables a la psicopatología, ya que estos modelos operativos internos afectan la experiencia y el comportamiento, y por ende, el auto concepto, la autoestima y las relaciones interpersonales factores que determinan la contribución de los padres al sentimiento de seguridad de sus hijos. También menciona que:

Durante la infancia temprana, la relación entre el estado emocional y la experiencia es de suma importancia, dado que en esta fase tan delicada es posible determinar las condiciones patológicas con las que se desarrollará el niño en los años futuros (p. 33).

Si se estudian las características de cada uno de los estilos de apego, es posible determinar si es que el individuo puede desarrollar rasgos patológicos en su vida futura. Por ejemplo, y según lo explicado por Lorenzini y Fonagy (s.f), algunos adultos con un estilo de apego ansioso son más sensibles al rechazo y a la ansiedad, y por lo tanto son propensos a padecer trastornos de la personalidad como el histriónico, límite, por evitación y por dependencia. Por otro lado, la hipoadactivación del sistema de apego exhibido por individuos con un estilo evitativo explica la asociación con trastornos de la personalidad esquizoide, narcisista, antisocial y paranoide. El trastorno límite de la personalidad está significativamente asociado también al apego ansioso en presencia de traumas no resueltos y con estilos de apego desorganizados.

3.8. Apego en etapa de latencia

La importancia de abordar el apego específicamente en la etapa de latencia es el hecho de que la paciente presentada en este trabajo, y como ya se

mencionó en el primer capítulo, se encuentra en la etapa de latencia del desarrollo psicosexual. Cormín (2012) escribe acerca de cómo es que el apego se manifiesta particularmente durante la etapa de latencia. Algo que caracteriza la afectividad en esta etapa es la inestabilidad, ya que debido a los procesos de desarrollo biológicos y psicológicos, existe gran labilidad emocional. Las frustraciones constantes en la relación con las figuras de apego generan también comportamientos de malestar generalizado que, en la latencia se manifiestan como malhumor, conductas agresivas, reacciones de cólera, chantajes tanto a adultos como a iguales.

Cuando las figuras de apego fallan, queda también desautorizada la capacidad del adulto de dar, el sentimiento es de desconfianza y aparece el cuestionamiento y la falta de credibilidad. Todo ello altera la relación de aprendizaje en el entorno escolar. De hecho, para que un niño pueda pensar y aprender, es decir, sostenga pensamientos, tuvo que haber sido pensado por otros, tuvo que haber sido sostenido no solo con los brazos sino con los pensamientos de otros. Ser pensado posibilita la creación de pensamientos propios. Cuando todo esto falla, la capacidad de mentalizar tambalea y predominan las manifestaciones a través del cuerpo y la acción. Cualquier novedad o cambio es vivida como una estimulación dañina y angustiante y, al provocar desestructuración los estímulos que vienen del colegio (mundo cambiante y constantemente novedoso) no podrán ser registrados para su aprendizaje.

Para Cormín (2012) si durante la latencia existen conductas de negación de las dificultades, solo atender lo que es fácil, abstraerse del contacto con la realidad de forma constante, esto puede ser porque existe un apego desorganizado con las figuras de apego y que por lo tanto perturban la capacidad intelectual así como del aprendizaje escolar.

La etapa de latencia es el momento en que se configura el poder jugar con el juego asociativo y de reglas y normas. Esto supone disfrutar con la compañía de iguales, compartir, competir y colaborar, saber ganar y perder, aprender a esperar turno, ayudar a los otros y ponerse en el lugar del otro. Por lo tanto, los

niños con carencias en el apego tienen grandes dificultades en establecer relaciones sociales efectivas. Las relaciones con iguales podrán ser:

- De dependencia excesiva, muy intensas pero inestables. Les cuesta entender los motivos del otro y viven cada situación social como la repetición de un rechazo o un abandono.
- Les cuesta perder, y esto hace muy poco placenteros los momentos de juego ya que están más pendientes de que les hagan caso o de ser los primeros en participar que de disfrutar del juego en sí. Acaban en un circuito cerrado de no poder jugar, sentirse rechazado, enfadarse y rechazar, quedarse al margen para volver a agredir y no poder jugar. La relación con los compañeros de juego puede estar teñida de agresividad y malestar.
- En ocasiones generan relaciones de total sumisión al otro, anulándose como sujetos en función de sentirse acompañado o amparado por el otro. En las relaciones con el adulto, no aceptan la asimetría de la relación y cuestionan permanentemente al adulto negándolo como autoridad, de la seguridad o del saber, de ahí los habituales enfrentamientos, la falta de respeto, el cuestionamiento de la autoridad y la no consecución de las normas sociales.

3.9. Vínculo

Los seres humanos son seres sociales, por lo que es imposible el que no se relacionen con alguien más. Inclusive desde el inicio de la vida se encuentra vinculado a su madre, quien es el primer vínculo. Para Pichón-Rivière (1980), el vínculo es “la forma en que una persona se relaciona con las demás, estableciendo una estructura relacional entre ambos comunicantes que va a ser única entre ellos dos” (párr. 4). Lafuente y Cantero como se citó en Manzo (2017) mencionan que los vínculos se caracterizan por lo siguiente:

1. Poseer una naturaleza esencialmente afectiva
2. Son perdurables a lo largo del tiempo
3. Son singulares
4. Generan el deseo de búsqueda y mantenimiento de proximidad y contacto hacia las personas con las que se ha formado

5. Producen ansiedad cuando ocurre una separación no deseada
6. Los vínculos surgen de la interacción continua o prolongada
7. Su calidad depende de la calidad de la interacción
8. Los vínculos surgen entre dos personas
9. En el caso del vínculo de apego, este no tiene por qué ser recíproco
10. La persona que es figura de apego puede desempeñar, además otras funciones emocionales
11. Existen relaciones de apego y vínculos a lo largo de toda la vida

El vínculo no se refiere únicamente a un componente emocional sino que incorpora tanto esfera emocional como la cognitiva y la conductual, modificándose mediante la interacción todos estos aspectos. Como se mencionó al principio, el primer vínculo que se tiene es con la madre. Desde antes de que la mujer se entere de que espera un hijo, el deseo de tenerlo es un precursor vincular, dado que desde éste periodo, la madre comienza a conformarse una idea mental (una fantasía) de lo que pudiera ser un hijo (a) que naciera de su seno y de su relación con un hombre determinado. En estas circunstancias de ausencia de un niño (a) concreto, el deseo no tiene nada que ver con la imagen del bebé que nacerá en el futuro, ya que este aún no existe. Será el deseo de un bebé imaginario.

En la etapa siguiente, aquella que ocurre durante el primer cuatrimestre de la gestación, la madre, pese al hecho de estar ya embarazada, aun no tiene la posibilidad de advertir o “sentir” a su producto dentro de ella. Esto se debe al hecho de que en estos primeros meses del embarazo la simbiosis biológica entre madre e hijo es total, formando ambos una sola unidad. En estas circunstancias (en las que la madre no puede distinguirse de su bebé) la fantasía que se va formando de él constituye una parte muy importante de lo que posteriormente será la relación materno-infantil. Como se desprende de lo anterior, la vinculación de la madre con su futuro hijo (a) es un componente emocional básico que comienza a desarrollarse desde etapas tan tempranas como las pre conceptivas.

3.10. Tipos de vínculo

Berenstein (citado por Vives et al. 1994) afirmaba que el vínculo podía clasificarse en tres maneras dependiendo de su manifestación:

- Vínculo intrasubjetivo: son las ligaduras estables y más o menos permanentes entre las diferentes instancias psíquicas y objetos internos, parciales o totales.
- Vínculo intersubjetivo: abarca desde las primeras manifestaciones del complejo de Edipo hasta la relación con la familia, los amigos y la sociedad.
- Vínculo transubjetivo: que son las relaciones con las representaciones socioculturales inconscientes ligadas a la ideología, la religión, la ética y los intereses políticos.

Por otro lado, Lafuente y Cantero (como se citaron en Manzo (2018) describen los siguientes tipos distintos de vínculos:

- a) Vínculo de amor romántico: es un vínculo de tipo afiliativo que, cuando la relación dura lo suficiente, puede llegar a adquirir las cualidades de un vínculo de apego.
Este es un tipo de vínculo que, según los autores, se encuentra en constante cambio en función del estado de la relación amorosa. Esto implica que pueda ser descrito de diferentes formas por una misma persona.
- b) Vínculo de amistad: se trata de un vínculo afiliativo que con la edad, al igual que el vínculo de amor romántico, puede transformarse en un vínculo de apego. Es una relación de reciprocidad y afecto, voluntaria, estable y diádica, que evoluciona con la edad hacia concepciones más profundas y con mayor nivel de intimidad.
- c) Vínculo parento-filial: Para Lafuente y Cantero (2010), este vínculo se puede definir como “un vínculo vertical que aproxima afectivamente a los padres hacia su descendencia, promueve en ellos la tendencia a ajustarse a las necesidades y características de sus hijos, y desarrolla conductas de protección y cuidados hacia ellos.” Es similar al vínculo de sangre y los vínculos de alianza, siendo estos los que unen a los

- miembros de una familia y el cual se basa en la reciprocidad entre las personas y los objetos internalizados.
- d) Vínculo adhesivo: en este tipo de vínculo predomina la fantasía de quedar aislado ante la amenaza de pérdida o separación del otro. Cualquier separación es tomada con una sensación de quedar indefenso en un mundo hostil. Para evitar una separación se recurre a reproches para asegurar la permanencia del vínculo adhesivo.
 - e) Vínculo de posesión: en esta forma de vinculación predomina el contacto corporal como una forma de negar que las dos personas que componen el vínculo son separadas (no una misma), se anula la separación a través del control visual, auditivo o de cualquier otro.
 - f) Vínculo de control: en este vínculo a diferencia del mencionado anteriormente, se tolera un poco más la diferencia entre el yo y el otro. En este tipo de vínculo las ansiedades que prevalecen son la de castración y de despedazamiento. La necesidad de controlar tiene por meta evitar la soledad y el desamparo realizando acciones sobre el otro ya que de no ser manipulado no le daría el amparo que demanda.
 - g) Vínculos de sangre y vínculos de alianza: es el vínculo biológico que une a padres e hijos y a los hermanos entre sí, se basa en la reciprocidad entre las personas y los objetos internalizados.
 - h) Vínculo intrasubjetivo: son las ligaduras estables entre las diferentes instancias psíquicas y los objetos internos parciales o totales.
 - i) Vínculo intersubjetivo: abarca las ligaduras con los padres hasta la familia, los amigos y la sociedad.
 - j) Vínculo trasubjetivo: son las relaciones con las representaciones socioculturales inconscientes ligadas a la religión, la ética y los intereses políticos. Es la capacidad de la persona para extender sus vínculos incluso con “entes abstractos” o representaciones simbólicas como son las ideas, las instituciones y los conceptos ideológicos. A este respecto las representaciones simbólicas pueden ser de gran utilidad para acceder a las formas subjetivas o interiorizadas es decir, a los ámbitos específicos y bien delimitados de creencias, valores y práctica de las personas.

3.11. Vinculo en la infancia

A lo largo de las etapas que componen la infancia, la vinculación de los niños va cambiando dependiendo de su adaptación al mundo exterior y de su interacción con las personas que lo rodean. Lafuente y Cantero (2010) establecen cuatro fases para describir estos cambios con respecto al crecimiento de los niños:

Fase 1: esta fase conlleva desde el nacimiento hasta los 2-3 meses, donde a pesar de que el individuo no llegue al mundo con un vínculo afectivo ya formado, esta naturalmente dotado con todas las conductas apropiadas (llanto, succión, mirar a la madre, etc) para conseguir el acercamiento de su cuidador.

Fase 2: Durante esta fase el bebé se encuentra a punto de formar su primera relación de apego, ya que comienza a adoptar un papel más activo en su búsqueda de interacción con su cuidador. Además, toma más en cuenta a las personas que conoce (principalmente a su cuidador), y exalta sus conductas de apego. Conlleva desde los tres a los seis meses de vida.

Fase 3: La tercera fase sucede entre los 6 a los 12 meses de edad. Durante este tiempo, el bebé ya se ha apegado a una persona en particular y de forma muy específica. Busca constantemente la proximidad hacia su figura de apego, ya sea su madre o su cuidador principal, y siente ansiedad cuando esta se ausenta.

Fase 4: de los 13 a los 36 meses de edad, el niño comienza a ampliar su círculo de apegos, para ahora poder dirigirse a cualquiera de ellas cuando requiera sentirse seguro o buscar consuelo. Estas figuras son acomodadas por jerarquías, las cuales quedan determinadas por el tiempo que el niño pasa con cada una y por la calidad de cuidado que cada una le proporciona.

A partir de los 3 años de edad, acorde a lo dicho por Lafuente y Cantero (2010), la conducta de apego comienza a atenuarse, debido a que los niños suelen resistir mejor las separaciones breves de su cuidado y necesitan menos contacto físico. Esto ocurre ya que el sistema de apego cambia conforme se acercan los años escolares del niño, dejando de ser tan importante la

proximidad física del cuidador y haciéndose más independiente y a asumir mayores responsabilidades.

El individuo aumenta su habilidad autorreguladora con lo que sus conductas de apego disminuyen. Según Lafuente y Cantero (2010), “el sistema de apego se hace más sofisticado y queda bajo el control de las representaciones internas de naturaleza cognitivo-afectiva” (p.119).

3.12. Vínculos patológicos

Si bien el vínculo supone una estructura en que se va dando una retroalimentación de la relación, en ocasiones dicha estructura se ve entorpecida y paralizada por diversos factores tales como el enojo o el miedo, que propician una barrera por la cual el vínculo acabara volviéndose algo estático que es inadaptable a la comunicación real.

Así, para Pichón-Rivière (1980) existen diferentes maneras de relacionarse que constituyen una vinculación patológica al no producirse un aprendizaje o al encontrarse disfuncionalidades en la comunicación que hace que esta no sea completamente bidireccional y no produzca una correcta modificación mutua. La comunicación dejaría de ser totalmente permanente, sincera, directa o dialéctica. Algunos de los principales vínculos patológicos, descritos por él, son los siguientes:

- **Vínculo paranoico:** en este tipo de vínculo pueden aparecer conductas agresivas y de desconfianza, reivindicando algo uno al otro.
- **Vínculo depresivo:** la vinculación establecida genera o es generada por la presencia de culpa o necesidad de expiación.
- **Vínculo maníaco:** la relación es establecida debido a la expansividad emocional. Se basa en la impulsividad y la actividad frenética.
- **Vínculo esquizofrénico:** este vínculo se caracteriza por una elevada presencia de aislamiento de la realidad, siendo propio de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos en que se desvincula el yo con la realidad.
- **Vínculo obsesivo:** la manifestación de este vínculo supone que al menos uno de los individuos vinculados pretende mantener un control y

orden en la relación. Se pretende controlar y vigilar al otro debido a la ansiedad producida por la desconfianza.

- **Vínculo hipocondríaco:** La forma de relacionarse con el entorno pasa a ser la queja por el estado de salud o la preocupación por el cuerpo.
- **Vínculo histérico:** este tipo de vinculación se basa en la representación, queriendo la psique de uno de los componentes del vínculo querer expresar algo a través de la actuación o la sintomatología. Así, hay un gran dramatismo y plasticidad. El tipo de expresión puede ir desde la sintomatología física (convulsiones, alaridos, etc.) propio de una histeria de conversión o a través de miedos derivados de la desconfianza.
- **Vínculo nocturno:** es propio de sujetos con estados de alteración de conciencia, en este tipo de vinculación un sujeto intenta establecer una relación con un objeto pero se ve dificultado por el sueño. Si logra establecerlo suele tener tintes delirantes.
- **Vínculo homosexual:** Para el autor, el vínculo homosexual tenía como objetivo establecer una relación con un objeto que en algún momento es considerado dañino o perseguidor, intentando conquistar dicho objeto a través de estrategias de control y apaciguamiento.
- **Vínculo epiléptico:** Los vínculos de este tipo, que según este enfoque son especialmente localizables en pacientes epilépticos, suponen la presencia de tenacidad, viscosidad en la relación y un cierto componente de destructividad.
- **Vínculo regresivo:** El vínculo regresivo surge en el momento en que la mismidad, la consecución del yo completo o la totalidad del ser, es negada o nublada. Para este autor este tipo de vínculo es tipo de episodios psicóticos, y en cuadros en que hay una despersonalización.

Zeanah y cols (cómo se citó en Díaz y Blánquez, 2004) habla acerca de las patologías del vínculo, ordenándolas en cinco categorías dependiendo de sus características:

- Trastornos del vínculo no establecido. Los problemas emocionales y/o conductuales aparecen antes de que el niño haya tenido la oportunidad de establecer el vínculo. En esta situación se enmarca la psicopatología

del abuso, el institucionalismo, drogadicción y/o alcoholismo en los padres o madres con graves trastornos mentales.

- Trastornos por vinculación indiscriminada. Suelen darse en los casos en donde han existido largas separaciones de la figura de apego, en situaciones de acogida en las que no se da la oportunidad de establecer un vínculo estable con otras personas. También en niños institucionalizados.
- Trastornos por vinculación inhibida. Se presentan en los casos en donde no ha existido disponibilidad parental o figuras de apego estables o han sido impredecibles. Estas situaciones son propias de las hospitalizaciones prolongadas o continuas.
- Trastornos por vinculación agresiva. En la relación vincular predomina un sentimiento de rabia y frustración en la figura de apego. El niño desarrolla estos mismos sentimientos traduciéndose conductualmente en agresividad hacia la figura de apego.
- Trastornos por vinculación invertida. Se presentan en las situaciones en las que el niño asume el rol parental. Las manifestaciones típicas son las conductas extremas de dominio y de hipercontrol hacia la figura de apego.

Capítulo II. Método

2.1 Pronunciamento metodológico

Respecto a los elementos metodológicos que fueron utilizados para la realización de esta investigación, estos son el paradigma interpretativo mediante el cual se buscaba analizar los diversos significados de la realidad vivida por los sujetos de investigación; el enfoque fue de tipo cualitativo debido a que se buscaba desarrollar preguntas e hipótesis basados en los datos recopilados sobre el fenómeno estudiado; se utilizó el método clínico psicoanalítico con el fin de encontrar la causa, el sentido, el origen y la intención de los síntomas y conductas presentados y construir un fundamento; finalmente la investigación se llevó a cabo como un estudio de caso con el fin de que, a partir de un caso en particular se construya un análisis teórico del mismo.

1) Paradigma interpretativo

En cuanto al paradigma interpretativo, Martínez (2011), explica que, dentro de él, existen múltiples realidades construidas por los actores en su relación con la realidad social en la cual viven. La verdad, en este paradigma, “surge como una configuración de los diversos significados que las personas le dan a las situaciones en las cuales se encuentra. La realidad social es así, una realidad construida con base en los marcos de referencia de los actores” (p.6).

Por su parte, González-Monteaquedo (2001) enlista las siguientes características de la investigación interpretativa:

- Se desarrolla en un ambiente natural, dado que los fenómenos no pueden ser comprendidos si son aislados de sus contextos.
- El sujeto humano es el instrumento de investigación por excelencia, puesto que no resulta factible idear un instrumento no humano capaz de adaptarse a las diferentes realidades de cada contexto.
- Junto al conocimiento de tipo proposicional, el conocimiento tácito ayuda al investigador interpretativo a apreciar los sutiles fenómenos presentes en los ámbitos objeto de indagación

- Se utilizan métodos cualitativos. Estos métodos se adaptan mejor a las realidades múltiples con las que se ha de trabajar
- El investigador interpretativo prefiere el análisis inductivo porque este procedimiento ofrece grandes ventajas para la descripción y comprensión de una realidad plural y permite describir de una manera completa el ambiente en el cual están ubicados los fenómenos estudiados.
- La teoría se conforma progresivamente, “enraizada” en el campo y en los datos que emergen a lo largo del proceso de investigación.
- El investigador naturalista prefiere negociar los significados y las interpretaciones con los sujetos humanos que configuran la realidad investigada, contrastando con ellos su propia visión del proceso.
- El informe tiene la forma de estudio de casos. No se trata de un informe de carácter técnico. Esto significa que ha de recoger, entre otros aspectos, una descripción completa del contexto y del papel del investigador en el proceso de comunicación con los sujetos.
- Interpretación ideográfica: las interpretaciones se llevan a cabo remitiéndose a la particularidad del caso analizado y dependen del contexto concreto y de las relaciones establecidas entre el investigador y los informantes.
- Criterios especiales para la confiabilidad. Las especiales características de la investigación interpretativa exigen unos criterios diferentes para valorar la confianza que merece investigación. Frente a los conceptos convencionales de validez, fiabilidad y objetividad de la investigación interpretativa se propone demostrar que merece credibilidad hacia el proceso que pone en marcha y hacia los resultados que dicho proceso genera.

En esta investigación se utilizó este método con el fin de analizar a profundidad la realidad existente de los sujetos de investigación y así recopilar información mucho más confiable y verídica con la cual crear hipótesis y conclusiones.

2) Enfoque cualitativo

El enfoque cualitativo según Hernández, Fernández y Baptista (2014), utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación. Los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. La acción indagatoria, en éste enfoque, se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio.

