

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

***“EL VÍNCULO AFECTIVO DIÁDICO MADRE-HIJO EN UN
CASO CON DEPRESIÓN INFANTIL”***

Autor: CYNTHIA EUGENIA APARICIO ZAMORA

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





UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE POSGRADO**

TESIS:

**“EL VÍNCULO AFECTIVO DIÁDICO MADRE-HIJO EN UN
CASO CON DEPRESIÓN INFANTIL”**

**QUE PRESENTA:
CYNTHIA EUGENIA APARICIO ZAMORA**

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

**ASESORA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ**

MORELIA MICHOACÁN, OCTUBRE DE 2018

R.V.O.E.: MAES160610

AGRADECIMIENTOS

A mi padre en especial por ser mi ejemplo, porque con tu trabajo y esfuerzo me has llevado por el buen camino, siendo el hombre más importante en mi vida, por ser un padre, esposo, hijo y médico ejemplar, apoyándome en todas mis decisiones, dándome siempre motivación y escucharme cuando lo he necesitado. Gracias a ti en especial por todo el apoyo moral y económico que me has brindado. Te amo padre.

A mi madre por ser la persona que me ha dado la vida y por darme siempre la motivación que necesito, eres una mujer fuerte que me has enseñado a luchar contra las adversidades y la que también me ha apoyado en las decisiones más difíciles, la que siempre tiene tiempo para escucharme cuando más lo he necesitado, pues tu sabes cuánto te amo y adoro madre.

A mis hermanos Memo y Lorena porque también son un motor muy importante en mi vida y saben lo importante que son para mí, los amo con todo mi corazón. A ti Michelle porque eres una persona importante en mi vida y por apoyarme también en este camino, pues me has dado siempre motivación y ánimos para continuar con mi profesión.

A Dios por haberme dado la oportunidad de llegar hasta aquí, dándome fortaleza en todo momento y acompañándome durante el transcurso de mi vida, por permitirme crecer profesionalmente y por darme la paciencia para hacer un mejor trabajo con mis pacientes, por confiar en mí y darme esta maravillosa vida junto con lo que más amo, mi familia.

A la Doctora María del Carmen Manzo Chávez, directora de tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

A mis profesores que me compartieron su conocimiento durante el transcurso de mi formación.

Cyntia Eugenia Aparicio Zamora

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
JUSTIFICACIÓN	3
ANTECEDENTES	4
IMPORTANCIA DE ESTUDIO.....	17
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	18
1. MATERNIDAD	18
1.1. Definición de Maternidad	18
1.2. La Madre y la Maternidad	20
1.3. Función Materna	22
2. APEGO	27
2.1. Concepto de Apego	27
2.2. Tipos de Apego en el Infante.....	36
2.3. Conducta de Apego entre Madre e Hijo	48
3. VÍNCULO	52
3.1. Teoría del Vínculo.....	52
3.2. Etapas Previnculares	57
3.3. Tipos de Vínculo	64
3.4. Relaciones Vinculares.....	65
3.5. Vínculo con la Madre.....	68
3.6. Vínculos Patológicos.....	72
4. INFANCIA	76
4.1. Definición de Infancia.....	76
4.2. Fases de la Infancia.....	78
5. DEPRESIÓN	83
5.1. Definición de Depresión	83
5.2. Depresión Infantil.....	86
5.3. Sintomatología de la Depresión Infantil.....	91
5.4. Clasificación de la Depresión Infantil	92
5.5. Causas de la Depresión Infantil	94
5.6. Psicodinamia de la Depresión Infantil.....	96

5.7. Tratamiento de la Depresión Infantil	97
CAPÍTULO 2. MÉTODO	100
1. PRONUNCIAMIENTO METODOLÓGICO.....	100
1.1. Enfoque Cualitativo	100
1.2. Método Clínico Psicoanalítico	100
1.3. Estudio de Caso	100
2. OBJETIVOS.....	101
2.1. Objetivo General	101
2.2. Objetivos Particulares	101
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	102
3.1. Preguntas Secundarias	103
3.2. Supuestos Teóricos.....	103
3.3 Ejes Temáticos y Categorías	103
3.4. Técnicas de recolección de datos.....	105
3.5. Participantes.....	109
3.6. Escenario	110
3.7. Procedimiento.....	110
CAPITULO 3. RESULTADOS.....	111
1. PRESENTACIÓN DEL CASO	111
2. EVALUACIÓN DEL CASO.....	113
3. RESULTADOS POR EJES Y CATEGORIAS	115
3.1. Eje 1. Vínculo en la Maternidad	115
3.2. Eje 2. Apego.....	120
3.3. Eje 3. Vínculo	142
3.4. Eje 4. Depresión.....	153
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	156
4.1. Eje 1. Maternidad.....	156
4.2. Eje 2. Apego.....	157
4.3. Eje 3. Vínculo	161
4.4. Eje 4. Depresión.....	163
CAPITULO 4. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.....	165
1. DISCUSIONES.....	165
2. CONCLUSIONES	178