Hernandez et al. (2014) enlista las siguientes características del enfoque cualitativo:

- El investigador plantea un problema, pero no sigue un proceso definido claramente.
- El investigador comienza examinando los hechos en sí y en el proceso desarrolla una teoría coherente para representar lo que observa. Las investigaciones cualitativas se basan más en una lógica y proceso inductivo.
- En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, sino que se generan durante el proceso y se perfeccionan conforme se recaban más datos; son un resultado del estudio.
- En enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos). También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. El investigador hace preguntas más abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe, analiza y convierte en temas que vincula, y reconoce sus tendencias personales.
- El investigador utiliza técnicas para recolectar datos, como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de

documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, e interacción e introspección con grupos o comunidades.

3) Método clínico psicoanalítico

Santamaría (2002) en su artículo *Acerca del método psicoanalítico en la investigación*, especifica cómo es que el campo del psicoanálisis está formado por los fenómenos inconscientes. “El psicoanálisis [...] ha demostrado su aplicación desde la actividad psíquica individual hasta las funciones psíquicas de la colectividad” (p.56).

En su contenido, el psicoanálisis responde a la concepción de que tanto el observador como aquello que dicho observador observa tienen una naturaleza común, ambos pertenecen a la realidad; por ello, están unidos en y comulgan de lo real. Pero además de acotar su campo específico, el psicoanálisis atiende al segundo principio: unidad y comunidad de la razón, cuando examina cada cosa según su naturaleza propia en lugar de expresar una opinión subjetiva. El psicoanálisis busca la razón; es decir, la causa de las cosas que constituyen su campo de estudio cuando procura información sobre la génesis, el sentido y la intención de los síntomas neuróticos, además de aportar un fundamento racional (en el sentido de que trabaja con conceptos que se deducen unos de otros y permiten llegar a una demostración) para los esfuerzos orientados a la supresión de la enfermedad.

Según Santamaría (2002), los elementos requeridos para la utilización del método psicoanalítico en la investigación son los siguientes:

1. La situación analítica, donde los participantes (paciente y analista) son aislados con un grado de privación sensorial y las sesiones con una duración determinada en ciertos intervalos de tiempo.
2. La observación del lenguaje verbal y no verbal del paciente
3. Se realizará un análisis metapsicológico de la transferencia, contratransferencia y otros elementos presentes.
4. Al finalizar este análisis se realizará una interpretación.

5. Al otorgar dicha interpretación se analizará la reacción comportamental del paciente y las posteriores asociaciones que tenga.

Estos cinco elementos descritos constituyen, un procedimiento específico, el investigador psicoanalítico debe seguir para aproximarse a su objeto de estudio, con lo que se cumple el primero de los rasgos distintivos de una ciencia.

Por lo tanto, es el enfoque que permite realizar un análisis a mayor profundidad y alcanzar los objetivos de la presente investigación.

4) Estudio de caso

Los estudios de caso son “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría.”

La finalidad de los estudios de caso, como bien dice Tarrés (2013), es el que se busca alcanzar una mejor comprensión de un caso en particular, y en conjunto de un fenómeno general que involucra como uno de sus elementos o nexos el caso estudiado. Por lo que “este método aspira a ser un medio de descubrimiento y desarrollo de proposiciones empíricas de carácter más general que el caso mismo” (p. 257).

El estudio de caso puede ser hecho con varios casos o con uno solo en particular, dependiendo de lo que se desee investigar. Cuando se trata de un caso simple, según Tarrés (2013), es posible ilustrar, probar, confirmar o extender una teoría, en situaciones extremas o casos muy especiales. Además, puede utilizarse para casos reveladores, es decir, “cuando el investigador tiene la oportunidad de observar y analizar un fenómeno previamente inaccesible a la investigación científica” (p.272).

Este método será utilizado en esta investigación debido a que se buscará realizar el análisis de un solo caso en particular, con el fin de confirmar las hipótesis realizadas y de determinar resultados teóricos a partir del mismo.

2.2 Objetivos

2.2.1. Objetivo General

Determinar el impacto del vínculo madre-hija con conductas hipersexualizadas.

2.2.2. Objetivos particulares

- Realizar un diagnóstico del desarrollo de la paciente en base a la sintomatología presentada.
- Analizar la relación madre - hija desde el juego de la niña y el discurso de la madre
- Describir las características del vínculo madre-hija en una situación de abuso sexual imprudencial por parte de la madre a una edad temprana de la niña.

2.3 Planteamiento del problema

Según un informe realizado por la OMS (2017), a nivel mundial, se ha estimado que las tasas de prevalencia de trastornos mentales en el curso de la vida oscilan entre 12,2% y 48,6%, mientras que la prevalencia anual fluctúa entre 8,4% y 29,1%. En el caso de niños y adolescentes según los reportes epidemiológicos en el mundo, la prevalencia de enfermedad mental es 20%, de éste porcentaje, entre el 4 y 6% requiere intervención clínica, pero pocos tienen acceso a servicios, y aunque la falta de servicios especializados es un fenómeno mundial, la región de las Américas muestra una brecha del 26% en los servicios de salud mental para niños y adolescentes.

En 2017 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), declaró que México tiene el primer lugar a nivel mundial en abuso sexual a menores.

Además, dio a conocer las siguientes cifras:

- A nivel mundial, México es el primer lugar en abuso sexual, violencia física y homicidio en menores de 14 años.
- Aproximadamente 4.5 millones de niños mexicanos son víctimas de abuso sexual, pero sólo en el 2% de los casos se le da seguimiento legal hasta obtener una sentencia.

Fábregas (2017) afirma que los chicos que han sufrido agresiones sexuales por parte de mujeres son más reacios a hacerlo público y que una de las razones es el tabú que envuelve aún a la maternidad y el papel de la mujer. También señala que los expertos categorizan esto como un delito menos frecuente que el incesto paterno, aunque reconocen que es complejo de cuantificar con exactitud, puesto que no existen estadísticas.

Echeburúa y Corral (2006) muestran una tabla en su escrito titulado *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*, en la cual se enlistan los indicadores físicos, comportamentales y de tipo sexual que hay en quienes han sido víctimas de abuso. Dentro del rubro de la esfera sexual se menciona que una de las consecuencias más comunes es la presencia de conductas precoces (tales como la masturbación) o conocimientos sexuales inadecuados para la edad de la víctima, además de conductas seductoras especialmente en las niñas.

El abuso sexual cometido por una mujer hacia su hija es uno de los temas menos abordados en la investigación, lo cual puede deberse al enorme impacto emocional que este genera. Es complicado creer que la madre, quien dio la vida y quien es responsable del cuidado y protección de su hija, sea capaz de efectuar un abuso de esta característica.

Lo anterior se debe a las características del vínculo madre-hija, el cual sabemos gracias a diversas investigaciones, que le proporciona al bebé el cubrimiento de sus necesidades vitales como el afecto, cuidado, alimento, pero sobre todo desarrollo emocional y afectivo. Acorde a lo dicho por Comín (2012), esto garantiza la vida física y psíquica del ser humano, ya que corresponde a la necesidad de crear lazos de convivencia y amor, así como el establecimiento de vínculos fuertes, selectivos y duraderos entre el bebé y su madre.

Brand (2017) describe que existen muchos aspectos traumáticos que genera este tipo de abuso sexual en particular. En el caso de las mujeres que fueron víctimas, suelen culparse por el hecho, vergüenza, depresión, problemas de

autoestima, desorden de estrés post traumático, en el cual se manifiestan pesadillas o reminiscencias del hecho.

Con base en lo anterior, en la presente investigación se tiene como objetivo determinar el impacto que tiene el vínculo entre madre e hija, con estas características en particular, en la vida psíquica de la pequeña paciente. Por lo tanto, la pregunta a responder sería:

2.4 Preguntas de investigación

Principal

¿Cuál es el impacto que tiene el vínculo madre-hija con conductas hipersexualizadas en el desarrollo psicosexual de una niña de 8 años?

Secundarias

- ¿Cómo es el tipo de vínculo que tienen la madre y la hija a raíz del abuso sexual deshonesto?
- ¿Cuál es la psicodinamia que presenta la niña?
- ¿Cuáles son las características de la relación madre-hija que se observaron en el juego de la niña?
- ¿Cuáles fueron los elementos observados respecto al vínculo entre madre e hija?

2.5 Supuestos de investigación

- La madre y la hija manifiestan un vínculo con características patológicas a partir de la interacción sexual entre ambas desde la edad temprana de la niña.
- La psicodinamia que presenta la paciente es de características limítrofes.
- La relación que tienen la madre y su hija se mantiene a través de la sexualidad.
- La relación afectiva entre la madre y la hija, y los tipos de apego y vínculo son elementos relacionados con la vincularidad.

2.6 Ejes temáticos y categorías

a) Vínculo madre e hija

El vínculo entre una madre y su hija ha sido denominado como la conexión humana esencial, aquella que nos enseña como ama y sin la cual, no se puede ser seres humanos totalmente completos. Una madre provee de confianza básica, estabilidad y nutrición emocional, amor, sostenimiento físico y emocional, cuidado y aceptación. De ella se recibe coraje, sentido de la identidad y la habilidad para creer en el valor que tenemos como seres humanos, así como la capacidad de amar a otros seres humanos tanto como a nosotros mismos. Esto se deriva de la forma en que nuestra madre nos amó cuando éramos infantes. Como nuestro primer espejo de vida, las funciones maternas son proteger, guiar e interpretar.

La identificación de una niña con su madre continúa a lo largo de su vida, manteniendo este vínculo mientras establece su propia identidad. El sentido de “ser hija” está íntimamente relacionado con el sentido de “ser madre”. Las mujeres miran a su madre como un referente en cuanto a cómo se definen ellas mismas, en términos de lo que implica ser mujer.

b) Conductas hipersexualizadas

Romero (2014) explica que uno de los motivos principales para que se presenten las llamadas conductas hipersexualizadas es el antecedente de ser víctima de abuso sexual infantil, que se considera una experiencia traumática para el menor de edad. Otro factor importante es el haber estado expuesto repetitivamente a actividad sexual o desnudez entre adultos (incluyendo contenido sexual en la televisión o en internet), así como la falta de reglas adecuadas para manejar la desnudez y la privacidad de la casa (esto incluye bañar a los hijos desnudo(a), ya que se recomienda que después de los 3 años el niño(a) no se bañe con adultos).

Romero (2014) enlista diversas conductas hipersexualizadas en niños víctimas de abuso sexual, sin embargo, las siguientes son aquellas que la paciente en cuestión muestra con mayor frecuencia:

- Interacciones sexuales similares a la de los adultos (ej. Que la niña se muestre seductora con adultos)
- Comportamientos sexuales en lugares públicos (realizar movimientos sugiriendo acto sexual, gemir).

c) Abuso sexual

Echeburúa y Corral (2006) refieren que éste engloba cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad, factor sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción, ya sea explícita o implícita.

Lammoglia (1999) afirma que el abuso sexual es “toda acción ejecutada por un sujeto que se vale de otro para estimularse o gratificarse sexualmente, sin el consentimiento o voluntad de este último” (p. 33). El abuso sexual, por lo tanto, hace referencia a la participación de un niño/a en actividades sexuales que no puede comprender, para las cuales, por su desarrollo, no está preparado a las que, por tanto, no puede otorgar su consentimiento o que violan las leyes y los tabúes sociales. Palomino (2017) determina que puede existir abuso con y sin contacto. El abuso sin contacto físico puede ser el acoso sexual verbal, solicitudes sexuales, voyeurismo, exhibicionismo o pornografía infantil. Y otras formas de abuso con contacto implican tocamientos, caricias, todas las formas de contacto oral-genital, genital o anal con el niño.

Es común que en este tipo de conductas siempre haya una situación de poder o superioridad del agresor por la posición social, por la edad o por el desarrollo intelectual. Es importante diferenciar que en los juegos sexuales típicos de los niños pequeños no hay una diferencia de edad mayor a 4 años y los intereses son de curiosidad o investigación además de que no existe una imposición de ningún lado.

2.7 Participantes

Nora es una niña de 8 años 3 meses de edad, con una estatura de 1.10m aprox. Tiene la piel morena, cabello café oscuro y largo hasta la cintura. Su

complexión es delgada y constantemente usa vestidos rosas y coloridos, blusas rosas y/o rojas, pantalón de mezclilla y una bolsa tejida pequeña. Muestra siempre una actitud relajada y alegre, es inquieta y en ocasiones habla con un tono de voz muy elevado (pareciera que gritara).

La madre de Nora se llama Grecia, tiene 28 años de edad y es odontóloga. Su estatura es de 1.80 aprox., tiene la piel morena y cabello largo hasta los hombros, su complexión es algo robusta y suele vestir con pantalón de vestir y blusas o suéteres coloridos. Tiene una actitud apacible y tranquila, mostrándose siempre cooperativa y cariñosa con su hija. En la actualidad tiene un consultorio privado en su casa donde trabaja.

2.8 Escenario

Se trabajó en un consultorio infantil, que cuenta con una mesa de centro pequeña, tres sillas infantiles y 5 anaqueles de juguetes, donde están clasificados según el tipo de juego: juegos de mesa, muñecos y muñecas, plastilinas y herramientas, instrumentos musicales, juegos de té y de cocina así como alimentos de plástico, animales de peluche y plástico y juego de “la casita” (sala, comedor, cuarto, cama, cocina, familia).

También se realizaron entrevistas en un consultorio de adultos, que consta de un sillón individual, un sillón triple y una mesa pequeña donde hay plumas, una tabla para escribir y pañuelos desechables. El consultorio se encuentra adornado con un cuadro de un árbol pintado a mano.

El consultorio se encuentra ubicado en la ciudad de Morelia, Michoacán.

2.9 Técnicas de recolección de datos

Pruebas

1) Frases incompletas de Sacks para niños

Las frases incompletas consisten en el diseño de un conjunto de troncos verbales que el entrevistado debe estructurar “proyectando” sus ideas, valores, creencias, anhelos, fantasías, temores, etc. Por estos motivos se la considera una técnica proyectiva verbal.

Normalmente se incluyen en la prueba frases que exploran áreas significativas de la vida psíquica de un individuo, por lo que se utiliza el test para “investigar algún conjunto específico de actitudes” (p. 205). (Anexo 1).

2) Test proyectivo Casa-Árbol- Persona de Buck

Esta es una técnica proyectiva gráfica, utilizada mucho en la psicología, y conocida comúnmente como H.T.P., que son las siglas de su nombre en inglés (house, tree, person). Con la interpretación de cada uno de los dibujos, se puede evaluar la personalidad desde varios aspectos (familiar, afectivo, emocional, autoestimativo, etc.). El creador de esta técnica, Buck (1948), la creó con el propósito de facilitar la evaluación psicodinámica en individuos culturalmente diferentes. Haslop (2016) describe que “la producción de los dibujos del HTP involucra al funcionamiento intelectual por la habilidad para generar e identificar la información elemental que se requiere para dibujar detalles.” (p. 2).

Haslop (2016) dice lo siguiente:

Buck elige la casa, el árbol y la persona gráficos porque son los más aceptados para dibujar por todas las personas (sin importar su edad), los más familiares, estimulan una mayor cantidad de asociaciones y el espectro de simbolización que poseen es pertinente para evaluar aspectos esenciales de la personalidad. (p. 17)

Estos elementos permiten analizar el concepto que el individuo tiene de sí mismo, sus rasgos que acepta o rechaza, lo que valora, el lugar que considera

ocupar en el mundo, como vivencia su ambiente, sus aspectos inconscientes profundos y su autoconcepto (Anexo 2).

3) Test de la familia de Corman

El test del Dibujo de la Familia, es una prueba gráfica proyectiva, con la cual según lo descrito por Corman (1967) pueden conocer las dificultades de adaptación al medio familiar, los conflictos edípicos y de rivalidad fraterna. Además de los aspectos emocionales, refleja el desarrollo intelectual del niño. Esta prueba evaluará clínicamente como el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y como se incluye en este sistema al que se considera como un todo (Anexo 3).

4) Dibujo Libre

La técnica del dibujo libre, de acuerdo a lo dicho por Bacigalupi (2017), como toda técnica gráfica proyectiva explora la personalidad del sujeto. La misma nos permite ofrecerle al niño que proyecte libremente su mundo en una hoja. Esta prueba generalmente se aplica desde el comienzo de la etapa fálica del desarrollo psicosexual (a partir de los 3 años), hasta finalizado el período de latencia (alrededor de los 12 años).

Bacigalupi (2017) dice que “Mediante el dibujo, el niño podrá expresarse a su manera y su terapeuta logrará entender sus deseos, sus conflictos internos o sus cogniciones inconscientes que no pueden ser reveladas de otra manera”. (párr. 4) Esta técnica consiste en darle al niño amplia libertad para que proyecte en el papel su mundo íntimo por medio del dibujo, por lo que se espera que exprese sus conflictos, ansiedades y preocupaciones (Anexo 4).

Reporte de Sesiones

Se realizó una transcripción de cada una de las 10 sesiones terapéuticas que se llevaron a cabo con la paciente. Dentro de cada una de ellas se analizó el juego de la paciente, su discurso y sus reacciones al tratamiento (Anexo 5 al 13).

Entrevistas con la madre (Sesión #3, Anexo 7)

Se llevaron a cabo dos entrevistas con la madre de la paciente, gracias a las cuales se lograron recabar datos importantes acerca de la historia de vida de la paciente, así como de su relación con su madre. Otro elemento que se analizó igualmente fue el discurso de la madre y su relación con los síntomas presentados por su hija.

2.10 Confiabilidad y validez de la investigación

En la investigación cualitativa el entendimiento de la realidad es el propósito fundamental. Para Camarillo (1997), lo que hace que un estudio de caso, por ejemplo, pueda ser considerado “científico” no es la generalización de sus resultados, sino la capacidad de explicar el fenómeno en profundidad y esto se logra básicamente, mediante la presencia crítica del investigador en el contexto de ocurrencia del fenómeno en estudio así como a través de la triangulación de las fuentes de información.

La confiabilidad se refiere a la posibilidad de encontrar resultados similares si el estudio se replicara. Para procurar esto, dice Camarillo (1997), los investigadores que realizan estudios de corte positivista aíslan y controlan variables. Sin embargo, la realidad social es irrepetible y la complejidad en las interacciones de variables nos conduce a cuestionar una visión simplista de un fenómeno aislado artificialmente. En ciencias sociales no es posible la replicabilidad absoluta; la visión de una realidad holística y compleja no alienta el aislamiento de variables, ni la medición de ellas.

La confiabilidad y validez de la investigación se obtuvieron a través del método de triangulación de expertos e instrumentos. La triangulación, acorde a lo dicho por Benavides, Mayumi y Gómez-Restrepo (2005), se refiere al uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno.

Dentro del marco de una investigación cualitativa, la triangulación comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno, por ejemplo, el uso de varios métodos (entrevistas individuales, grupos focales o talleres investigativos). Al hacer esto, se cree que las debilidades de cada estrategia en

particular no se sobreponen con las de las otras y que en cambio sus fortalezas sí se suman (3). Se supone que al utilizar una sola estrategia, los estudios son más vulnerables a sesgos y a fallas metodológicas inherentes a cada estrategia (3) y que la triangulación ofrece la alternativa de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos (sea cual sea el tipo de triangulación) y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos.

2.11 Procedimiento

Fase 1. Elaboración del proyecto y fundamentación teórica

Se buscaron fundamentos teóricos con el fin de sustentar la investigación a realizar y de relacionar lo visto en sesiones con la paciente con las bases teóricas correspondientes.

Fase 2. Trabajo de campo

a) Sesiones de evaluación (aplicación de pruebas)

La madre de la paciente solicitó la atención psicológica, por lo que la psicóloga encargada de las evaluaciones llevó a cabo la entrevista principal con la madre, así como la aplicación de pruebas a la paciente. Una vez finalizada esta etapa, se asignó el caso a la terapeuta.

b) Tratamiento psicoterapéutico

Se llevaron a cabo 10 sesiones de psicoterapia, donde se trabajaron con la paciente distintos aspectos, principalmente el motivo manifiesto de consulta. Se lograron avances iniciales en cuanto a las conductas de la paciente, sin embargo, al finalizar el periodo de vacaciones de Semana Santa, la madre de la paciente no volvió a agendar otra cita, por lo que se dio por terminado el proceso.

c) Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis con enfoque psicoanalítico tanto de los resultados obtenidos de las pruebas psicométricas aplicadas a la paciente, así como de sus sesiones terapéuticas y las entrevistas llevadas a cabo con la madre y con sus maestras en la escuela.

Con los datos obtenidos se integraron en categorías de análisis, para presentarlos en el capítulo de resultados.

Fase 3. Redacción del reporte

Se elaboró el reporte de la investigación a partir de los datos teóricos, metodológicos y de campo. De esta manera se realizó el análisis correspondiente basado en la información obtenida y en la teoría relacionada a la temática de la investigación.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Nombre: “Nora”

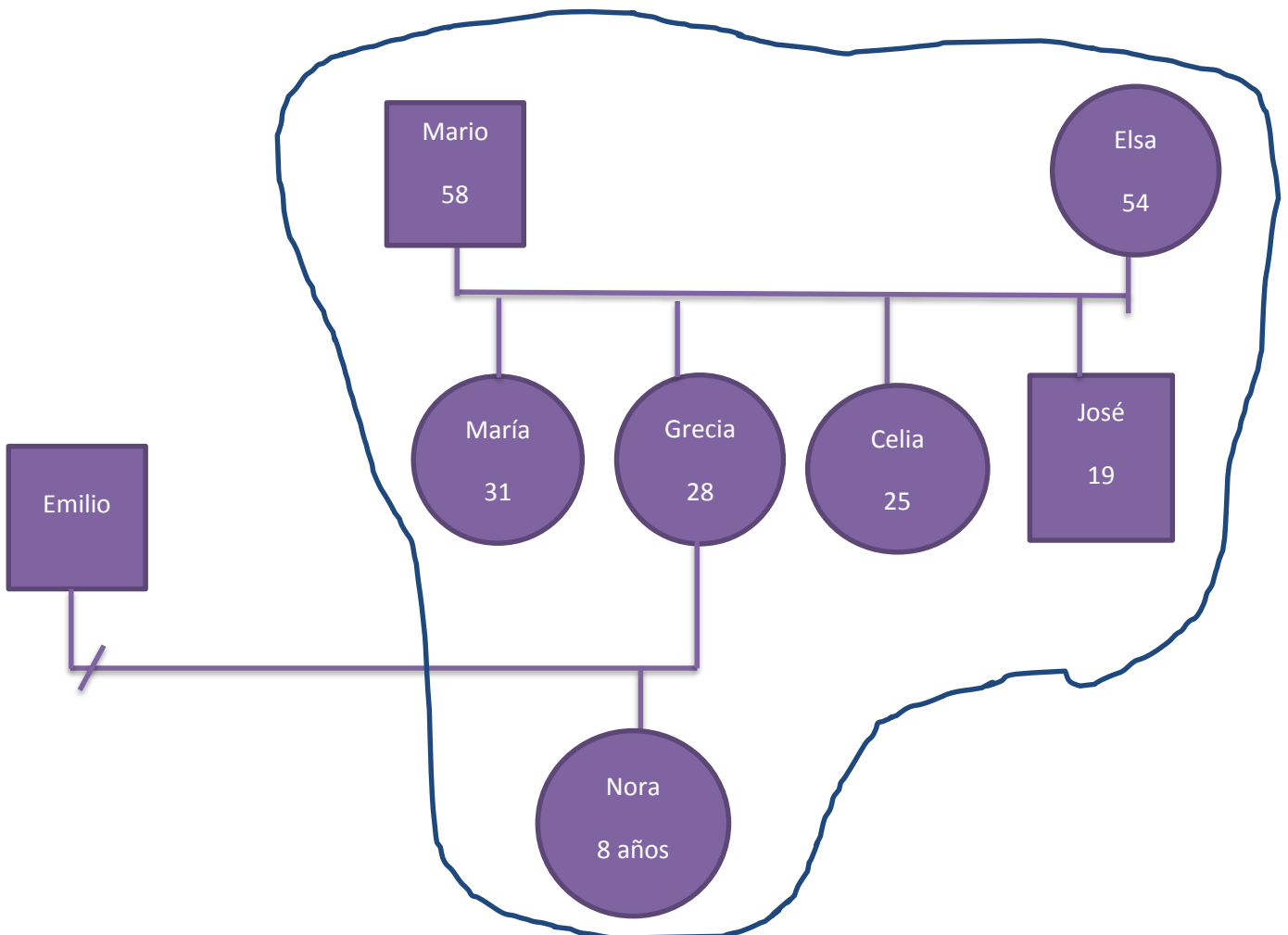
Edad: 8 años 3 meses

Género: Femenino

Escolaridad: 2º de primaria

Motivo de consulta: Nora es llevada a consulta por su madre debido a que suele “masturbarse” constantemente en la escuela.

Familiograma:



ÁREA FAMILIAR

La madre de Nora se llama Grecia tiene 28 años de edad y es odontóloga. Actualmente está trabajando en su consultorio particular.

El nombre del padre de Nora es Emilio, tiene 47 años y es policía. Se encuentra viviendo en Piedras Negras, Coahuila. Tuvo una pareja antes que la madre de Nora y tiene 2 hijos (una hija de 13 años y un niño de 8 años) de esa unión.

La mamá de Nora se fue a vivir con su pareja a la edad de 21 años y pocos meses después, ella queda embarazada. Ella se sintió feliz y emocionada al saber que sería madre, sin embargo, su pareja se mostró rechazante ante el embarazo, ya que él no quería ser padre por tercera vez.

Emilio dejó de ser afectivo con Grecia a partir de que se enteró de que estaba embarazada, mostrándose más frío y distante, e inclusive en ocasiones solía llamarla a ella por el nombre de su expareja. Además de esto, Emilio se llevó a sus otros dos hijos a vivir un tiempo a su casa mientras Grecia estaba embarazada, diciéndole que ahora ella debía mantenerlos y cuidar de ellos. Por otro lado, solía golpearla constantemente si ella salía de la casa sin su permiso aun si solamente fuera por ver a sus padres.

Siendo Emilio policía, solía contarle a Grecia acerca de lo que veía en su trabajo, lo cual la ponía sumamente nerviosa y ansiosa; inclusive en una ocasión ella fue testigo del asesinato de un policía justo frente a su casa. Debido a esto, ella manifiesta haber estado bajo mucho estrés, haber presentado cuadros de ansiedad e inclusive ver y escuchar cosas o personas que no estaban ahí.

Un día la hija de Emilio le dijo a Grecia:

“Es mejor que te vayas, porque te está tratando de la misma forma en que trató a mi mamá” (Sesión #3, Anexo 7).

Lo que la hizo reaccionar para irse de allí con ayuda de sus padres. Para este entonces Grecia tenía 5 meses de embarazo. Desde entonces, ella menciona que no ha vuelto a ver al padre de su hija. Sin embargo, él a veces la llama diciéndole que quiere regresar con ella, pero que Nora se quede con sus abuelos porque él no quiere verla. Grecia ha intentado convencer a Emilio de hablar con Nora y de conocerla, pero él se niega.

Actualmente Nora dice:

“Me he dado cuenta de que no le importó a mi papá”. (Sesión #3, Anexo 7)

Su madre menciona que al principio ella hacía muchas preguntas sobre su padre y se sentía triste por su ausencia, pero que últimamente parece que ya se ha acostumbrado a la idea de que su padre no esté presente.

Nora es muy cercana a su tía María, quien es médico, ya que menciona en continuas ocasiones que la extraña cuando ella no está y que quiere ir a verla. También se lleva muy bien con su tía Celia, quien es psicóloga, aunque casi no la ve por su trabajo.

En casa también vive su tío José de 19 años de edad. La madre de la paciente refiere que se lleva bien con su tío y que en ocasiones ven la televisión o juegan juntos.

EMBARAZO Y PARTO

El embarazo de Nora se desarrolló durante una situación inestable, dado que, según las palabras de su madre, su padre era *“una persona violenta”* y ella se *“encontraba sometida en violencia emocional, económica y física* (Sesión #3, Anexo 7)”. Ella prefería que el bebé fuera niña.

A los pocos días de haberse ido de la casa de su pareja, Grecia sintió que el bebé no se movía y se asustó pensando que quizás había habido un aborto debido al estrés que vivía y a los golpes. Menciona también que durante gran parte del embarazo, ella no sintió ningún movimiento del bebé. Al ir al médico le dijeron que el bebé estaba vivo y estaba sano, pero que su embarazo era complicado y que podía haber amenaza de aborto. Al hablarle del sexo de su bebé, le dijeron que sería niño.

Durante el embarazo, Grecia dice haber “*padecido de vómitos excesivos y de un aumento de peso exagerado, llegando a pesar un total de 121 kg en el 8vo mes de embarazo*” (Sesión #3, Anexo 7). Además de haber sufrido de una tos crónica que se agravó tanto que “generó que la piel de su estómago se adelgazara al punto de poder ver a través de ella”. (Sesión #3, Anexo 7). Afirma haber sufrido también preclampsia.

El parto se dio a los 8 meses, sufriendo la madre dolores intensos y teniendo que ser cesárea porque si esperaban más tiempo podría haber sufrimiento fetal. Al realizarse la cirugía, se le dijo a Grecia que su bebé era niña, no niño como siempre había pensado. En ese momento la madre se desmayó y tuvo un paro cardio respiratorio. Ella menciona que recuerda haber sentido como los médicos trataban de revivirla con el desfibrilador, y haberlos escuchado hablar, pero que ella no podía moverse. Su corazón no latía y no tenía pulso, por lo que se le dio por muerta durante unos minutos. Finalmente logró recuperar el pulso, pero había quedado totalmente inconsciente, por lo que la llevaron a terapia intensiva y estuvo inconsciente durante 1 mes.

Durante este mes, los padres de Grecia fueron los encargados de cuidar de Nora mientras su madre se recuperaba, por lo que madre e hija se conocieron hasta un mes después.

ÁREA ESCOLAR

Acorde a lo descrito por la madre de Nora, ella es una estudiante promedio, ya que tiene calificaciones regulares (entre 8 y 7 aproximadamente) y que en ocasiones suele subir o bajar dependiendo de la materia. Lo que la lleva en ocasiones a bajar de calificaciones es el no entregar trabajos a tiempo, ya que está platicando con sus compañeros o se distrae al masturbarse en clase y no logra terminar los trabajos.

Sus maestras la describen como una alumna inquieta pero que se lleva bien con la mayoría de sus compañeros. Dicen que le cuesta prestar atención ya que se distrae fácilmente al platicar con sus compañeras y que también le gusta ir a ver que están haciendo sus compañeros e informarle a la maestra quien está trabajando y quién no.

Nora expresa que le gusta ir a la escuela porque le gusta ver a sus amigas y asistir a su clase de música.

ÁREA SOCIAL

Nora ha hablado acerca de que se lleva bien con la gran mayoría de las niñas de su salón, así como con los niños. Es muy juguetona y le encanta estar con sus amigos. Sin embargo, menciona que una niña de su salón constantemente la molesta llamándola “*gorda*” o “*fea*” (Sesión #5, Anexo 9), lo cual la hace sentir muy triste y enojada.

Esta situación con la niña que la molesta la ha llevado a discutir con ella o a pelearse en algunas ocasiones, inclusive una vez tuvo un problema en la escuela debido a que esta compañera la estaba molestando y para que la dejara en paz Nora la mordió en el brazo. Ella mencionó que sabe que lo que hizo no está bien pero que ya estaba harta de que su compañera la molestara.

La madre de Nora explica que su hija nunca mostró miedo hacia los extraños y que siempre ha sido una niña extrovertida y muy sociable, ya que le gusta saludar a todas las personas que se encuentra en la calle y platicar con quien llega a la tienda de abarrotes que tiene su familia en casa. Sin embargo, estas conductas han llevado a Nora a exponer su seguridad ya que suele hablar mucho más con hombres extraños que con mujeres, y le gusta bailar y correr a su alrededor.

En una ocasión un vecino de Nora de 5 años de edad, con quien parece llevarse bien, fue a su casa a jugar con ella. Sin embargo, cuando la madre fue a ver como estaban los encontró en la cochera y vio que estaban bajándose la ropa interior y que el niño le decía a Nora que “*se lo chupara*”, y que Nora le decía que no quería hacerlo. Esto sorprendió a Grecia y dice haberse asustado porque su hija jamás había hecho eso y ella sospecha que el niño fue quien inicio el juego.

HISTORIA DEL SÍNTOMA

La madre de Nora dice que siempre se ha considerado una “*obsesiva de la limpieza*” (Sesión #3, Anexo 7), ya que le encanta tener su casa lo más limpia posible y que ella y su hija estén lo más limpias posible físicamente.

Ella afirma que, desde que Nora era bebé, tenía especial cuidado en su limpieza genital, limpiándola constantemente a pesar de que ya estuviera limpia o acabaran de bañarla. Dice también que cuando se le cambiaba el pañal, Grecia solía “*enrollar una toallita húmeda y pasársela a Nora por toda el área genital con esmero, hasta que estuviera totalmente limpia*” (Sesión #3, Anexo 7). Ella continuó limpiando a Nora hasta que la niña cumplió los 3 años y comenzó a decir que “*era su cuerpo y ella tenía que limpiarse sola*”.

Siendo Nora un bebé, su madre notaba que solía “*ponerse dura*” o “*hacer fuerzitas*” (Sesión #3, Anexo 7) muy seguido. Esta conducta continuó conforme la niña iba creciendo y en la actualidad persiste. Nora comenzaba contrayéndose y apretando su zona genital y en la actualidad realiza un frotamiento constante.

Ella dice que siente la necesidad de hacer esto cuando se pone nerviosa, ansiosa o se estresa. Las situaciones que comúnmente la estresan tienen que ver con la escuela (no alcanzar a terminar los trabajos, no poder hacer lo que ella quiere, que una compañera la moleste, etc). Menciona también que en algunas ocasiones suele orinarse en pequeñas cantidades después de hacerlo. El lugar en donde Nora manifiesta más comúnmente su síntoma es en la escuela, ya que su madre refiere que en casa no se le ha visto hacerlo.

En entrevista con las maestras de Nora, ellas refieren que, según sus observaciones, la niña suele masturbarse aproximadamente unas 6 veces por día, durante las cuales suele frotarse contra la esquina de su pupitre de madera. Las maestras suelen tratar de distraerla pidiéndole que las apoye con algunas actividades con el fin de interrumpir el proceso. Sin embargo, Nora refiere que cuando esto ocurre ella se siente triste y frustrada.

PERSONALIDAD

A Nora siempre le ha gustado abrazar a su madre desde los primeros meses, al igual que siempre ha sido afectiva y amorosa con ella y con las demás personas que la rodean. Su madre dice que ha sonreído siempre desde que nació. Como ya se mencionó, nunca ha mostrado reacción de miedo frente a los extraños y más bien le gusta mucho platicar con las personas aunque no las conozca.

Es sumamente expresiva en cuanto a sentimientos tales como la felicidad o cuando algo le gusta o le emociona, pero cuando se trata de la frustración o el enojo no suele expresarlos tan abiertamente, al igual que no dice cuando algo le molesta. Nora no suele hacer berrinches en la actualidad, ya que su madre dice que cuando algo se le niega se le explica por qué y siempre suele entenderlo, que solo ha hecho un berrinche en toda su vida cuando era más pequeña.

Su madre define el carácter de Nora como “*afectuosa, alegre, cariñosa y amable*” en su historia de desarrollo. Lo que se pudo observar durante las sesiones terapéuticas, Nora es una niña muy alegre y a quien le gusta llamar la atención, ya que suele hablar con un volumen de voz muy alto e inclusive anunciar su llegada al consultorio. Se emociona mucho al saber que va a jugar en su sesión, al igual que siempre le gusta ganar y ser la primera en todo; cuando esto no pasa manifiesta una risa nerviosa y se pone inquieta, mas no muestra enojo o inconformidad.

ÁREA SEXUAL

Según los datos otorgados por Grecia, la madre de Nora, ella comenzó a darse cuenta de la diferencia entre los niños y las niñas al año y medio de edad, ya que ella ya tenía conocimiento de los genitales y de su cuidado. Esto debido a que su tía María estudió medicina y a veces observaba sus libros de anatomía y su tía le explicaba que era cada parte del cuerpo.

Nora nunca ha mostrado curiosidad sobre el origen de los niños ya que su madre dice que no ha preguntado nunca sobre este tema.

Se notó la tendencia a tocarse los genitales a partir de 1º de primaria, por lo que se la llevó a terapia para solucionarlo, pero no hubo éxito.

En cuanto a la preparación acerca de la sexualidad, su madre le ha dicho que los genitales son "*partes íntimas de cuidado*" (Sesión #3, Anexo 7); y aunque se le ha comentado acerca de la menstruación, nunca se le ha preparado específicamente para ella. La madre mencionó también que Nora muestra una actitud siempre positiva hacia su sexo, ya que "*le gusta ser una mujer femenina*".

MADURACIÓN

A Nora se le alimentó con biberón debido a que su madre se encontraba en recuperación en el hospital, dejándola a cargo de sus abuelos maternos. A los tres meses y medio de edad se le comenzaron a dar otros alimentos, sin que presentara cólicos. El biberón le fue retirado de forma definitiva al año de vida. No se encontraron alteraciones acerca de esta área y el desarrollo se determina normal.

En lo referente a los hábitos de sueño de Nora, ella siempre ha tenido problemas para dormir, siendo inquieta y presentando resistencias para ir a la cama, al igual que hablando mientras duerme y teniendo pesadillas. Suele dormir en la misma cama con su madre y en ocasiones con su tía. Por lo tanto, el sueño de Nora presenta alteraciones en sus hábitos ya que, acorde a la edad que tiene, ya debería de dormir en su propia cama y habitación, además de que los demás síntomas pueden ser síntomas de ansiedad.

En cuanto al entrenamiento de esfínteres, se le empezó a educar al año y medio de edad, tomando poco tiempo en que Nora lograra ir al baño sola. La madre describe que se utilizó el método de "la competencia" para realizar la educación, pero no se especificó en qué consistía tal método ya que la madre dice no acordarse bien de toda la información. La paciente no ha presentado incontinencia diurna o nocturna hasta este momento, por lo que se determina que su nivel de maduración en este aspecto es normal.

Respecto al lenguaje, la paciente comenzó a tratar de darse a entender entre los 7 y 8 meses de edad, siendo "agua" su primera palabra y logrando unir

palabras y frases antes de los 2 años. En ésta área no se han presentado alteraciones, por lo que se determina que el desarrollo es normal.

En lo referente al desarrollo motor de Nora, ella logró sostener la cabeza entre los 4 y 5 meses, se volteo sola a los 3 meses y logró sentarse con ayuda entre los 4 y 5 meses igualmente, logrando hacerlo sin ayuda a los 5 meses. Ella no gateo, pero logro ponerse de pie firmemente al año de vida; caminar con ayuda desde los 7 meses y 1 año lo logró sin ayuda. Sus actividades físicas preferidas han sido comer, dibujar, ver películas y los juegos de mesa como el dominó y el memorama. Aprendió a andar en triciclo a los 2 años y en bicicleta a los 5 años. Tomando como base estos datos, el área de desarrollo motor de Nora se califica como normal.

En cuanto a la historia de la salud de la paciente, aparentemente no ha sufrido ninguna enfermedad grave.

2. EVALUACIÓN DEL CASO.

Nora es una niña que manifiesta inseguridad sobre sí misma, así como sobre su vida emocional, ya que se percibe como alguien que requiere apoyo y ayuda para sentirse más segura. Esto la lleva a buscar constantemente personas sobre las cuales confiar y sentirse apoyada.

Otro aspecto importante de Nora es su poco control de impulsos, los cuales son fácilmente expresados sin filtro alguno, frente a lo cual ella se siente impotente e inadaptable. Estas manifestaciones conductuales son de tipo histérico, por lo que Nora puede mostrarse como una niña con gran fuerza vital y audacia, pero con conflictos para controlarse a sí misma.

Nora es una niña que no se siente segura de sí misma ni se siente suficientemente buena, por lo que requiere de apoyo que su ambiente no parece proporcionarle. Por lo tanto, ella misma ha generado mecanismos compensatorios con el fin de tratar de negar su realidad.

Ella tiene conciencia de enfermedad acerca de su síntoma (masturbación), lo cual es una temática que la preocupa y que incluso ha provocado cierta

confusión acerca de su propia identidad de género y como persona, además de que ella se siente culpable por la enfermedad que manifiesta.

Percibe a los demás miembros de su familia como personas enfermas o incapaces de cumplir su rol de la mejor manera, por lo que suele sentirse responsable por lo que ocurre en casa y por los problemas que ella causa a través de sus síntomas.

Nora es una niña extrovertida y con gran expansión vital, sin embargo, el ambiente en el que se desarrolla suele inhibir sus conductas e inculcarle que debe atenerse a las normas, generando en ella depresión, apatía, sentimientos de culpa y una gran falla en el contacto afectivo con su familia.

Asimismo presenta rasgos de agresividad y descontrol.

FAMILIA

En cuanto a la familia, se pudo observar que Nora percibe a las figuras masculinas de su familia como impulsivos, audaces y violentos, lo cual le genera cierta ansiedad, sin embargo, su padre es la figura a quien más valora, a pesar de no conocerlo. Esto puede indicar que tiene una figura idealizada de padre a partir de lo que ha sabido de él, y que a pesar del rechazo constante, ella desea conocerlo y ha depositado en él grandes esperanzas de apoyo. A pesar de esto, ella desea mantener separados a sus padres.

Nora percibe a su madre como una persona inaccesible y aislada afectivamente, a pesar de depender mucho de ella. Este aislamiento le genera preocupación por ella, además de sentir una gran necesidad de apoyo, el cual no se le da de la manera en que Nora lo requiere. Esto la hace sentir insegura ante la ambivalencia y la tensión que su madre proyecta. En cuanto a su padre, Nora lo percibe como una figura a la que necesita, pero que no es adecuada para cumplir su función. A pesar de no conocerlo (y de no expresar deseo por conocerlo), suele preocuparse por él y constantemente fantasear acerca de él. La ausencia de su padre ha generado en Nora sentimientos de depresión e inseguridad.

Los abuelos son las personas a quienes Nora ve como los más débiles o enfermos, (probablemente por ser los más grandes en edad o por la enfermedad que padece su abuela), pero su abuela es una figura sumamente importante para ella ya que es con quien se identifica. La figura con menor valor es la de la madre, con quien tiene gran dependencia y dificultades para el contacto afectivo.

3. RESULTADOS POR CATEGORÍAS

CATEGORÍA 1. APEGO

a) Apego

La teoría del apego explica que desde el momento en que el ser humano llega al mundo, existe una reacción biológica e innata que le permite mantenerse cerca de la figura de quien depende para su cuidado y sobrevivencia. Este tipo de relación se mantendrá a lo largo de la vida y se replicará de forma similar con las relaciones que vaya formando.

Bowlby (1969) definió el apego cómo “una conectividad psicológica duradera entre los seres humanos” (p.164). Además sostiene:

“El sistema del apego es activado siempre que el ser humano se halla en una situación de estrés o traumática. El dolor, el miedo o la humillación motivan de forma innata al ser humano a buscar protección en la proximidad de una figura de apego.” (p. 129).

Estos deseos de contacto, afecto y protección, se estructuran e internalizan a través de la interacción con la figura de apego en un vínculo estable, por lo que no solamente acercan el niño a su madre, sino también procuran que la madre este cerca del niño. Por lo que, la seguridad que el pequeño busca es proporcionada la persona que lo cuida y protege, no teniendo que ser necesariamente la madre o el padre.

Tipos de apego

Ainsworth (1970) definió 4 tipos de patrones de apego:

a) Apego seguro

Este tipo de apego es desarrollado cuando la madre tiene una respuesta positiva y de cuidado hacia las necesidades de sus hijos, además de que es constante. Esto le permite al niño sentirse seguro para explorar el ambiente, pues su madre le ha otorgado la confianza suficiente para que pueda explorar.

Garrido (2006) explica que los individuos con apego seguro muestran menores índices de ansiedad, índices más bajos de hostilidad, mayor seguridad, comodidad con la cercanía y la interdependencia, confianza en la búsqueda de apoyo y mejores estrategias de afrontamiento del estrés. Los individuos con apego seguro confían en sus figuras de apego y perciben el ambiente como poco amenazante. Esto resulta en la capacidad de enfrentar los desafíos de la vida diaria de manera fluida, sin necesidad de aplicar mecanismos de defensa masivos; por lo tanto, este grupo de individuos son los menos propensos a los trastornos de la personalidad. Estos sujetos continúan buscando relaciones de apego efectivas durante toda la vida.

b) Apego ansioso-ambivalente

Este tipo de apego, según Mikulincer (como se citó en Garrido, 2006) manifiesta miedo como emoción predominante, además de que mantienen un nivel alto de ansiedad constante, gran evitación, una gran necesidad de cercanía así como una alta preocupación por las relaciones y miedo a ser rechazados y a la separación.

c) Apego ansioso-evitativo

Mikulincer (como se citó en Garrido, 2006) enfatiza que este estilo de apego se caracteriza por la ausencia de seguridad en la relación, existe una autosuficiencia compulsiva y la preferencia por una distancia emocional con los demás. Sin embargo, a pesar de que estos niños no muestren interés por mantener una relación cercana, manifiestan varios signos fisiológicos que revelan ansiedad permanente. También añade que quienes presentan un apego ansioso-evitativo pueden presentar intensos episodios de enojo con alta hostilidad, pero que también tienden a esconder su ira mediante la negación de sus emociones.

d) Apego desorganizado/desorientado

Delgado (2004) explica que además de estos tres tipos de apego presentados, existe un cuarto estilo descrito por Main y Solomon en 1986, que es el apego llamado desorganizado. En este caso, los niños manifiestan mayor inseguridad, conductas confusas y contradictorias ante su madre. Por ejemplo, suelen mirar hacia otro lado mientras su madre los carga o se acercan a ella teniendo una expresión triste y monótona, pueden llorar de forma inesperada a pesar de estar tranquilos y pueden adoptar posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados.

En el caso de Nora, ella manifiesta un apego ansioso-ambivalente, debido al tipo de relación que llevó con su madre desde el momento de su nacimiento. La madre parece no haber desarrollado una vinculación afectiva profunda con su hija desde el embarazo, al punto en que no sentía al bebé (Anexo 7, Sesión #3), y por el hecho de que el embarazo le trajo conflictos con su pareja. En cuanto a su nacimiento, Nora conoció a su madre hasta un mes después de nacer debido a la condición crítica en la que ella se encontraba, por lo que su primer contacto fue con distintas personas y tuvo que ser criada por sus abuelos durante este tiempo.

Nora en ocasiones habla de su madre expresando admiración (Anexo #1) y el deseo de ser como ella, sin embargo, en otras ocasiones se queja de ella diciendo que no la deja hacer lo que ella quisiera. Conforme a los resultados de las pruebas aplicadas es posible determinar que Nora no siente a su madre como una figura que pueda proporcionarle seguridad y afecto; sin embargo, continúa buscando su apoyo y estar cerca de ella por miedo al abandono.

Su madre se enfocaba exageradamente en la limpieza genital de su hija (Anexo 7, Sesión #3), por lo que constantemente la limpiaba con esmero, lo cual se detuvo hasta que la niña se lo pidió. Esto demuestra que la madre estaba más preocupada por su propia ansiedad por la limpieza que por la comodidad de su hija. Sobre esto ella comentaba que *“recordaba que su hija solía rozarse muchísimo y que, siendo ella muy obsesiva con la limpieza, aunque estuviera recién bañada solía pasarle una toallita húmeda por el cuerpo. Hacia rollito la toallita y le limpiaba los genitales concienzudamente,*

porque a veces se hacía pipí o popó y no quería que le quedaran residuos y se rozara, pero que jamás pensó que la lastimaría”.

b) Vínculo

Para Pichón-Rivière (1980), el vínculo es “la forma en que una persona se relaciona con las demás, estableciendo una estructura relacional entre ambos comunicantes que va a ser única entre ellos dos” (párr. 4). El apego generado con el cuidador (la madre) es la base para el desarrollo del modelo de relaciones interno que la persona tendrá a lo largo de su vida, y gracias al cual se regirá para relacionarse con las demás personas que la rodean.

Lafuente y Cantero (2010) distinguen tres tipos distintos de vínculos entre otros tipos:

a) Vínculo de amor romántico: es un vínculo de tipo afiliativo que, cuando la relación dura lo suficiente, puede llegar a adquirir las cualidades de un vínculo de apego.

Este es un tipo de vínculo que, según los autores, se encuentra en constante cambio en función del estado de la relación amorosa. Esto implica que pueda ser descrito de diferentes formas por una misma persona.

b) Vínculo de amistad: se trata de un vínculo afiliativo que con la edad, al igual que el vínculo de amor romántico, puede transformarse en un vínculo de apego. Es una relación de reciprocidad y afecto, voluntaria, estable y diádica, que evoluciona con la edad hacia concepciones más profundas y con mayor nivel de intimidad.

c) Vínculo parento-filial: Para Lafuente y Cantero (2010), este vínculo se puede definir como “un vínculo vertical que aproxima afectivamente a los padres hacia su descendencia, promueve en ellos la tendencia a ajustarse a las necesidades y características de sus hijos, y desarrolla conductas de protección y cuidados hacia ellos.” (p. 312).

Nora presenta, de manera general un vínculo de tipo sangre y de alianza con toda su familia, dado que están unidos de forma biológica o de forma afectiva.

Sin embargo, existen más tipos de vínculos que mantiene con cada uno de los miembros de su familia, los cuales se presentan a continuación:

- Madre

Nora y su madre Grecia mantienen un vínculo ambivalente, ya que la paciente parece admirar muchísimo a su madre, buscando ser como ella y estar a su lado, sin embargo no se siente en confianza de contarle muchas cosas o compartirle cuando se siente triste o algo le molesta.

Pasan mucho tiempo juntas e inclusive duermen en el mismo cuarto, con las camas juntas pero individuales.

Además de esto, la madre de Nora cuenta que cuando esta era pequeña y la limpiaba exhaustivamente en el área genital, fue la niña quien le puso un alto a los 3 años de edad, diciéndole que “era su cuerpo y que no debía dejarse tocar por nadie” (Sesión #3, Anexo 7). Esto demuestra que la niña se sentía incómoda con lo que su madre hacía con ella, por lo que tuvo que detenerla.

Por lo tanto, el vínculo que la madre manifiesta hacia su hija sería catalogado en el tipo de vínculo de posesión, ya que pretende ser cercana a su hija, sin buscar el bienestar de la niña. Esto dado que el tratamiento implicaba, no solo la desaparición del síntoma de la masturbación, sino la separación de la simbiosis madre-hija en la que se encontraban, lo cual no logró realizarse por alejamiento de la madre e interrupción del tratamiento. Esto indica que la madre estaba más preocupada por mantener a su hija cerca de ella y de controlarla que por la cura total.

En el caso de la niña hacia la madre, los papeles fueron invertidos, siendo la niña quien se preocupaba por su madre y quien le ponía límites, en lugar de que lo hiciera la figura materna. Esto implica que la relación simbiótica se mantiene por la codependencia de una con la otra.

- Padre

El padre de Nora ha estado ausente de su vida desde antes de que naciera, ya que se separó de su madre cuando supo que estaba embarazada. Un par de veces ha llamado a Grecia para pedirle regresar, pero ella se niega y él se

niega también a conocer a su hija. Inclusive ha habido ocasiones donde el pide hablar con Nora, pero cuando le pasan el teléfono a la niña el cuelga o no le responde.

El vínculo que Nora tiene con su padre está fundamentado en las fantasías que ella se ha hecho de él y en lo poco o mucho que le han contado sobre él. Por lo tanto, podría considerarse un vínculo transobjetivo, dado que es una relación con un ente abstracto. Aparentemente ella ha perdido el interés en conocerlo o hablar con él, resignándose a la idea de que a él “no le importa” (Anexo #7, Sesión 3). Cuando ella habla de su padre, pareciera no interesarse mucho en el tema, pero deja entrever tristeza y añoranza.

- Familia

La paciente Nora vive con sus abuelos maternos y con sus tías y tío maternos. Ella se relaciona de forma muy cercana con su abuela, ya que ella es la encargada de vigilar a su abuela cuando su madre o las demás personas de la casa no están o están ocupadas, esto por la “demencia” que ella padece. Su abuela suele consentirla mucho y jugar con Nora. En cuanto a su relación con su abuelo, no se da mucha información. Ella ve a sus abuelos como personas débiles a quienes necesita cuidar, por lo que se responsabiliza de ellos. Para Nora es triste cuando algún miembro de su familia no está cerca de ella, mostrando una gran necesidad de cercanía y apoyo por parte de su familia.

Por lo tanto, puede ser que el vínculo que mantenga con ellos sea de tipo amoroso, donde ambas figuras cuidan una de la otra, sin embargo, la paciente se encuentra de nuevo en la posición de cuidadora y de protectora de su abuela, por lo que los roles familiares también están desfasados en esta relación.

Por otro lado, Nora es muy cercana a su tía María, a quien manifiesta extrañar cuando no está presente, ya que suelen jugar juntas en ocasiones. También se lleva bien con su tía Celia y su tío José. Las dos hermanas de su madre, aparentemente, son figuras un poco más independientes del sistema familiar y que podrían fungir como figuras rescatadoras de la fuerza yoica de la paciente,

influyéndola acerca de conductas contrarias a la relación que lleva con su madre y por lo tanto, más independientes.

- Amigos - Grupo Social

Según la información recopilada acerca del círculo de amistades de Nora, ella parece ser una niña sociable, a quien le gusta jugar con los demás y tener amigos. Sin embargo, pareciera apreciar mayormente la relación con los adultos que con los niños, ya que una de sus maestras describe que constantemente “les chismea” (Sesión 6, Anexo #10) lo que sus compañeros hacen, buscando así la aprobación de sus maestras pero ganándose el que algunos compañeros no quieran jugar con ella.

En el caso de Nora, ella se vincula con las personas buscando agradecerles y llamar su atención, pudiendo ser esto un resultado de su temor al abandono que también manifiesta con su madre (Sesión 3, Anexo 7). Ella no muestra reacciones de temor hacia los extraños, sino que le gusta entablar conversación con gente que no conoce, e inclusive llega a bailar frente a ellos. Esto es la manifestación de su necesidad de apoyo y cercanía.

Gracias a esto es posible determinar que Nora ha establecido un vínculo patológico por vinculación inhibida, el cual según la definición de Zeanah y cols (cómo se citó en Díaz y Blánquez, 2004), se presenta en los casos en donde no ha existido disponibilidad parental o figuras de apego estables o han sido impredecibles, además de que estas situaciones son propias de las hospitalizaciones prolongadas o continuas.

La madre de Nora no ha sido una figura disponible emocionalmente para cuidar de ella y para proporcionarle un desarrollo psíquico adecuado, lo cual provoca que ella vea a sus figuras familiares como cercanas, mas no con el apoyo emocional que ella requiere que le den. Por lo que a pesar de que se preocupen por ella y pretendan cuidarla, ella se siente abandonada. Lo anterior provoca que ella busque cariño y atención de las demás personas, aunque de una manera equivocada.

El vínculo a través del cual Nora se relaciona con su grupo social es el vínculo de control, mediante el cual busca controlar la cercanía con los demás

mediante la sexualidad (que fue lo que su madre le enseñó inconscientemente) con el fin de evitar la soledad y el desamparo, ya que ella ha aprendido que solo a través de la corporalidad y de la seducción es que se consigue el cariño y la protección de los demás.

Esta es la raíz de la pauta relacional que Nora ha seguido a lo largo de su vida, y de la cual se deslindan todos los demás vínculos que ha formado con amigos, compañeros de clase, conocidos, etc.

Por lo tanto, puede concluirse que el patrón relacional que la paciente presenta con todas las personas que la rodean es consecuencia del patrón de apego que se desarrolló entre la paciente Nora y su madre. El apego que se desarrolla desde el nacimiento es la referencia relacional que tiene la persona con el mundo y es así, como Nora confunde el afecto y la protección con la erotización, esto debido a la sobreexcitación a la que fue sometida desde pequeña, resultando en una catectización excesiva del cuerpo y de la genitalidad. Esto se explicará con mayor claridad en el siguiente apartado.

CATEGORÍA 2. CONDUCTAS HIPERSEXUALIZADAS

Las conductas sexuales orientadas al coito con el sexo contrario o a la reproducción deberían ser exclusivas de los adultos, por lo que cuando un niño las manifiesta suele ser una señal de patología en el desarrollo, a la cual se le conoce como conductas hipersexualizadas.

Romero (2014) enlista las siguientes conductas como hipersexuales:

- Tener conocimiento acerca de actos sexuales específicos o lenguaje sexual explícito que un niño a su edad no tendría (es decir, su lenguaje no corresponde con su edad).
- Participar en contacto sexual semejante a los adultos y actos sexuales con otros niños.
- Puede jugar con muñecos y simular actos sexuales, gemidos.
- Conocer actos sexuales específicos (sexo oral, sexo anal, posiciones sexuales).
- Interacciones sexuales similares a la de los adultos (ej. Que la niña se muestre seductora con adultos).

- Puede jugar con muñecos y simular actos sexuales, gemidos.
- Frecuentes conductas sexuales similares a la de los adultos.
- Comportamientos sexuales en lugares públicos (realizar movimientos sugiriendo acto sexual, gemir, etc).

En el caso de Nora, y según la lista presentada por Romero (2014) ella entraría en la categoría de “Comportamientos sexuales en lugares públicos”, debido a que presenta un frotamiento y masturbación constante específicamente en la escuela, además de que se muestra seductora frente a los adultos y ha participado en juegos de tipo sexual con otros niños.

Ella suele efectuar la masturbación cuando se siente ansiosa o estresada (Sesión 4, anexo #8), ya que ella dice que eso la calma. Este síntoma, según lo indicado por la madre de la paciente (Sesión #3, Anexo #7,) ha estado presente desde que ella era pequeña, dado que la veían “*hacer fuercitas*” constantemente. También sus cuidadoras de la guardería y sus maestras de preescolar hacían hincapié en que lo hacía de forma constante, llegando a ser el motivo de la consulta. Este síntoma surgió debido a que cuando Nora era un bebé, su madre solía limpiarla con mucho énfasis en su zona genital, sobre estimulando esa área. Nora parece estar perfectamente consciente de lo que hace (Sesión #4, Anexo #8,) sin embargo, no puede identificar por qué no puede evitar hacerlo, ya que dice que aunque trate de evitarlo, al final termina haciéndolo por la ansiedad que le causa.

Es posible que el síntoma actual de la paciente sea un reflejo de aquella forma de relación que mantuvo con su madre desde los inicios de su vida, recreando aquella sensación placentera que obtenía cuando su madre la limpiaba y, gracias a eso, anulando su ansiedad ante lo que no le agrada. Esto también permitiría a la paciente evocar la sobre estimulación genital con la que su madre la trataba y mediante la cual ambas se vincularon. Debido a esto, el área genital de la paciente fue catectizada en exceso, por lo que a través de la masturbación es como Nora se vincula a su madre desde una instancia psíquica primitiva, a pesar de que es algo que el ambiente le reprueba.

CATEGORÍA 3. ABUSO SEXUAL

Lammoglia (1999) afirma que el abuso sexual es “toda acción ejecutada por un sujeto que se vale de otro para estimularse o gratificarse sexualmente, sin el consentimiento o voluntad de este último” (p. 33).

En el caso de Nora, se la estimulaba sexualmente siendo un bebé cuando ese tipo de estimulación sensorial no era la adecuada para su edad. La madre afirmaba que, debido a su “obsesión por la limpieza”, sentía que debía de limpiar a su hija de forma exhaustiva en su área genital con el fin de evitar de que quedara algún residuo de evacuaciones que pudieran afectarla (Sesión #3, Anexo #7,). De tal manera que, la sobre estimulación sexual que se le daba a Nora como consecuencia de la limpieza excesiva era ejecutada debido a las necesidades de la madre y a su ansiedad por la limpieza y la aparente suciedad de la paciente, pero en ningún momento tuvo algo que ver con el bienestar real de la niña y mucho menos hubo consentimiento de su parte dado que era una bebé.

Un factor importante en la sobre estimulación sexual a la que Nora fue sometida es el hecho de que esta conducta siguió presentándose hasta que ella tenía tres años de edad, cuando ella misma fue quien detuvo a su madre expresándole que ya no quería que ella la siguiera limpiando de esa forma porque en el preescolar le habían explicado que nadie podía tocar su cuerpo sin que ella así lo quisiera (Sesión #3, Anexo #7). Esto implica, no solo la fuerza yoica que la niña tiene comparada a su madre, sino que esta conducta probablemente le era incómoda y por eso decidió ponerle fin.

Aunado a lo anterior, es necesario agregar que durante la entrevista realizada a la madre de la paciente, ella reveló el hecho de que en una ocasión, cuando su hija estaba en la guardería la mandaron llamar dado que habían notado que la bebé sangraba de forma rectal por lo que se interrogó a la madre acerca de esto. Ella afirmó que llevó a la niña con el médico y que éste le había dicho que se trataba de una infección en los riñones, a pesar de que esto no tiene relación alguna. Debido a esto se puede especular que en algún momento también ocurría algún tipo de limpieza excesiva en esa área, aunque la madre lo niega.

De tal manera que esto puede ser considerado abuso sexual dado que era una exposición y estimulación sexual del área genital de la paciente no apropiado. Por lo tanto se determinó que esta conducta era un tipo de abuso sexual deshonesto, ya que según Sánchez (2001), “el delito de abusos deshonestos consiste en los acercamientos o contactos corporales de significación sexual con la víctima, sin que se dé la penetración necesariamente” (p. 1). En el caso de Nora, no hubo penetración alguna, pero si una estimulación sexual de su madre hacia ella; esto porque la madre aparentemente no tenía intención alguna de estimular sexualmente a su hija o de obtener ella misma satisfacción sexual al realizar la limpieza, sin embargo, esto ocurrió por lo que se le denominaría de esta manera ante la falta de intención consciente de la madre.

Capítulo III. Análisis de resultados

Como se determinó en los resultados por categorías, el apego que la paciente Nora desarrolló a partir de sus experiencias primarias de vida con su madre es un apego de tipo ansioso-ambivalente. Esto ya que, según la información recabada a lo largo de la investigación, se pudo notar que la niña presenta una conducta ambivalente hacia su madre, al igual que de su madre hacia ella. Por un lado, muestra una gran admiración por su madre y busca estar cerca de ella siempre, pero por otro lado la misma Nora se siente invadida por ella y busca marcar límites entre ambas, como se observó en el momento en que le pidió a su madre que dejara de limpiarla como lo había hecho desde que era un bebé.

Al surgir este tipo de apego como consecuencia de la relación madre-hija y sus conductas, el patrón relacional de Nora se vio modificado, caracterizando sus relaciones por tener un patrón de dependencia y búsqueda de aceptación, además de utilizar la sexualidad como método para relacionarse y obtener afecto.

En cuanto a las conductas denominadas hipersexualizadas, las que la paciente Nora presenta son: frotamiento y masturbación constante en lugares públicos (escuela), comportamiento seductor frente a los adultos y participaciones en juegos sexuales con otros niños. Estas conductas son consecuencia de la sobre estimulación sexual a la que la niña fue sometida por su madre al limpiar su área genital de forma constante e insistente desde que era una bebé hasta

que cumplió los tres años de edad. Debido a que, ésta fue la única manera en que la relación entre madre e hija se consolidó, se convirtió en la referencia de Nora para relacionarse con todas las personas que la rodean, ya que se catectizó de forma exagerada e inadecuada el aspecto sexual de ella.

La situación vivida por Nora ha sido catalogada en este trabajo como abuso sexual debido a que se trataba de una conducta ejercida por la madre hacia la niña, sin su consentimiento o conocimiento. Sin embargo, a pesar de que la madre lo hacía con el objetivo de mantener a su hija limpia, no se detectó que hubiera alguna intención sexual al menos de forma consciente. Además de esto, no existió una penetración tal cual, sino una estimulación sexual constante, por lo que este tipo de abuso se denominó abuso deshonesto.

A través de lo anteriormente expuesto es necesario llegar a la conclusión de cómo es que el vínculo entre la madre y su hija, con estas características específicas ha afectado el desarrollo de la niña. La madre comenzó a vincularse con su hija, no por medio del afecto, sino por medio de la estimulación sexual que le efectuaba con la excusa de la limpieza. Con lo que provocó que en la pequeña hubiera una estimulación sensorial errónea y precoz, y por lo que esto se convirtió en un mecanismo de defensa para Nora, quien lo asoció placenteramente y que comenzó a auto estimularse con frecuencia cuando se enfrentaba a situaciones estresantes o angustiantes, ya que esto fue lo que ella relacionó como la forma de lidiar con el estrés.

Debido a esto, Nora ejercía esta conducta de forma constante y pública, además de otras conductas hipersexualizadas. Esto habla de una disfunción importante en el desarrollo psicosexual de la paciente, ya que presentaba conductas que no eran adecuadas para su etapa de vida y de desarrollo psicosexual. Además de esto, la sexualidad ha sido la manera en que la paciente, al igual que su madre con ella, se ha relacionado con el resto del mundo que la rodea, lo cual se puede ver en sus conductas tales como la seducción a adultos y la participación en juegos sexuales con otros niños. Estas conductas no solo no son adecuadas para la edad de Nora, sino que además la exponen a un gran peligro socialmente.

Capítulo IV. Discusión

Bowlby (1969) define el apego como “una conectividad psicológica duradera entre los seres humanos” (p.164), cuyo sistema es activado durante una situación de riesgo o peligro con el fin de buscar protección “la proximidad de una figura de apego.” (p. 129). Es gracias a esto, que se genera el vínculo emocional y afectivo entre la madre y su bebé; éste se inicia desde etapas muy tempranas de la vida. Sus primeras manifestaciones ocurren antes de que el pequeño nazca, cuando la madre comienza a vincularse con un objeto que, a pesar de encontrarse dentro de ella, se puede identificar como algo diferente de sí misma. Sin embargo, dicho vínculo tiene ciertos precursores que determinarán, en buena medida, el destino que tendrá la futura relación con él bebé por nacer.

En el caso de Nora, la relación de ella con su madre se ha caracterizado por rasgos ambivalentes y simbióticos desde el inicio. Grecia, la madre, vivió un embarazo no deseado desde que supo que se encontraba esperando un bebé, ya que su pareja sentimental la abandonó por ese motivo. Desde entonces, se puede decir que el vínculo entre ella y su bebé fue no solo ambivalente, sino distante por parte de la madre, ya que es probable que para ella su hija haya sido vista como una rival o amenaza para su relación con su pareja. Ella afirmó que durante todo el embarazo nunca sintió al bebé, hasta el punto de pensar que había sufrido un aborto o algún incidente. Esto habla de que ella nunca empezó a vincularse con su hija de forma sana según lo dicho por los autores anteriormente citados, ya que el vínculo comienza desde lo anobjetal y se consolida en lo objetal con los primeros movimientos fetales del hijo, situación que en ella no se presentó.

La madre también sufre complicaciones durante el parto, ya que al llevarse a cabo la cesárea se le informó que su bebé era una niña y no un niño como previamente se le había dicho, para que inmediatamente la madre se desmayara y tuviera un paro cardio respiratorio, permaneciendo inconsciente durante un mes. Esto puede interpretarse como el trauma sufrido por la madre al darse cuenta de que su bebé era niña, siendo ella vista como una amenaza y angustiándola tanto que cayó inconsciente. Además, el primer mes de vida de

la pequeña su madre se encontró en coma, por lo que no pudo hacerse cargo de ella y tuvieron que cuidarla sus abuelos. Esto supone una deficiencia aún mayor en la vinculación afectiva entre la niña y su madre, que ya se había comenzado a establecer de forma no adecuada desde la concepción y el embarazo y no se dan los primeros contactos al momento del parto que consolidan el vínculo madre-hija.

Vives et al. (1994) expresan que el mensaje que los padres transmitan a sus hijos es llevado a cabo por medio de la relación vincular que establecen con ellos mediante la voz, caricias, la forma en que se toma al bebé, la forma en que se cuida de él/ella, la forma de mirarlo y la actitud que toman al estar con él. En el caso de Nora, el contacto que establece la madre con ella es a través de la limpieza; Grecia afirma haberse obsesionado con limpiar exhaustivamente su área genital para así evitar enfermedades o infecciones, aun a pesar de que la niña ya estuviera limpia. Por lo cual, la limpiaba constantemente utilizando toallas húmedas que en ocasiones enrollaba con el fin de poder limpiarla a mayor profundidad. Este tipo de limpieza continuó hasta que Nora cumplió los tres años de edad, ya que la misma niña fue quien de forma directa le pidió a su madre que se detuviera porque en su escuela le habían enseñado que nadie debía tocar su cuerpo sin su consentimiento; fue a partir de esto que la madre permitió a Nora limpiarse por sí misma y bañarse sola. Por lo tanto, el contacto mediante el cual Nora y su madre comenzaron su conexión fue inadecuado, ya que en lugar de catectizar a su hija en su totalidad, la única zona que fue catectizada en exceso fue la genital, lo cual generó un conflicto en el desarrollo del vínculo.

En lo referente a la madre de Nora, Grecia, existen diversos rasgos que se observaron a partir de las entrevistas con ella y de su discurso que invitan a hipotetizar que ella pudiera tener una estructura de personalidad de tipo psicótica. De entre estos rasgos, Grecia describió durante la entrevista que se le realizó, que mientras vivía con el padre de Nora, estaba sometida a mucho estrés debido a la profesión de policía que tenía su pareja, y que este estrés había generado que ella escuchara y viera personas que no estaban ahí realmente, lo cual la asustaba mucho.

Además de esto, se encuentra su manera de describir los síntomas durante el embarazo de Nora, ya que afirma haber subido tanto de peso que llegó a pesar 121 kg en el 8vo mes de embarazo, además de haber sufrido de una tos crónica que se agravó tanto que “generó que la piel de su estómago se adelgazara al punto de poder ver a través de ella”. Según Grecia, la tos era tan fuerte que “sentía que el bebé se le podía salir por la boca”. Winnicott (1959) explica que en las personas esquizoides existe una delimitación imprecisa entre la realidad interna y la externa, por lo que se encuentra que la psique no está bien vinculada con la anatomía y el funcionamiento corporal. Esto sucede ya que existe una mala relación operativa entre la psique y el soma y los límites entre cada uno son borrosos o inexistentes.

Otro de los síntomas de la posible psicosis de la madre de Nora es la obsesión que manifestó por la limpieza, la cual sobrepasa el tipo de obsesión neurótica más común, y que más bien pareciera una obsesión de tipo psicótica, como si tratara de limpiar a su hija más allá de la limpieza o suciedad real.

Dicha hipótesis no pudo ser confirmada con certeza debido a la interrupción abrupta del tratamiento. Sin embargo, de ser esta correcta, la relación entre Nora y su madre tendría una connotación ciertamente psicótica, agresiva e incluso simbiótica. Cormín (2012) explica que, cuando un niño pequeño trata de apegarse a alguien que no está capacitado emocionalmente para hacerlo, esto le genera al conflicto entre su deseo y necesidad de afecto y la incapacidad de generarlo. Esto podría aplicarse al caso de Nora, ya que es claro que ella requería una figura de apego como cualquier ser humano, pero su madre no cumplía las características de una figura sana debido a sus características psicodinámicas. Por lo tanto, existe una relación ambivalente entre el afecto de Nora hacia su madre pero al mismo tiempo la incapacidad emocional de su madre y el rechazo de Nora ante sus conductas. Según el autor, el dolor psíquico que propicia una compulsión a reivindicar el afecto de maneras socialmente no funcionales, una caída narcisista o conductas hetero-agresivas o auto-agresivas son las consecuencias de una relación así con la figura de apego. De tal manera que, en lo referente a Nora, ella ha mostrado conductas no funcionales socialmente, e inclusive auto agresivas al efectuar la

masturbación constante y también probablemente como muestra de agresión hacia su propia madre como consecuencia de su sobre estimulación genital.

Por otro lado, en cuanto a conductas hipersexualizadas, Romero (2014) explica que uno de los motivos principales para que se presenten en los niños es el antecedente de ser víctima de abuso sexual infantil, el haber estado expuesto repetitivamente a actividad sexual o desnudez entre adultos (incluyendo contenido sexual en la televisión o en internet), así como la falta de reglas adecuadas para manejar la desnudez y la privacidad de la casa. Romero (2014) enlista como conductas hipersexuales:

- Tener conocimiento acerca de actos sexuales específicos o lenguaje sexual explícito que un niño a su edad no tendría (es decir, su lenguaje no corresponde con su edad)
- Participar en contacto sexual semejante a los adultos y actos sexuales con otros niños.
- Puede jugar con muñecos y simular actos sexuales, gemidos.
- Conocer actos sexuales específicos (sexo oral, sexo anal, posiciones sexuales)
- Interacciones sexuales similares a la de los adultos (ej. Que la niña se muestre seductora con adultos)
- Puede jugar con muñecos y simular actos sexuales, gemidos
- Frecuentes conductas sexuales similares a la de los adultos
- Comportamientos sexuales en lugares públicos (realizar movimientos sugiriendo acto sexual, gemir).

En el caso de Nora, se podría decir que la pequeña fue expuesta repetidamente a una sobre estimulación genital, o masturbación, por parte de su madre desde que era bebé hasta sus 3 años de edad. Es debido a esta situación que Nora manifestaba lo que su madre llamaba “hacer fuercitas” (Anexo #7, Sesión #3), que no era más que una forma de la pequeña de masturbarse al contraerse. Tal conducta se repitió hasta el día de hoy, donde la masturbación de Nora es más notoria ya que ahora presenta frotamiento constante o el uso de objetos para estimularse por debajo de la ropa (ej. Un spinner).

Nora es perfectamente consciente de esta conducta, diciendo que ella lo hace cuando se siente estresada o angustiada porque eso la calma, a pesar de saber que eso no está correcto (Sesión #4, Anexo #8). Ella se avergüenza al hablar sobre este tema y al admitir que inclusive cuando se frota en exceso suele orinarse un poco (Sesión #7, Anexo #11).

Esto habla del lugar que la sexualidad tiene en la vida de Nora, ya que es un elemento que ella ha relacionado, a través de sus experiencias primarias, con un mecanismo para lidiar con el estrés o la angustia. Lo cual se puede relacionar a como su madre lidiaba con su angustia por la suciedad aparente de su hija, limpiándola hasta el punto de erotizarla de más. Por lo tanto, es posible que la sexualidad sea el elemento que mantiene unidas a Nora y a su madre, ya que el primer contacto con su madre, en lugar de haber sido mediante el afecto o el pecho, fue lejano y su relación se caracterizó por el contacto de tipo sexual que existía entre ellas.

Es entonces por eso que, dado que la sexualidad marcó la pauta relacional de Nora, sea esta la manera que ella busque relacionarse con las personas que la rodean, como por ejemplo en el hecho de bailar frente a los extraños o comportarse de forma seductora con las personas adultas. De tal forma que, cuando Nora sea más grande y llegue a la edad adolescente, puede que manifieste conflictos en esta área del desarrollo o se ponga en situaciones de riesgo.

En lo referente al abuso sexual, Echeburúa y Corral (2006) refieren que éste engloba cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor, dentro de la cual existe una asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción, ya sea explícita o implícita. Por lo tanto, se considera que lo sucedido entre Nora y su madre como abuso sexual debido a que existió estimulación sexual inadecuada y sin el consentimiento o la consciencia de la menor. Además, el tipo de abuso ocurrido en el caso de Nora se denomina de tipo deshonesto, el cual según Sánchez (2001) consiste en los acercamientos o contactos corporales de significación sexual con la víctima, sin que se dé la penetración necesariamente. Por lo que se considera abuso sexual de tipo deshonesto a cualquier tocamiento o contacto corporal e inclusive de objetos

no corporales con la víctima, sin importar su edad (en el caso de Nora, ocurría con una toalla húmeda).

Sin embargo, en la entrevista realizada con la madre de Nora, ella refirió que cuando su hija estaba en la guardería recibió una llamada donde se le reportaba que la niña estaba presentando sangrado rectal, por lo que la llevó al médico, donde se le diagnosticó una aparente infección en los riñones. Ella menciona que a partir de esa ocasión la guardería la abordó con sospechas de que la niña había sido abusada sexualmente, lo cual la madre niega rotundamente. Esta experiencia podría ser tomada como un elemento para hipotetizar que el abuso pudo haber sido más grave en algún momento.

En cuanto a la temática del abuso sexual en el caso de Nora, es importante destacar que se trata de un abuso de madre a hija, de lo cual Brand (2017) explica que es común que la madre y la hija en este tipo de relación se encuentren simbiotizadas tanto física como emocionalmente. Sin embargo esta simbiosis es de tipo agresiva, ya que la madre no se preocupa por los sentimientos de su hija al no verla como un ser separado de ella, sino como parte de ella misma.

Al ser la hija vista como un objeto, es la madre quien impone las reglas y ejerce el control sobre la niña, comportándose ella de forma altamente complaciente y obediente con su madre, lo cual podría explicar la relación ambivalente entre Nora y Grecia, ya que esto podría ser visto como una niña sumamente cariñosa y unida a su madre, cuando en realidad estaría siendo controlada por su madre a través del control, manipulación, aislamiento así como intimidación y amenazas.

Weisberg-Ross (2012) habla sobre que la relación madre-hija se caracteriza por vínculos cuyo impacto puede verse claramente en nuestra sociedad, manifestándose en intimidad física y emocional; lo cual provoca que la identificación del abuso sea mucho más complicada. Como consecuencia del abuso sexual de una madre hacia su hija, las niñas sufren de confusión, asco, culpabilidad y carecen de un sentido de identidad claro, al ser su figura de identificación la culpable de este acto. Como lo dice el autor, el self relacional de Nora se encontraría dañado y su identidad confusa, al no existir un modelo

amoroso ni suficientemente bueno a quien imitar. Otra de las consecuencias psicológicas más complejas y dañinas es que ahora el vínculo entre la niña y su madre se vuelve confuso y patológico, al perder la confianza en su figura de protección principal.

Los hallazgos encontrados en la presente investigación definitivamente han coincidido con las demás investigaciones en las que se basó la información recopilada en el marco teórico y antecedentes. En lo que se coincide es en diversas tópicos; en primer lugar, la afectación que sufre la persona a raíz de vivir un abuso sexual en su desarrollo psicodinámico, así como en los síntomas presentados en los niños que han sido abusados; en segundo lugar, cómo es que afecta a la víctima el haber sido abusada sexualmente por su madre, ya que su imagen femenina y autoestima quedan mermados además de que la paciente puede presentar depresión, ansiedad y conductas hipersexualizadas (que son las sintomatologías presentadas por la paciente de esta investigación).

3. Conclusiones

Gracias a la investigación realizada se pudo determinar cómo es que la relación entre Nora y su madre, con las características particulares que tuvo, afectó permanentemente el desarrollo psicodinámico de la paciente y como es que sus síntomas son reflejo de esta afectación.

Nora se desarrolló en un ambiente conflictivo, donde su madre no se encontraba emocionalmente disponible para realizar sus funciones maternas y darle a su hija un espacio psíquico adecuado para su bienestar. En lugar de esto, la madre de Nora, Grecia, no propició el desarrollo de un vínculo sano con su hija; además de esto, la sometió a una sobre estimulación genital desde que la paciente era bebé, diciendo que buscaba limpiarla lo más posible.

Se determina que lo ocurrido entre Nora y su madre fue un abuso sexual de tipo deshonesto, debido a que, aunque no haya existido una penetración o una intención directa por parte de la madre, el hecho es que se realizó una actividad sexual sin la conciencia o la aprobación de la paciente y ocurrió una gratificación sexual sin el conocimiento o consciencia de la niña entre ella y su madre.

El haber sido sobre estimulada de forma errónea generó en Nora un conflicto en el desarrollo en donde la sexualidad se convirtió en el mecanismo mediante el cual madre e hija tuvieron sus primeros contactos vinculares. De tal manera que, es la niña quien tiene que marcarle límites a su madre para que ella deje de manipularla genitalmente de esta forma. Sin embargo, gracias a esto es que Nora presenta síntomas tales como conductas hipersexualizadas (masturbación en público, frotamiento, juegos sexuales con otros niños y comportamiento seductor con adultos).

El posible pronóstico de la paciente, en caso de que no busque atención psicoterapéutica, puede ser el que continúe con este tipo de conductas sexuales inadecuadas socialmente y que se siga relacionando con quienes la rodean mediante el uso de la sexualidad. Esto podría significar una vida sexual desorganizada, además de una falta de vinculación afectiva real y sana.

Limitaciones

Una de las limitaciones más importantes para la investigación fue el hecho de que la madre de la paciente interrumpió abruptamente el tratamiento. Esto sucedió a partir de que la terapeuta aborda con la madre el tema de la enfermedad que padece la abuela, pidiéndole que le entregue el diagnóstico médico con el fin de determinar si esta enfermedad pudiera tener alguna influencia en el comportamiento de la niña. Sin embargo, la madre se mostró renuente y dubitativa a cumplir con esta petición, por lo que deja de agendar citas de forma abrupta. De tal manera que no solo el tratamiento de la paciente quedó incompleto, sino que la información para evaluar a la madre y al resto de los miembros de la familia también quedó incompleta.

La hipótesis acerca de que la madre de la paciente presentaba un funcionamiento de tipo psicótico queda inconclusa también, debido a que no se pudo realizar una evaluación completa por la resistencia que ella presentaba y por la misma interrupción del tratamiento.

Como última limitante de esta investigación es el hecho de que los resultados no son generalizables, solo se aplican a este caso. Por lo tanto, es necesario realizar más investigaciones en lo relacionado a este tema con el fin de ampliar los conocimientos sobre el tema y confirmar los resultados, así como para realizar propuestas de tratamiento.

Sugerencias

Una de las sugerencias importantes para la presente investigación es el llevar un manejo distinto del caso con el fin de que la paciente no abandone el tratamiento, por lo que probablemente sea necesario el trabajar con la paciente pero también con la madre a lo largo de sesiones conjuntas en las cuales se aborde la importancia de la continuación del tratamiento, evitando que la madre, quien es responsable de la niña, se sienta amenazada o incómoda ante la información que puede conocer el terapeuta. En las sesiones con la madre podría ser necesario el trabajar la propia historia de la madre desde un inicio del tratamiento y enfocarse en la reparación y modificación del vínculo entre madre e hija hacia la salud.

Referencias

- Aberastuy, A. & Knobel, M. (1966) La masturbación y los mecanismos maniacos. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*. Uruguay: Asociación psicoanalítica de Uruguay, 8 (03), 209-216. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/168872471966080301.pdf>
- Abraham, K. (1994). *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Lumen.
- Ainsworth, M. & Bell, S. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1970-08130-001>
- Aulagnier, P. (2000). *La Perversión*. Buenos Aires: Trieb
- Bacigalupi, M. (2017). Técnica del dibujo libre. Recuperado de <https://www.esalud.com/tecnica-de-dibujo-libre/>
- Bardi, A., Leyton, C., & Martínez, V. (2003). Masturbación: mitos y realidades. *Revista de la Sociedad Chilena de obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*. 10 (1). 7-12. Recuperado de <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2003/X1masturbacion.pdf>
- Benavides, Mayumi, & Gómez-Restrepo (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en&tlng=es.
- Bernal, H. (2011) La estructura perversa y los rasgos de perversión [Mensaje en un blog] Recuperado de <https://bernaltieneunblog.wordpress.com/2011/03/07/257-la-estructura-perversa-y-los-rasgos-de-perversion/>
- Bleichmar, E. (2005) *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

- Blos, P. (1980). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.
- Blos, P. (2011). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Bordignon, N. (2005) El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/695/69520210/>
- Botero, H. (2012) Relación Madre-hijo: El Amor en el Desarrollo del Cerebro del Bebé. *Psicoanálisis*, 24 (2), 133-175.
- Bowlby, J. (1969) Una base segura. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1979) Cuidado maternal y amor. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bowlby, J. (1980) Loss: Sadness and Depression. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1989). Una base segura. Barcelona: Paidós.
- Bozzalla, & Naiman (s/f). *Período de latencia: características típicas*. Ficha de Estudio. Materia: Psicología Evolutiva Niñez. Cátedra: 2ª. Profesor Titular: Lic. Juan José Calzetta. UBA
- Brand, J. (2017) Examining mother daughter sexual abuse. USA: MHNR Network. Recuperado de:
<http://www.mentalhealthnewsradionetwork.com/examining-mother-daughter-sexual-abuse-with-julie-a-brand-m-s1/>
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28 (5), 759-775
- Buck, J. (1948) The H-T-P Technique, A qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of clinical psychology*. 4 (4) pp. 317- 396.
- Cabrera, F. (2014). *Guía sobre conductas sexuales problemáticas y prácticas abusivas sexuales*. (Material de ONG PAICABI). Recuperado de <https://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/f136fd3c-1b47-4522-88ba->

dbfa8228b43c/Guide-to-Problematic-Sexual-Behaviours-and-Abusive-Sexual-Practises_Spanish.pdf

Camarillo, G. (1997) *Confiabilidad y validez en estudios cualitativos*. Nueva época 1 (15), pp. 77-82.

Chemama, R. (1996) *Diccionario del psicoanálisis*. Argentina: Larousse.

Comín, M. (2012) El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano. *Intercanvis*, 29(1), pp 7-17.

Corman, L. (1967) Test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Buenos Aires: Kapelusz.

Crittenden, P. (s.f) Apego y psicopatología. Recuperado el 29 de marzo de 2018, de <http://familyrelationsinstitute.org/include/espanol/docs/vinculo-y-psicopatologia.pdf>

DeLamater, J. & Friedrich, W. (2002) Human Sexual Development. En: *The journal of the sex research*. 39 (1) recuperado el 9 de mayo de 2018 de http://www.jstor.org/stable/3813417?seq=1#page_scan_tab_contents

Delgado, A. (2004) Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 4 (1) Recuperado de <http://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>

Diaz, J. & Blánquez, M (2004) El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 4 (1). Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38736706/EL_VINCULO_Y_PSIKOPATOLOGIA_EN_LA_INFANCIA-_EVALUACION_Y_TRATAMIENTO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1527862211&Signature=f0BjJ2fA1SaPIDKZCAqUdeQzo5w%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEL_VINCULO_Y_PSIKOPATOLOGIA_EN_LA_INFANC.pdf

Dicaprio, N. (1989). *Teorías de la Personalidad*. México: McGraw-Hill

- Dolto, F. (1986). *Psicoanálisis y Pediatría*. México: Siglo Veintiuno.
- Echeburúa, E., & Corral, P. de. (2006). Emotional consequences in victims of sexual abuse in childhood. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006&lng=es&tlng=en.
- Equivel, A., Heredia, M., Gómez-Maqueo, E. (2007) *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Erikson, E. (1983) *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Fábregas, L. (2017) El abuso sexual silenciado, cuando las madres son culpables. Crónica.
- Figuro, C., Ortiz, M. (2005) El abuso sexual infantil. *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*. 45 (191), 3-16. Recuperado de https://www.sccalp.org/boletin/191/BolPediatr2005_45_003-016.pdf
- Freud, S. (1896/2011) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de Defensa. *Obras Completas*. Tomo III. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1905/2011) *Tres ensayos para una teoría sexual*. *Obras Completas*. Tomo VII. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1913/2011) *Tótem y Tabú*. *Obras Completas*. Tomo XIII. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/2011) *Una dificultad para el psicoanálisis*. *Obras Completas*. Tomo XVII Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1920/2011) *Más allá del principio del placer*. *Obras Completas*. Tomo XVIII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/2011) *El yo y el ello*. *Obras Completas*. Tomo XIX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Garrido, L. (2006) Apego, emoción y regulación emocional: implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38 (3) Pp. 493-507.

- Gómez, L. (1997) *An introduction to object relations*. London: Free Association Books.
- González-Monteagudo, J. (2001). El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: Nuevas respuestas para viejos interrogantes. *Cuestiones Pedagógicas*, 15. 227-246.
- Hall, C. (1978) *Compendio de psicología Freudiana*, Argentina, Buenos Aires: Paidós
- Haslop, A. (2016) H.T.P (House, Tree, Person). Recuperado de <https://tuvntana.files.wordpress.com/2016/05/el-test-de-htp-acromc3a1tica-no-integrado.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Jaramillo, L. (2007) Concepción de infancia. *Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación*, volumen 8, pp 110-123. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/viewFile/1687/1096>
- Kernberg, O. (2005) *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación terapéutica*. México: Manual Moderno.
- Kort, J. (2017) Mommy Nearest. *Psychology Today*. Recuperado el 26 de agosto de 2018 de <https://www.psychologytoday.com/us/blog/understanding-the-erotic-code/201704/mommy-nearest>
- Kuitca, M., Berezin, J. & Felbarg, D. (2011) ¿Cómo enfocar el abuso sexual infantil? El psicoanálisis en la interdisciplina. *Psicoanálisis*, 33 (2) pp 291-306.
- Lafuente, M. & Cantero, M. (2010) *Vinculaciones afectivas*. Madrid: Pirámide.
- Lammoglia, E. (1999) *Abuso sexual en la infancia: cómo prevenirlo y superarlo*, México: Grijalbo.

Laplanche, J. & Pontalis, J. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paris: Paidós

Lecannelier, F. (2006) *Apego e intersubjetividad: influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.

Lorenzini, N. & Fonagy, P. (s.f.) *Apego y trastornos de personalidad: breve re visión*. Recuperado el 31 de mayo de 2018, de: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/apego_y_trastornos_de_la_personalidad_breve_revision.pdf

Manrique, R. (2010) *Mitos y realidades acerca de la masturbación o autoerotismo* [Mensaje en un blog]. *Actualidad Psicológica*. Recuperado de <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/autoerotismo.html>

Manzo, M.C. (2018). *El vínculo del estudiante universitario con el profesor*. En Farfán, M.C., Fernández, B.L. (Coords). *Docencia. Pensamiento y práctica*. (129-151). México: Porrúa.

Martínez, J. (2011) *Métodos de investigación cualitativa*. *Silogismo, Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo* (8) pp.1-33

Munro, K. (2000) *Mother-Daugther sexual abuse: a painful topic*. Recuperado el 26 de agosto de 2018, de <http://kalimunro.com/wp/articles-info/sexual-emotional-abuse/mother-daughter-sexual-abuse>

Palacios, J., & Castañeda, E. (s.f.) *La primera infancia*. Madrid, España: Santillana.

Palomino, N. (2017) *Abuso sexual infantil*. *Talleres*, recuperado de <https://spapex.org/sites/default/files/foro2017.64-71.pdf>

Pardo, M. (2006) *La perversión como estructura*. *Límite*, 1 (13), pp. 169-193. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/836/83601309.pdf>

Pichon-Riviere, E (1980). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones nuevas.

- Quezada, V. & Santelices, M. (2009) Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. En *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1). Recuperado el 30 de mayo de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v42n1/v42n1a05.pdf>
- Ramírez, N. (2010) *Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica*. *Revista IIPSI*, 13 (2), pp 221-230.
- Ramírez, P. (2007). *Concepciones de infancia: una mirada a las concepciones de infancia y su concreción en las prácticas pedagógicas de un grupo de profesionales de la educación*. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/413/tesis%20tpba134.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Rojas, M. (1999) La perspectiva vincular en psicoanálisis. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, volumen 22 (2), pp. 129-151. Recuperado de <http://www.aappg.org/wp-content/uploads/1999-N%C2%BA2.pdf#page=123>
- Romero, F. “Guía de manejo de conductas sexuales problemáticas” (material de apoyo, Chile, Diciembre 2014), disponible en https://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/f136fd3c-1b47-4522-88ba-dbfa8228b43c/Guide-to-Problematic-Sexual-Behaviours-and-Abusive-Sexual-Practises_Spanish.pdf
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Sánchez, D. (2001) Abusos deshonestos vrs. Tocamientos inmorales. Vacío o represión legal, algunas valoraciones frente al derecho penal mínimo, 23 (77), 185-199.
- Santamaría, R. (2002) Acerca del método psicoanalítico de investigación. *Universidades*, (23), 49-63.

Siquier, M., Garcia, M., & Grassano, E.. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso diagnóstico*. Argentina: Nueva Visión

Tarrés, M. (2013) *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Flacso.

Uribe, N. (2010) Consideraciones psicoanalíticas sobre el abuso sexual y el maltrato infantil. En: *Revista electrónica de psicología social FUNLAM*, 19. Recuperado de file:///C:/Users/yo%20mero/Downloads/117-445-1-PB%20(1).pdf

Valas, P. "Freud y la perversión" en *Revista Escansión II*. Manantial, México, 1993, pp. 76

Vidal, C. (2008) Características del desarrollo en la infancia. Recuperado el día 30 de marzo de 2018, de <http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/14-texto-caracteristicas-desarrollo-infancia.pdf>

Villalobos Guevara, Ana Marcela. (1999). Desarrollo psicosexual. *Adolescencia y Salud*, 1(1), 73-79. Retrieved July 09, 2019, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011&lng=en&tling=es.

Vives, J., Lartigue, T., & Córdova, A. (1994) Apego y vínculo. Recuperado el 20 de mayo de 2018, de <http://bloguamx.byethost10.com/wp-content/uploads/2015/04/apego-y-vinculo-lartigue.pdf>

Weisberg-Ross, R. (2012) Mother Love/Female abusers part II: The psychological impact on daughters who have been sexually abused by their mothers. *Self Growth*. Recuperado el 26 de agosto de 2018, de https://www.selfgrowth.com/articles/mother_love_female_abusers_part_ii_the_psychological_impact_on_daughters_who_have_been_sexu

Winnicott, D. (1959) El efecto de los padres psicóticos sobre el desarrollo emocional del niño. *Psicomundo*. Recuperado de <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/efecto.htm>

Winnicott, D. (1999). La pareja madre-lactante. En Escritos de pediatría y psicoanálisis (pp.1067-1070) Barcelona: Paidós

Zabarain, S. (2011). Sexualidad en la primera infancia: una mirada actual desde el psicoanálisis a las etapas del desarrollo sexual infantil. *Pensando Psicología*, 7, pp. 76-90.

Zabarain, S., Quintero, L., Russo De Vivo, A. (2015). Logros del yo durante el desarrollo psicoafectivo en la etapa de latencia. *Revista Psicoespacios*, Vol. 9, N. 14, junio 2015, pp.129-160, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Anexos

Anexo 1. Test de frases incompletas Sacks para niños.

PRUEBA DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS PARA NIÑOS
TEST DE FRASES INCOMPLETAS PARA NIÑOS

Nombre:

edad: 8

1. Si yo fuera más grande fuiere 15 años
2. Me gustaría ser pequeño
3. Si yo fuera solamente una catarina
4. Odio a Kirian → amigo de la escuela
5. Como me gustaría tener un caballo
6. Antes me gustaba hacer la tarea
7. Lo que me entristece es cuando alguien se muere
8. Algún día voy a trabajar dentista
9. Extraño tanto a mi tía María
10. Quiero ir a la playa
11. Cuando estoy solo yo lloro
12. Una vez me perdí
13. Quiero ver un payaso
14. Me gustaría ser dentista
15. Si yo fuera más inteligente haciera todos los trabajos rápidamente
16. Quiero a mi mamá
17. Las niñas son bonitas
18. Mis amigos creen que soy feliz
19. Lo que más me gusta ser ver catarinas porque son de la suerte
20. Deseo saber como ser dentista
21. Cuando sea mayor voy a ser dentista
22. Mi papá y mi mamá me quiere mucho
23. Siento como una bebe
24. Me enoja porque no me gusta eso (hacerlo reír)
25. A veces pienso que seré bonita, muy bonita
26. Yo sueño con mis peluches
27. Mi madre no le gusta que le hagan cosquillas
28. Cuando me despierto en la noche es porque sudo
29. Dios es un ser humano
30. Los niños (as) son mayordomos
31. Tengo miedo de tener pesadillas
32. Lo que más me enoja es que no me ponga la ropa que yo quiero

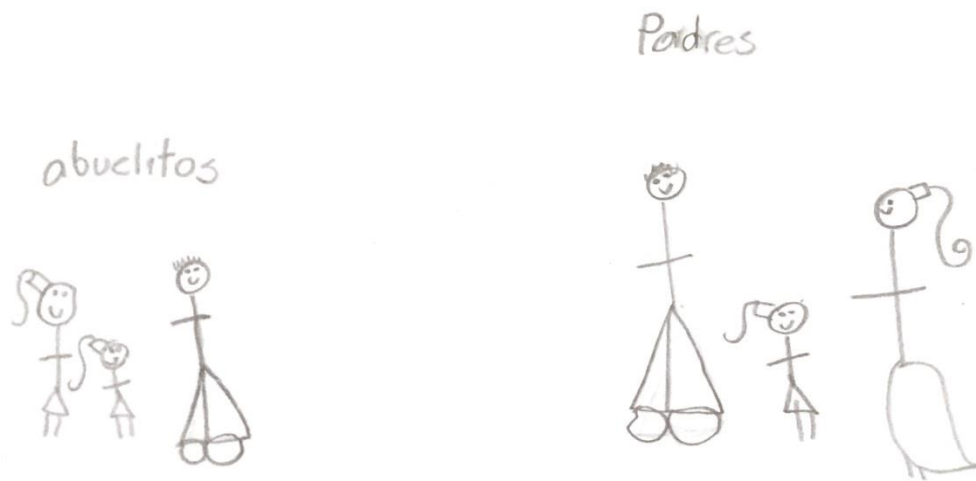
PRUEBA DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS PARA NIÑOS

33. A otros niños y niñas les gusta jugar con sus muñecas
34. Mi padre es Jaime
35. Estoy celoso de Kirian
36. Me parezco a mi tía Marina y mi mamá
37. Pienso mucho en mi mamá (curso dentista)
38. Estoy orgulloso de mi mamá xq ella es feliz conmigo
39. Otra gente piensa que soy fea o tonta
40. Me da pena hacer intercambios con mis enemigos
41. Yo trato de hacer tarea más rápido
42. Me divierto con Benata y Paulina Olivera.
43. A veces me siento triste porque (esa ya) me gustan los payasos
44. Cuando llego a mi casa voy a ver la tele
cuando se mere alguien
45. Cuando alguien de mi familia está enfermo yo lo cuido
46. Si otra persona me golpea yo le vuelvo a pegar, o lloro, o le digo a la mtra
47. Cuando la gente viene a visitarnos a casa me emocionamos
48. A la hora de la comida yo como muy rápido
49. Me gusta estar en la escuela
50. Si yo veo a un perrito quejándose de frío le doy una manta
51. Me gusta ser chiquita
52. Cuando juego me río
53. Si obtengo lo que quiero en mi casa estoy muy feliz
54. Cuando me lastimo en algún lado lloro
55. Cuando mis amigos llegan a visitarme digo hola como estás

Anexo 2. Test Casa, Árbol, Persona.



Anexo 3. Test de la Familia.



Anexo 4. Técnica de Dibujo libre.



Anexo 5. Sesión #1

Px: Nora
de 2017

Fecha: 13 de diciembre

Se citó a la paciente junto a su madre el día miércoles a las 6 de la tarde. Se escucha que tocan el timbre y mientras yo buscaba las llaves para abrir la puerta escucho a la niña gritar: “¡Ya llegó Nora!”

Salgo a abrirle y las hago pasar al consultorio, Nora pide un vaso de agua.

Lo primero que hago es presentarme ante ellas y le explico a la madre que la terapeuta que las estuvo atendiendo anteriormente es la encargada de realizar las sesiones diagnósticas de los pacientes para luego asignarlos a un terapeuta, por lo que yo me encargaré de trabajar con su hija Nora. Les pregunto sobre el motivo de consulta.

La madre de Nora empieza diciéndome que la niña “*está desordenada y que tiene problemas en la escuela, además de que ella no ha visto que tenga amigos y que se auto estimula*” (esto último lo dice con voz más baja y algo avergonzada). Dice que “*posiblemente se esté masturbando pero que no lo sabe con certeza, ya que la niña hace esto desde pequeña*”. En cuanto a los problemas escolares me dice que Nora no hace tareas porque expresa no tener interés.

Cuando le pregunto sobre la auto estimulación me dice que “*en la escuela es dónde esto sucede, ya que en casa no la ha visto hacerlo*”. Menciona que sus maestras dicen que se toca los genitales, que se pone rígida y que inclusive en una ocasión que ella le compró un spinner y en la escuela sus maestras la vieron poniéndoselo bajo la falda.

Menciona que “*la situación de auto estimulación ha venido sucediendo desde el preescolar, ya que en ese entonces las maestras hablaron con ella porque sospechaban que la niña estuviera siendo abusada sexualmente*”. Dice que las maestras “*le hicieron algunos tests*”, pero no sabe cuáles y no sabe más.

Agrega que “*mientras la niña estaba en guardería, un día la mandaron llamar porque descubrieron que la niña presentaba un sangrado rectal. La madre la llevo al médico le dijeron que lo que tenía era una infección en los riñones, por lo que le dieron medicamento*”. Menciona que ella piensa que eso pudo haberse causado porque la niña se encontraba en la etapa de control de esfínteres. Cuando le pregunto qué medicamento fue el que le dieron a la niña, ella me dice que no se acuerda.

La madre dice que recientemente llevó a Nora con otra psicóloga, la cual le comentó que, al estar ella obsesionada con la limpieza y porque limpiaba mucho a la niña cuando era pequeña, esto la estimuló ya que Nora sentía placer con esto.

Habla también acerca de una situación reciente en la cual ella encontró a su hija realizando juegos sexuales con un niño más pequeño. Al descubrirlo, la madre lo corrió de su casa porque esas conductas no están correctas, ya que ella vio como Nora chupaba el pene del niño y que mutuamente se mostraron sus genitales.

Finalmente me expresa que *“suele desesperarse mucho con Nora por su conducta y porque no le interesa hacer tareas escolares”*. Menciona que hoy le pegó, porque se desesperó y no sabe qué hacer con ella.

En este momento le preguntó a la madre si tiene algo más que agregar o alguna otra información que fuera importante, a lo que responde que no. Por lo que doy por terminada la entrevista con la madre y prosigo a jugar con la niña en el consultorio de niños. Le digo a Nora que podemos jugar a lo que ella desee y ella elige el juego de *“verdad o reto”*. Conforme comenzamos a jugar noto que es muy competitiva, porque quiere ser ella la ganadora y juega haciendo trampa para ganarme. Se frustra porque me toca el turno a mí y no a ella. Comienzo a preguntarle acerca de lo que su madre mencionó en la entrevista, a lo que ella responde que *“si es cierto lo de las tareas, porque ella no las hace pero porque se le olvida que tiene tarea y no se acuerda”*.

Nora interrumpe el juego porque quiere ir al baño, me pide permiso y la dejo salir. Al estar tan cerca el baño del consultorio, escucho que está hablando sola en el baño aunque no comprendo lo que dice, además da grititos como si estuviera jugando y canta. Al salir del baño regresa al consultorio y me regala una picafresa, diciendo *“es para tí”*.

Continuamos nuestro juego y me pregunta la hora, a lo que yo le respondo que son las 6: 39 y que yo le diré cuando sea la hora de la salida.

Después de un rato, me dice que quiere cambiar de juego y ahora jugar al Lince, a lo que yo le digo que nos quedan 5 minutos y que no creo que alcancemos a terminar el juego, a lo que ella responde que *“está bien”*. Saca el juego de su empaque, algunas fichas y comenzamos a jugar; veo que no respeta los turnos asignados y que busca tener la ventaja rompiendo las reglas. Al final termine ganándole yo, a lo que ella luce frustrada.

Cuando termina la sesión le pido que guarde el juego, lo cual hace obedientemente. Se va con su madre mostrándose alegre.

Anexo 6. Sesión #2

Px: Nora
de 2018

Fecha: 10 de enero

Al inicio de esta sesión le pido a la madre que entre primero ella porque quiero preguntarle sobre cómo ha visto a Nora, por lo que la niña se quedó en la sala de espera. Ella me dice que no ha pasado mucho tiempo con su hija porque *“ha tenido que cuidar a su mamá quien padece Alzheimer”*. Pero que ahora parece que en la escuela ya va todo bien, aunque Nora le ha comentado que hay una niña que la molesta constantemente, y que esto la hace sentir triste y enojada.

Al pasar con Nora al consultorio de niños, me dice que quiere jugar de nuevo verdad o reto. Yo le respondo que sí vamos a jugar pero que primero necesito que me ayude con una actividad, a lo que ella responde que sí. Le aplico la prueba de frases incompletas y a lo largo de la prueba ella se muestra cooperativa pero ansiosa porque ya quiere que terminemos para jugar.

Cuando terminamos la prueba comenzamos a jugar “verdad o reto”. Uno de los retos que surgen en el juego es que le debes hacer una pregunta a la otra persona, y Nora decide que cuando salga tanto verdad como reto ambas tenemos que realizar lo que el juego nos pida. Yo le digo que sí y entonces comenzamos con las preguntas. Ella me pregunta cuál es mi color favorito y yo le respondo que el color rosa; después me toca preguntarle y le pregunto si ella me puede contar algo sobre su papá, ya que me gustaría saber también de él porque solo conozco a su mamá. Nora me dice que *“lo único que sabe de su papá es que era un borracho y que golpeaba a su mamá, porque eso es lo que su mamá le ha dicho”*.

Seguimos en el juego y surge el reto de cantar tu canción favorita. Ella dice que le da pena y me pide que yo lo haga primero. Yo canto un pedazo de la canción “Libre soy” de Frozen, a lo que ella escucha con atención y cuando termino me aplaude. Ella tarda en decidir la canción que va a presentar, pero se termina decidiendo por “Perdón” de Ha Ash. Noto que la canta con mucho sentimiento y le pregunto si le gusta esa canción. Ella dice que le gusta mucho esa canción y que la escucha muy seguido.

Observo que ya es hora de irnos, por lo que le pido que guarde el juego pues ya se nos acabó el tiempo. Ella obedientemente retira el juego de la mesa, arregla su silla y espera a que yo le abra la puerta para salir del consultorio.

Termina la sesión.

Anexo 7. Sesión #3

Px: Nora
de 2018

Fecha: 19 de enero

En esta sesión realicé una entrevista a la madre de Nora con el fin de completar los datos faltantes en la historia de desarrollo de la niña y de aclarar los datos confusos. La madre, Grecia, llega de forma puntual a la cita y se muestra cooperativa ante lo que yo le preguntó.

El primer tema del que se habla es el de su relación con el padre de Nora. Ella me explica que su nombre es Emilio, y que ella se fue a vivir con él cuando tenía 21 años. Dice que la relación con él fue *“primero alegre y luego triste, porque desde que él supo que ella estaba embarazada dejó de ir a la casa tan seguido y dejó de ser afectivo con ella”*. Menciona que él era policía y que no le gustaba que ella saliera de la casa, aunque fuera solo para ver a sus papás.

Me habla sobre que durante su embarazo tuvo un aumento de peso exagerado, ya que *“al principio ella pesaba 45 kg y que terminó pesando 121kg”*. Le pregunte acerca de esto y ella mencionó no haber tenido ningún problema físico que le pudiera traer esta situación, solo dijo haber tenido preclampsia. Dijo que *“inclusive ella iba al médico para revisar la situación de su peso, pero el médico le decía que todo estaba bien y no había problemas”*. También menciona haber presentado vómito exagerado también a pesar de no comer en exceso. Ella vomitaba tanto que *“llegó a tener miedo de que la niña se le saliera por la boca”*.

De ahí vuelve a hablarme acerca de su relación con Emilio durante su embarazo. Ella dice que *“él se mostraba agresivo con ella y que le hablaba de lo que veía en su trabajo constantemente, lo cual la asustaba y estaba nerviosa y ansiosa”*. Me contó que *“un día a ella le tocó observar como asesinaban a un policía justo afuera de su casa, estando ella sola, lo cual también la asustó”*. La madre de Nora describe que, *“de tan asustada y nerviosa que se encontraba, llegó a ver cosas o gente en su casa que no estaba ahí y a escuchar cosas también”*. Aquí ella comenzó a llorar mientras me contaba lo sucedido.

En cuanto a Emilio, ella refirió que él ya había tenido dos hijos con una pareja anterior, un niño de 8 años y una niña de 12 años en aquel entonces y es por eso que él expresaba que no quería ser padre de nuevo. Un día él llegó con sus hijos a la casa donde vivía con Grecia, y le dijo que ahora ellos iban a vivir ahí y que ella sería la encargada de cuidarlos y atenderlos porque *“ahora eran sus hijos”*. Ella dijo no haber tenido oportunidad de negarse porque *“no quería que él se enojara más con ella”*. Hubo incluso ocasiones en que Emilio solía llamarla por el nombre de su expareja, lo cual la hacía sentir muy triste.

En una ocasión, Emilio se molestó con Grecia porque ella se salió de la casa sin su permiso para ir a ver a sus padres, y la golpeo teniendo ella 5 meses de embarazo. La hija de Emilio, al darse cuenta de esto, se acercó a Grecia y le dijo: *“es mejor que te vayas de aquí porque te está haciendo lo mismo que le hizo a mi mamá”*. Ésto la ayudó a decidirse a dejar a su pareja, por lo que llamó a sus padres y les pidió que fueran por ella.

Ella se fue a vivir con ellos a partir de este momento. Al tener 5 meses de embarazo comenzó a notar que él bebé no se movía, por lo que temió haber sufrido un aborto debido a los golpes que Emilio le propinaba. Sus padres la llevaron al médico dónde le explicaron que él bebé estaba bien, simplemente no se estaba moviendo. Grecia menciona *“no haber sentido a su bebé en ningún momento del embarazo”*.

Ella narra que después de esto comenzó a presentar una tos crónica, a partir de la cual *“la piel del vientre se le adelgazó y ella dice que al momento del parto el corte para la cesárea se lo realizaron por ahí, ya que era tan delgada que se podía transparentar un poco y era lo más sencillo”*.

Cuando Grecia tenía 8 meses de embarazo, entró en trabajo de parto aunque dice no haber sentido contracciones. Los médicos le dijeron que era un parto complicado porque había amenaza de muerte tanto para la madre como para él bebé. Se le realizó una cesárea porque ya no era posible esperar más por el bienestar del bebé.

Grecia dice que *“durante todo el embarazo le habían dicho que su bebé era niño, pero que al momento del nacimiento se dieron cuenta que era una niña”*. Recuerda que alcanzaron a sacar a la bebé y que se la enseñaron, pero que luego ella *“sufrió un paro cardiorespiratorio y la dieron por muerta”*. Ella *“no tenía latidos ni signos vitales, pero escuchaba lo que los médicos decían a su alrededor”*. Dice que además, *“le aplicaron el desfibrilador y lograron revivirla, pero estaba inconsciente por lo que la llevaron a terapia intensiva donde estuvo internada durante un mes; debido a esto, a Nora la cuidaron sus abuelos maternos hasta que ella se recuperó”*.

Yo le pregunté acerca de si ha vuelto a saber algo acerca de Emilio, y ella dijo que *“de repente la llama diciéndole que quiere verla y que la extraña, pero ella no quiere verlo a él porque él no está interesado en conocer a su hija”*. Un par de veces ha dicho que quiere hablar con Nora por teléfono, pero cuando ella lo toma él le pasa el teléfono a una sobrina suya y no habla con ella. Debido a esto, Nora ha dejado de preguntar por su padre, diciendo que *“se ha dado cuenta de que no le importa”*. Actualmente Emilio vive en Piedras Negras, Coahuila. Grecia dice decididamente que *“no ha tenido ninguna otra pareja después de Emilio, debido a que ha querido dedicarse totalmente a su hija porque quiere lo mejor para ella y que viva feliz”*.

Le comento que ahora me gustaría hablar acerca del tema de cómo es la vida de Nora en casa. Le pregunto cómo y dónde duerme la niña, y ella me dice que *“duerme con ella pero en una cama aparte”*. Le pregunto si alguna vez han dormido juntas y ella dice que *“solo en algunas ocasiones cuando Nora se lo pide, por ejemplo cuando tiene frío (ya que la niña le dice “mamá dejame dormir contigo porque aquí no me caliento”) o cuando tiene pesadillas”*. Las pesadillas pasan normalmente cuando tiene épocas malas o cuando está pasando por algunos conflictos, cómo por ejemplo justo ahora que está siendo molestada por otra niña de su salón. Dice que Nora hace algo *“bastante curioso”*, y eso es que *“si tiene algún problema no se lo dice directamente, sino que suele llorar mucho dormida y a veces platica dormida sobre los problemas que tiene”*. Su madre la escucha llorar y va a verla y Nora está diciendo cosas como *“Karla me molesta mucho, no me deja en paz”*.

Le pregunto a Grecia acerca de una pregunta en la historia de desarrollo de Nora, dónde respondió que *“ella jamás ha demostrado miedo a los extraños”*. Ella dice que

“Nora es una niña sumamente sociable, suele saludar a casi todas las personas que ve y sin importar quien llegue a la tienda que atiende su abuela, ella le hace conversación a cualquier persona. Le emociona mucho ver llegar a personas, tanto que incluso baila frente a ellas como si buscara llamar su atención”.

Ahora le pregunto sobre cómo es que comenzó el tema de la masturbación de Nora y ella menciona que *“desde el preescolar fue cuando le dijeron que ella se “ponía dura” en clases”.* Dice que inclusive *“la psicóloga de ese preescolar le realizó un test sexual a Nora sin el consentimiento de su mamá y que nunca le dieron resultados ni hablaron con ella”.*

Habla de que su hermana Celia es psicóloga y que su otra hermana María es médica. Grecia le preguntó a Celia sobre qué hacer ante la situación que presentaba Nora y ella le dijo que *“tenía que llevarla a terapia”.* Cuando María estudiaba medicina y tenía sus libros de anatomía en casa, *“Nora llegó a ver imágenes del aparato reproductor masculino y femenino y a hacer preguntas, por lo que su tía María le respondió todo sin problema y con la verdad”.* Sin embargo, *“Nora solía ir a la primaria para este momento y comentaba sobre lo que su tía le enseñaba, además de que en ese momento tuvo un cambio de maestra y la maestra nueva solía escandalizar todo lo que Nora hiciera”.* Llamó a su madre a la escuela en varias ocasiones para decirle que Nora no debería hablar de eso o conocer de esos temas. Sin embargo, dicha profesora *“hizo chisme”* sobre lo que Nora hablaba y sobre que *“se ponía durita”* en algunas ocasiones, contándoselo a otros profesores y a algunos padres de familia.

Grecia dice que Nora *“se pone durita”* desde bebé y que ella le llamaba *“hacer fuerzitas”.* Últimamente le han dicho que Nora si se toca sus genitales con sus manos por encima de su falda, cuando ella pensaba que nada más se *“ponía durita”.* Nora le ha dicho que *“lo hace cuando se pone ansiosa porque la maestra va muy rápido en clase y no le da tiempo de terminar sus trabajos”.* En una ocasión Grecia y la maestra de Nora hablaron sobre este tema frente a ella, lo cual la puso triste de saber que hablaban de ella y dice que durante ese tiempo logró notar que Nora se tocaba por las noches en raras ocasiones. Cuando su madre le preguntaba por eso Nora le respondía: *“no sé qué me pasa mamá, no lo puedo evitar”.*

Menciona también que en casa no la ha visto *“ponerse durita”* ni tocarse. Aunque recuerda que *“desde que tenía meses de nacida se ponía durita e incluso lloraba en algunas ocasiones”.*

Le preguntó a la madre acerca de si existe la posibilidad de que alguien en casa haya tenido relaciones sexuales y que Nora lo hubiera podido presenciar o escuchar, o que la hubieran sorprendido (o a alguien más) viendo películas para adultos o escenas sexuales en alguna telenovela o programa, a lo que ella respondió que *“nada de eso ha pasado en casa ya que son muy cuidadosos con la televisión y que nadie ha tenido relaciones sexuales en casa, que su hermano menor ni siquiera tiene novia”.*

A partir de aquí comenzó a narrarme una situación que paso no hace mucho y que le pareció algo extraño. Dice que *“un día iban ella y Nora a la tienda de su casa, y que cuando llegaron un vecino estaba también ahí con su novia. Mientras ella compraba, vio que Nora los estaba observando y que de repente se vomitó. Cuando la madre busco algo que pudiera haber detonado el vómito, vio que el vecino y su novia se*

estaban besando y que eso le había generado asco a Nora. Dice que le pregunto a Nora acerca de lo sucedido pero que ella no quería hablar de eso y que no le decía nada”.

Le preguntó cómo eran los cambios de pañal de Nora cuando era una bebé y dice que *“recordaba que su hija solía rozarse muchísimo y que, siendo ella muy obsesiva con la limpieza, aunque estuviera recién bañada solía pasarle una toallita húmeda por el cuerpo. Hacía rollito la toallita y le limpiaba los genitales concienzudamente, porque a veces se hacía pipí o popó y no quería que le quedaran residuos y se rozara, pero que jamás pensó que la lastimaría”.* Me dijo que una psicóloga que vio a Nora antes le comentó que esto era la razón para la masturbación de su hija y me preguntó que si yo opinaba lo mismo. Le respondí que podía ser posible pero que necesitamos reunir más datos para saber exactamente que pudo haberla detonado.

Le pregunte finalmente sobre la situación que me había comentado en la primera sesión acerca de los “juegos sexuales” que Nora tuvo con un niño que vive cerca. Ella me contó que ese niño tiene 5 años de edad y que ella nota que *“es bien vivo, porque su mamá suele llevar muchos hombres a su casa y que en el barrio ya la conocen de lo viva que es”.* Dice que *“un día el niño fue a su casa a jugar y que estaban en la cochera pero que ella alcanzó a escuchar como el niño le pedía a Nora que le enseñara sus genitales y que le chupara el pene”.* Ella los encontró así y le habló a la mama del niño para que se lo llevara porque ya no quería que Nora se juntara con él, porque ella es incapaz de jugar eso así que es culpa del otro niño. La madre del niño le echó la culpa a Nora y acusó a Grecia de dejar a Nora irse con un señor que vive en frente, lo cual, dice Grecia, *“no es cierto”.* Dice que a partir de este momento *“ha evitado que Nora y el niño volvieran a jugar, pero que ahora cada vez que salen ella y Nora y se cruzan con esa señora, ella señala a Nora y grita que es una niña pervertida y cochina, lo que causa que Nora se ponga triste y se esconda tras su madre”.*

Le pregunté de nuevo sobre la forma en que ella limpiaba a Nora y sobre hasta cuando lo hizo. Ella me dijo que *“se detuvo cuando Nora tenía 3 años porque ella le contaba que en la guardería le habían explicado que era su cuerpo y que no debía dejarse tocar por nadie, lo cual aún hoy en día aplica”.*

Anexo 8. Sesión #4

Px: Nora
de 2018

Fecha: 31 de enero

Nora y su madre llegan a tiempo a su sesión. La paciente llega vistiendo un vestido blanco y trae una bolsa pequeña cruzada sobre su pecho y un paquete de churros con salsa.

Antes de la sesión le pregunto a la madre si tiene algún aviso y me dice que si necesita hablar conmigo, así que la paso al consultorio primero y le pido a Nora que nos espere en la sala y que en un rato pasamos a jugar. Ella se sienta en la sala de espera jugando con el celular de su mamá.

La madre de Nora me dice que desde hace 2 semanas Nora se ha masturbado sin parar en la escuela, que no hay día en que su maestra no le dé reporte sobre esto. La maestra dice que la regaña diciéndole que hacer eso está mal pero que no ha habido ningún cambio. Además dice que como Nora ya sabe que su maestra le dijo a su mamá sobre su masturbación, se pone nerviosa porque sabe que hablaron de ella.

Dice que ella ha intentado explicarle a la maestra sobre el porqué lo hace Nora y que está en proceso terapéutico para solucionar esto, pero dice que no ha sabido cómo explicarle a la maestra que por su obsesión con la limpieza cuando Nora era bebé es que se masturba ahora, ya que esto fue lo que le había dicho la otra psicóloga. Dijo además que la maestra le pregunto si la terapeuta de Nora podía ir a hablar con ella para que le diera indicaciones sobre qué hacer con la niña, y yo le dije que sí que no había problema, que solo era cuestión de ponernos de acuerdo en el día y la hora de la visita pero que sin problemas se podía hacer. Ella me agradeció y dijo que hablaría con la maestra para organizar la visita.

Salí con ella del consultorio y le pedí a Nora que pasara al consultorio de niños. Le pregunto cómo esta y me dice que le duele un poco su estómago y que necesita ir al baño, por lo que la dejo ir y la espero en el consultorio. Cuando regresa me dice que le duele el estómago porque comió churros y le cayeron mal pero que ya está un poco mejor.

Le pregunto qué a que le gustaría jugar y dice que quiere jugar con el conecta 4. Lo toma y nos ponemos a jugar. Con el fin de saber quién elije fichas primero y quien empieza a jugar hacemos un piedra, papel o tijera y yo resulte ganadora. Veo que Nora da un gritito cuándo gano yo, mostrando que no está de acuerdo pero lo acepta.

Hacemos cuatro rondas de conecta 4, de los cuales yo gano el primero, ella gana los siguientes dos y yo el último, y la veo aún más frustrada. Le pregunto qué le pasa y dice que quiere ganar y que no le gusta perder. Le pregunto qué pasa si pierde y dice que no será la primera en algo y que a los que ganan reciben premios o son los primeros, por eso no le gusta perder. Le comento que desde que empezamos a jugar ella ha ganado ya dos veces, pero que esta tan enfocada en ganar siempre que ni siquiera se ha dado cuenta. Parece no hacerme mucho caso y dice que volvamos a jugar.

Noto que se pone muy ansiosa cuando es mi turno y que quiere que juegue rápido para que le toque a ella. Cuando me tardo un poco en pensar dónde mover mis piezas Nora me reclama diciéndome que me apure, a lo que yo le respondo que “las buenas decisiones no se deben tomar con prisa”, lo que ella escucha y se queda pensando. Al final, terminamos empatadas y dice que ya se cansó de este juego y que quiere cambiar, por lo que lo guarda y saca “verdad o reto”.

Ahora su forma de jugar es diferente, ya que no le gusta ser la primera o que le toque jugar a ella, por lo que le hago notar que antes dijo frustrarse porque no era su turno de jugar pero ahora quiere todo lo contrario. Se ríe un poco y luce tímida ante lo que le digo.

Mientras jugamos le pregunto sobre cómo le ha ido en la escuela y ella dice que bien aunque se “pone dura” muchas veces. Primero me dice que dos y luego cambia de opinión y me dice que hasta seis veces. Le pregunto sobre cómo se siente cuando se pone durita y dice que se siente nerviosa, que le estresa que la maestra dicte rápido o que diga que ya va a borrar el pizarrón. Me dice, algo apenada y en voz baja, que a veces se le sale poquita pipi cuando lo hace.

Le comento que es importante que tengamos alguna forma en la que pueda descargar su estrés sin que tenga que ponerse durita, por lo que le recomiendo que cuando lo sienta tome una hoja blanca y comience a hacer rayones hasta que se le pase la sensación de nervios, a lo que ella responde que está bien.

Le comento que ya se nos acabó el tiempo, pero que la próxima sesión continuaremos jugando y que quisiera saber cómo le va con la tarea que le deje.

Anexo 9. Sesión #5

Px: Nora
de 2018

Fecha: 14 de febrero

Al llegar Nora y su madre al consultorio, le pregunto a su madre si tiene algún aviso para darme y me dice que sí. Cuando le pido que nos pasemos al consultorio, Nora dice que quiere pasar ella también, por lo que le pregunto a su madre si ella desea que la niña entre a la entrevista y ella dice que no hay problema.

Las invito a pasar a las dos y la madre comienza diciéndome que desde hace ya un tiempo Nora tiene algunos problemas con una niña llamada Karla, porque la molesta constantemente. Dice que ha ido a hablar con la maestra dos veces porque Nora ha perdido el interés en ir al escuela por el bullying que sufre por parte de su compañera, pero que no ha obtenido respuesta por parte de la maestra. Después fue a hablar con el director de la escuela, quien le dijo que no había tenido reportes acerca de que Karla molestara a Nora, por lo que la madre le dijo que su hija tenía permitido defenderse y que si su compañera continuaba molestándola, su hija se iba a terminar hartando y defendiéndose si no hacían nada.

Por lo tanto, en ésta semana, le reportaron que Nora mordió a Karla porque había estado molestándola. Ambas fueron castigadas a la par, pero el director llamó a la

madre de Nora y armó un gran escándalo por lo que la niña hizo, diciendo que no estaba permitido y que debería haberla expulsado por su comportamiento, pero que le daría otra oportunidad.

La señora se mostró muy molesta por esto, ya que dice que cuando Nora hace algo siempre escandalizan todo, pero que si otra niña le hace algo a su hija, nadie hace nada.

Le pregunte sobre si había preguntado a la maestra de Nora sobre la visita que yo haría al colegio, y me respondió que estaba programado para el día siguiente a la 1:15pm en el colegio. La cita sería con la maestra titular de Nora, del grupo de segundo año. Le dije que estaba de acuerdo.

Nora preguntó sobre el porqué la visita y le dije que yo iría porque su maestra quería hablar conmigo, pero que ella no tenía por qué preocuparse y que si nos veíamos podía saludarme o no si ella quería, por lo que se quedó tranquila y sonrió.

Le pregunte a Nora sobre cómo le había ido en la escuela además de lo que había pasado con Karla y dijo que bien, aunque todavía se pone durita muchas veces al día. Su madre intervino y dijo que lo que pasaba es que Nora se pone a platicar con sus compañeros cuando la maestra los pone a trabajar, por lo que cuando la maestra dice que les quedan 5 minutos, se pone nerviosa porque no alcanza a terminar el trabajo.

Le comento a la madre de Nora que vamos a implementar un método distinto para ayudar a Nora a lidiar con la ansiedad que le da, además de que debe dejar de platicar y concentrarse en su trabajo para que no se le acabe el tiempo. Le indico que en lugar de hacer rayones en el cuaderno como le había dicho yo la sesión pasada, sería mejor que se llevara al escuela una pelota antiestress o algún peluche o muñeco que pudiera apretar en su mano para liberar la ansiedad y así no tenga que hacer lo que siempre hace. Ambas se muestran de acuerdo y Nora dice que ya sabe que llevará porque justo tiene una pelotita muy bonita que sirve para eso, aunque no quisiera que su maestra se la quitara. Yo le explico que la pelotita sirve para que ella descargue su energía cuando se ponga nerviosa o estresada, pero que no es para jugar porque entonces si se la podrían quitar; de cualquier manera su madre hablaría con la maestra para comunicarle la indicación terapéutica y que no se la quitaran. Nora asiente y se queda tranquila.

Finalizando así la entrevista, salimos del consultorio y Nora y yo entramos al consultorio infantil. Le pregunte que le apetecía jugar y ella me dijo que quería el Jenga, el verdad o reto, el conecta 4 y la plastilina. Yo le dije que estaba bien pero que no podíamos jugarlos todos a la vez, así que tenía que escoger uno para empezar y podemos ir jugando uno por uno, y ella aceptó y escogió el Jenga.

Cuando empezamos a jugar, la note muy ansiosa porque no quería que se cayera la torre. Le pregunto que podría pasar si se cayera la torre, y ella me responde que no quisiera que eso pasara porque tiene que hacerla toda de nuevo y le da flojera.

Continuamos jugando y ella intentaba meter ambas manos para evitar que se cayera la torre, por lo que le recordé la regla de que solo se podía usar una mano para jugar y que no debía hacer trampa. Ella se rio y siguió jugando pero ahora solo con una mano.

Me comentó que ella tenía ganas de contarme ella misma lo que había pasado con Karla en la escuela, pero que su mamá lo dijo primero. Le dije que la próxima vez si ella quiere contarme algo, le dijera a su mamá y me lo explicaran juntas para así poderlas escuchar a ambas y no solo a su mamá. Le pedí que me explicara más sobre lo que había pasado con su compañera y me dijo que el problema es que Karla siempre la empuja o le dice que esta fea o gorda, y que eso la desespera. El día que se pelearon, Nora había ido al baño y traía un dulce en la mano, Karla llegó e intentó quitárselo, ambas forcejearon y como Karla la estaba empujando, Nora le mordió la mano para quitársela de encima. Karla lloró y fue a decirle a la maestra, quien las castigó a las dos por haberse peleado.

Le respondí que efectivamente no era la mejor manera de resolver los conflictos, pero que era bueno que se defendiera y no permitiera que nadie la molestara. Le pregunté si su compañera había seguido molestándola después de eso y dijo que ya no.

Dijo que quería cambiar de juego por el conecta 4, por lo que le pedí que guardara el jenga y que sacara el nuevo juego. En la primera partida ella ya había ganado, sin embargo no se daba cuenta y decidí continuar el juego para ver cuánto tardaba en notar que ya había ganado. Continuamos hasta el final y yo le pregunté que quien había ganado, y ella me respondió que nadie. Le mostré que ella había ganado desde hacía 5 turnos, pero que no se había dado cuenta. Se rio ante esto y se dio una palmadita en la cabeza. Le dije que algunas veces estamos tan enfocados en lo que queremos que no nos damos cuenta de que ya lo hemos logrado.

Para finalizar la sesión le pregunté que si había hecho lo que le había indicado la sesión pasada sobre los rayones en una hoja cuando se sintiera estresada y dice que sí, pero que no le ha ayudado mucho. Le respondo que ahora cambiaremos la dinámica y utilizaré la pelotita que le indique antes, pero que el problema era que como ella se pone a platicar, no termina el trabajo y que entonces pareciera como si ella misma buscara ponerse en esa situación para “ponerse durita”, por lo que ella misma tiene la solución. Ella no me miró mientras yo le hablaba, pero se quedó pensativa y al final me dijo que entendía y que estaba bien.

El tiempo se terminó, por lo que le indique que ya era hora de guardar para irnos, por lo que ella se levantó a guardar el juego y salimos juntas hacia la sala de espera.

Anexo 10. Sesión #6

Px: Nora
de 2018

Fecha: 15 de febrero

Visita a la escuela de Nora.

Ese día asistí al colegio con el fin de tener una entrevista con la maestra de Nora para recopilar información acerca de su desempeño en la escuela y sobre la manifestación del síntoma en la escuela, además de darle consejos a su maestra sobre cómo lidiar con el mismo.

Llegue a la 1:15pm al colegio y me pidieron esperar en el patio a que saliera la maestra de la clase. Tocarón el timbre y vi que los niños de todo el colegio cambiaban de salón, entre ellos Nora que paso justo frente a mí pero pareció percatarse de mi presencia.

Cuando finalmente la maestra salió me dijo que también estaría en la reunión la maestra de inglés de Nora, quien también tenía dudas acerca de la situación de la niña, por lo que esperamos a que llegara para comenzar con la entrevista, que tuvo lugar en una banca del patio.

Las maestras de la niña me informaron que tiene medio día de clase de español y medio día de clase de inglés, para después salir a una hora de taller de canto y salir de la escuela a las 2:30. Me dijeron que Nora se sienta hasta el frente de la fila y justo en la parte de en medio del salón, con el fin de que ellas puedan vigilarla. Pude observar que sus bancas son de madera y lucen un poco antiguas y hasta sucias.

Sobre el frotamiento que Nora presenta, su maestra de español me dijo que cuando inicio el ciclo escolar notaron que lo había hecho una o dos veces, pero como no volvió a suceder lo dejaron pasar, pensando que no tenía importancia. Pero que desde hace unos meses el problema ha aumentado y que la niña lo ha llegado a hacer entre 6 y 8 veces al día por lo que han podido contar, lo cual para ellas ya es preocupante. Ellas mencionaron que su frotamiento no es tan vistoso, por lo que los compañeros de Nora no la han visto hacerlo, pero que ellas si lo han notado. Lo que ellas hacen para evitar que Nora se frote es que la interrumpen y le piden que las ayude con alguna actividad (limpiar el pizarrón, guardar cuadernos, limpiar borradores, etc), sin embargo, vuelve a hacerlo después.

Les dije que me parecía un buen método el interrumpirla, pero que algo que también podían hacer es permitirle que saliera al baño con el fin de inculcarle el no hacerlo en público, algo que en terapia estábamos trabajando en el momento.

Pregunte acerca de cómo es Nora en la escuela y ellas me contaron que es “muy platicona”, que suele distraerse con facilidad y que a veces acusa a sus compañeros con la maestra, diciendo cuando hacen cosas malas o cuando alguien no está trabajando. Ellas han hablado con ella y le han dicho que eso no está bien y que no necesita “chismearles” lo que hacen los demás, que ella debe concentrarse en lo que ella hace. Sin embargo, ella parece darle mucha importancia a esto ya que es algo constante.

En cuanto a sus calificaciones me dijeron que no es muy buena, que aproximadamente tiene un promedio de 8 ya que a veces si hace trabajos y otras veces no. Por lo tanto, sus calificaciones suben y bajan dependiendo del esfuerzo que ella invierta, pero no suben de 8.

Su maestra de inglés continuó diciendo que el problema que ellas ven es que Nora se pone a platicar con sus compañeras al momento de hacer un trabajo. La maestra les mide el tiempo con canciones, por lo que les dice que tienen 5 o 6 canciones para terminar el trabajo que les encarga en el momento, pero que Nora rara vez hace caso. Cuando ya van en la última canción y la maestra les dice que tienen poco tiempo para terminar, la niña comienza a estresarse y quiere trabajar rápido, pero no alcanza a

terminar, por lo que tiene que quedarse al final de la clase para terminar el trabajo, lo cual le causa estrés.

Yo les hice énfasis en que Nora es una niña muy sensible y que suele estresarse con facilidad, por lo que es importante que la apoyemos para evitarle lo más posible situaciones angustiantes, pero que en terapia también estamos trabajando el que acepte sus responsabilidades y que deje de platicar tanto en clase para que ella misma no se provoque el estrés.

Les pregunte acerca de la situación de Nora y Karla, la niña que la molestaba y la maestra estaba al tanto de la pelea que había sucedido, pero dijo no haber visto nunca alguna discusión entre ellas o que Karla molestara a Nora. Mencionaron que Nora es muy sociable y que en el grupo no han notado que aislen a nadie, porque todos juegan con todos y hablan bien entre ellos. Les pedí que estuvieran un poco más al pendiente sobre esta situación para evitar que se repita.

Les pregunte si había alguna otra duda sobre la situación de Nora y me dijeron que no, que estaban satisfechas sabiendo que estaba yendo a terapia. Yo les hice énfasis en que la escuela es un ambiente sumamente importante para el bienestar de Nora, por lo que apreciamos su ayuda y apoyo en lo posible y que cualquier duda o consulta que pudieran tener yo quedaba a sus órdenes.

Las maestras se comprometieron a cumplir las indicaciones terapéuticas y a estar más atentas con Nora, lo cual les agradecí. Sonó el timbre para la hora de la salida, por lo que me retiré.

Anexo 11. Sesión #7

Px: Nora
de 2018

Fecha: 15 de febrero

Nora llega puntualmente a sesión acompañada de su madre. Trata de esconderse para asustarme detrás de la pared cuando yo salga a abrirla pero yo la vi esconderse así que no lo logra. Salta y me dice “boo”, pero al ver que no me asusto se ríe y me dice “quería asustarte”.

Le pido a su madre hablar primero con ella para informarle sobre la visita al escuela de Nora. Le informo las indicaciones que les di a las maestras sobre la niña y la información que ellas me dieron, a lo que ella me comenta que justamente cuando el frotamiento de Nora aumento coincidió con el hecho de que Karla, la niña a quien mordió, comenzó a molestarla.

Le dije que, dado que el frotamiento de Nora ha aumentado considero importante que las sesiones sean cada 8 días en lugar de cada 15 con el fin de que el tratamiento sea más efectivo y que Nora tenga mayor mejoría, a lo que ella responde que si está de acuerdo en traer a la niña cada 8 días. Sin embargo me dice que el problema es que

su madre “padece de demencia” y que ella y sus hermanos que viven en casa se turnan para cuidarla y que, siendo la madre de Nora la que trabaja desde casa, es quien tiene más disponibilidad de cuidarla. Por lo que tendría que revisar con sus hermanos si habría forma de reorganizarse para que ella pudiera traer a su hija a terapia cada 8 días. Le dije que no había problema y que igual yo revisaría mis horarios para ver en que horario y día quedaría mejor para ella para que las sesiones fueran una vez a la semana.

Termino mi entrevista con la madre y le pido a Nora que pase para comenzar la sesión. Cuando le pregunto qué quiere jugar le llama la atención el juego de “Yeti en el Spagueti”. Lo toma del estante para jugar y quiere que le explique cómo se juega. Yo le digo que hay que colocar los espaguetis sobre el plato y al Yeti sobre el espagueti, y hay que ir retirando cada uno de los espaguetis con cuidado sin que el Yeti se caiga, y a quien se le caiga el Yeti pierde. Ella se emociona y empezamos a jugar.

El juego la emociona mucho, se pone nerviosa cuando es su turno, no quiere perder, y se ríe mucho por los nervios. Noto que a diferencia de las sesiones anteriores, ya respeta turnos más fácilmente. Se toma su tiempo para observar todos los espaguetis y ver cuál es su mejor opción para que no se caiga, a lo cual le digo que está perfecto para así tomar la mejor decisión.

Le pregunto cómo le ha ido en la escuela y ella me dice que bien, que Karla ya no la ha molestado pero que sigue poniéndose durita cuando algo la estresa. Le pido que me dé un ejemplo y me dice que el día de ayer tuvo taller de canto y que le encanta estar ahí porque le gusta mucho cantar. Pero que cuando vio el reloj se dio cuenta de que faltaban 5 minutos para el final de la clase y se empezó a estresar porque no quería que la clase terminara. Se puso ansiosa y tuvo que ponerse durita para no sentirse tan mal porque no quería que terminara.

Yo le dije que entendía que cuando algo nos gusta no queremos que acabe, pero que todo siempre tiene algún momento en donde se termina y en lugar de estresarse por eso, puede concentrarse en disfrutar su clase.

Le comente sobre mi visita a su escuela y que note que su banca está hecha de madera y le pregunte si la banca de su clase de canto era igual, a lo que ella me respondió que sí. Le comente entonces que si estaba consciente de que se estaba frotando bajo su falda con una superficie de madera y que era probable que se pudiera astillar. Inclusive que, dado que ella me había contado que cuando se frotaba se le salía la pipi, esa pipi no solo estaba en su ropa interior sino que se puede haber traspasado a la banca y por lo tanto quedaría sucia; por otro lado, se queda con su ropa interior llena de pipi desde en la mañana hasta en la tarde que ya se va a su casa y que puede cambiarse y que eso puede causarle alguna irritación porque está sucio. Ella se quedó pensativa mientras me escuchaba y luego me dijo que había ocasiones donde le daba mucha comezón en su zona genital y que se rascaba todo el día y yo le dije que podía ser por la misma razón, por lo que hay que evitar frotarse, al menos sobre la banca de madera y en público, porque las consecuencias pueden no ser tan buenas. Me dijo sorprendida que no lo había pensado así y que trataría de que ya no pasara.

Continuamos con el juego hasta que termino la sesión, por lo que le pedí que guardara el juego para irnos. Después de guardarlo me pidió que esperara y saco de su bolsa el dinero con el que me iba a pagar y me lo dio. Le agradecí y salimos a la sala de espera donde estaba su madre y las despedí.

Anexo 12. Sesión # 8

Px: Nora
de 2018

Fecha: 5 de marzo

Nora y su madre llegan a tiempo a la sesión. De igual forma que la sesión anterior, Nora se esconde para tratar de asustarme. No lo logró pero fingí asustarme y me reí junto con ella.

Cuando entraron le pedí a la madre que pasara conmigo unos minutos porque necesitaba hablar con ella. Durante la entrevista le pregunto acerca de lo que me dijo la sesión pasada sobre que la abuela de Nora sufría de demencia. Ella me narra que lo que su madre tiene se llama “demencia incipiente” y que se lo diagnosticaron desde el mes de noviembre. La abuela de Nora tiene 55 años de edad y le pregunto a la madre sobre el inicio de los síntomas. Ella me cuenta que sus padres nunca han tenido una muy buena relación porque su padre no es muy buen esposo ya que ha tratado mal a la abuela hablándole mal y siendo grosero. Pero que hace poco él quiso redimirse con ella y la llevó de viaje a su pueblo (Zirahuen) y que en ese viaje el empezó a notar que ella tenía cierto deterioro y olvidos, por lo que la llevaron al médico del seguro social y el neurólogo les dio este diagnóstico.

La abuela se encuentra siempre trabajando en la tienda de abarrotes de la familia y el medico indico que aunque ya no podía estar sola, no era conveniente que la retiraran de la tienda porque entonces se “vendría para abajo” más fácilmente. Menciona también que cuando falleció su abuela (fue cuando Guadalupe, la mamá de Nora, estaba en la secundaria), es decir, la bisabuela de Nora, la abuela sufrió mucho y que esa pérdida le afecto mucho.

La madre dice que cree que está pérdida también afecto a Nora, ya que ha habido varias ocasiones en que ha preguntado por su bisabuela, siendo que nunca la conoció. Incluso hubo una ocasión hace ya unos años que encontró a Nora llorando sola en su cuarto diciendo “¿Por qué no te conocí abuelita?”, lo cual no se explica porque.

Cuando le pregunto sobre los síntomas que presenta la abuela me dice que suele perder los objetos que se le dan, que a veces pierde dinero y que hay que buscarlo por toda la casa para saber dónde lo dejo y que eso es como “jugar a la búsqueda del tesoro con ella siempre”, además de que olvida rostros y se le olvida que ya ha hablado con alguien.

Ella menciona también que Nora y su abuela son muy unidas, ya que suele consentirla mucho y hacer de comer lo que ella quiera. Por lo tanto, le han dicho a Nora que cuando este con ella la cuide y que si quiere salirse se lo evite. Esto porque ya hubo una ocasión en que la abuela se salió de casa y no la encontraron hasta casi la noche.

La madre me cuenta también de que la madre del abuelo de Nora aún vive y que tienen muy poca convivencia con ella. Me dice que esa mujer no es tan buena porque es muy “zizañosa”, ya que suele decirle a Nora que cuando su madre se embarazó de ella “estaba enferma de la cabeza y que nunca deseo tenerla”. Ella recuerda que cuando estaba embarazada le decía que, por tener a un hijo fuera del matrimonio, la niña nacería deforme o enferma.

Debido a esto, Nora suele preguntarle a su madre si es verdad que no era deseada, por lo que a su madre no le parece que la niña conviva con la mamá de su abuelo.

Terminando así la entrevista, salgo del consultorio con la mamá para entrar con Nora. Le pregunto que le gustaría hacer hoy y ella elige el juego de Operando. Le explico cómo se juega y comenzamos. Desde el inicio se pone muy ansiosa por el sonido que produce el juego cuando se equivoca, se asusta mucho cada vez que suena, a pesar de que sabe que va a sonar y también se emociona mucho. Le digo que se tranquilice y ella empieza a respirar profundo y se calma. Después de hacer eso me dice que ya no se ha vuelto a poner durita porque ha tratado de respirar así como lo hizo ahorita y que le ha resultado, por lo que le digo que me da gusto saberlo, ya que siendo que ella se sienta en medio y hasta adelante era probable que sus compañeros la vieran, y ella asiente.

Cuando el juego termina y yo le gano, le pregunto si quiere jugar de nuevo o cambiar por otro juego, pero ella dice que quiere un segundo intento. Hacemos piedra, papel o tijera para ver quien empieza y ella grita: “Piedra, papel o tijera”. Conforme el juego va avanzando veo que juega de forma más paciente y se concentra más, por lo que el juego ya no suena tanto. Cuando es mi turno y me toca sacar el corazón del juego me pregunta: “¿Ya se te dificultó lo del corazón?” a lo que yo le respondo que es complicado pero que hay que tener paciencia y hacerlo despacio, al final yo logro sacar la pieza.

Seguimos jugando y de repente ella dice: “Eso le pasa a Sam.” Refiriéndose a que eso le pasa al muñeco del juego y que por eso tiene tantas piezas dentro de él.

Finalmente terminamos empatadas y le digo que fue mejorando su forma de jugar poco a poco y que es por eso que ahora mejoro, por lo que lo importante es no dejar de esforzarse, al igual que se esfuerza por no frotarse en clase.

Al terminar ella saca el dinero de su bolso y me paga. Cuando salimos del consultorio, su madre me pregunta si me pago y le respondo que sí. La acompaño a la puerta y la sesión finaliza.

Anexo 13. Sesión #9

Px: Nora
de 2018

Fecha: 5 de marzo

En esta ocasión Nora y su madre llegaron con media hora de anticipación. Yo estaba en sesión con otro paciente cuando tocaron el timbre y salí a abrirles. Cuando fui a la puerta Nora ya se había escondido para asustarme igual que las veces pasadas; la madre se disculpó por llegar tan temprano y le dije que no se preocupara, pero que yo

estaba con otro paciente y tendrían que esperar hasta que fuera su hora de sesión y ellas aceptaron quedarse en la sala de espera.

Una vez que termine mi sesión con mi otro paciente, les dije que ya era hora de su cita. Le pregunte a la madre si tenía algún aviso que darme sobre Nora y me dijo que no, por lo que pase con la niña al consultorio.

Le pregunte a Nora que quería jugar hoy y ella escogió el juego llamado Padres vs Hijos, diciendo que no había visto ese juego y que quería ver de que trataba. Cuando ella lo saca, le explico las instrucciones, donde ella jugaría como hija y yo como madre, y que nos haríamos preguntas una a la otra y dependiendo de cuantas preguntas respondiéramos bien serían los espacios que avanzaríamos hasta llegar al otro lado del tablero.

Cuando ella acomoda el juego noto que en lugar de poner solamente una ficha para cada una de nosotras pone dos de cada lado, como si fueran a jugar más personas. Conforme el juego y las preguntas avanzan, veo que ella me da pistas para que yo adivine la respuesta, aunque yo a ella no le de pistas. Le pregunto porque me da pistas, ya que si lo hace yo le puedo ganar y ella solo se ríe.

Se emociona cuando responde bien a una pregunta, pero al final del juego yo le gano. En esta ocasión no se molesta por perder, sino que simplemente hace una expresión de desagrado en broma y me dice: "Pero no importa perder, porque es solo un juego y lo importante es divertirse." Yo le digo que es cierto lo que dice y que bueno que lo vea así. Ella me cuenta que eso es lo que les dice ahora a sus compañeros que cuando la maestra les pone algún juego solo quieren ganar, ella les dice que lo importante es divertirse y no ganar a fuerzas.

Me pide que juguemos de nuevo y empezamos otra ronda. Durante esta ronda, me toca hacerle una pregunta donde debe completar la frase: "El burro hablando de..." Ella no sabe cómo completarla, pero en la segunda oportunidad que tiene dice: "El burro hablando de... ¿papa?" (Dice esto último en voz baja) Le pregunto qué diría el burro de papa pero ella se ríe y continúa jugando sin responder.

La pregunta que le toca a ella es ¿Cómo se le llama a los sueños que causan miedo?, a lo que la respuesta es pesadilla y cuando responde, ella se abraza a si misma temblando (fingiendo miedo) y dice que no le gustan las pesadillas porque son horribles. Yo le pregunto si ha tenido pesadillas y dice que sí y que a veces es muy seguido. Me cuenta que una vez soñó que su tío se volvía loco y que mataba gente en la calle, lo que le dio mucho miedo pero despertó y se alegró de que fuera solo un sueño. Le pregunto que hace cuando tiene pesadillas y dice que se va a dormir con su mama, porque ambas duermen en el mismo cuarto pero en diferentes camas.

A lo largo de la sesión noto que Nora tiene mucha tos y cuando le pregunto sobre eso me dice que está enferma, pero que al salir de terapia su mamá la llevara al doctor para que le den medicina, y que ella espera que le den pastillas y que no la inyecten porque le dan miedo las inyecciones. Justamente yo igual tengo tos y ambas tenemos nuestra botella de agua cerca para evitar la tos. Ella señala que yo igual tengo tos y me pregunta si tengo "moquitos escurriendo" igual que ella, a lo que le respondo que yo no los tengo.

Seguimos jugando y una de las preguntas que le tocan es sobre que estación sigue después del otoño, pero ella me responde “diciembre”; yo le digo que me estoy refiriendo a las estaciones del año y no a los meses, pero ella sigue diciéndome distintos meses, hasta que pierde su oportunidad y termina su turno.

El tiempo de la sesión se termina y yo gano el juego, pero ella ahora estuvo a un espacio de ganar también, por lo que le reconozco que mejoró su forma de jugar y que ya casi logro alcanzarme. Eso la pone muy feliz y dice en voz alta: “está muy padre este juego, quiero jugarlo de nuevo” por lo que le digo que la próxima sesión podemos jugar otra vez.

Ella saca el dinero de su bolsa, lo cuenta rápido y me lo entrega. Le doy las gracias y las acompaño a ella y a su mamá a la puerta, diciéndoles que la siguiente cita será en 15 días porque la próxima semana no se trabaja por la semana santa. La madre dice que no hay problema porque ella también tiene vacaciones y quiere descansar.

Las acompaño a la puerta y nos despedimos, terminando así la sesión.