CAPITULO 5. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	190
1. LIMITACIONES	190
2. SUGERENCIAS.....	191
3. REFERENCIAS.....	191
4. ANEXOS	208
Anexo 1. Test de la familia.	208
Anexo 2. Inventario de Depresión Infantil	210
Anexo 3. Test de Pata Negra	214
Anexo 4. Entrevista de Historia del Desarrollo	218
Anexo 5. Entrevista de Fantasías Preconceptivas.....	229
Anexo 6. Test de la Relación Madre e Hijo (Roth).....	232

RESUMEN

La presente investigación se basó en investigar la depresión infantil y la relación con el vínculo afectivo de la madre donde se pretendió investigar los principales factores que intervinieron en dicho padecimiento y así se conoció más a fondo acerca de las relaciones que se establecen entre las madres y los infantes. Para llevar a cabo dicho proyecto, se trabajó con un niño de 9 años el cual era paciente de una institución de salud pública en la ciudad de Morelia Michoacán donde fue atendido por un paidopsiquiatra, siendo diagnosticado con depresión moderada, por lo que para poder evaluar y corroborar dicho trastorno en el paciente se le aplicó la prueba CDI (Inventario de depresión infantil) así como también se aplicaron algunas pruebas, tales como el Test de la pata negra, el test de la familia, algunas entrevistas como la de fantasías preconceptivas de la madre (Manzo, 2010) y el Test de la relación madre –hijo (ROTH). En relación al método fue un estudio de caso en el que se lograron abarcar todos los objetivos, donde los resultados demostraron que el tipo de apego-vínculo que se va desarrollando entre la madre y el infante influye durante su desarrollo de vida, mostrando una relación con la depresión cuando no se tiene un apego seguro, ya que dicha depresión surge a causa de un evento estresante mostrando debilidad y/o en el paciente a falta del apego seguro entre madre e infante.

Por lo tanto es importante conocer las relaciones que se van estableciendo entre los infantes y sus madres para tener conocimiento de dichos apegos que se van creando en ellos y así mismo conocer a fondo la causa del conflicto entre el vínculo madre e hijo.

Palabras clave: depresión, vínculo, madre, infante, apego.

ABSTRACT

This research was based on the investigation of childhood depression and the relationship with the affective link of the mother where it was tried to know the main factors that intervened in this disease and was thus more known about the relationships that are established between mothers and infants. To carry out this investigation, we worked with a 9 years old who was a patient of a public health institution in the city of Morelia, Michoacán where he was attended by a paldopsiquiatra being diagnosed with moderate depression, so to be able to evaluate corroborate the disorder in the patient was applied the CDI test (infant depression inventory) as well as some tests, such as the black paw test, the family test, interviews, the interview of the mother's preconceptional fantasies (Manzo, 2010) and the (ROTH) test in relation to the method was a case study in which it was a possible to cover all the objectives, where the results showed that the bond attachment that develops between the mother and infant influences during their development of life and shows a relationship with the depression when one does not have a secure attachment, since that depression arose because of a stressful event showing ego weakness in the patient lack of secure attachment between mother and infant.

It is therefore important to know the relationship that are established between the infants ant their mothers to have knowledge of these attachments that are created in them and also to know thoroughly the cause of the conflicts between the mother and child bond.

Key words: depression, bond mother, infant, attachment

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar las necesidades del infante a partir de la relación que establece con la madre para así mismo prevenir la depresión en éste y poder desarrollar estrategias de prevención que ayuden a las madres a tener un vínculo positivo y ayudar al menor mediante el tratamiento. Sin embargo la razón principal de llevar a cabo el estudio fue porque en la clínica se ha observado que la mayoría de los casos de niños que presentan depresión, tienen que ver con la relación madre-hijo, por lo que llamó la atención indagar en el tema para conocer qué es lo que determina que dichos pacientes menores caigan en depresión y que la mayoría tienen que ver con el tipo de apego que se generó entre ellos y su madre. Los pacientes que más llegan a la clínica son relacionados a trastornos afectivos por lo que fue interesante poder investigar en un paciente que presentaba dicho trastorno afectivo como la depresión para así conocer el origen de su conflicto.

Las madres son las figuras más importantes en el desarrollo del niño, es por eso que en este estudio, se identificó que la madre en parte influyó en la depresión del menor como así mismo se conocieron los factores emocionales externos e intrapsíquicos que generaron problemática en el establecimiento del vínculo afectivo entre la madre y el infante, tales como problemas familiares. Con lo anterior se logró identificar la relación que prevaleció entre el sujeto y la madre, así como el apego que perduró en ellos identificando el conflicto que causó la depresión en el infante como de igual manera se estudió este caso para así teniendo el conocimiento de los factores que prevalecieron en el infante, ayudaron a conocer las causas principales y así poder prevenir en un futuro depresiones en los niños que se encuentren en situaciones similares al del caso presente.

ANTECEDENTES

La importancia de la depresión, se ha vuelto de suma importancia en nuestros tiempos debido al aumento de casos que se han venido presentando en las personas pero sobre todo en la población infantil. Existen cada vez más enfermedades de depresión en los menores y como se observa, las causas son infinitas ya que existe más ausencia de padres al cuidado de ellos, sobre todo la madre que se ha distanciado más en el menor por las problemáticas sociales, maritales, laborales, etc. Y tanto en México como en otros países, existe depresión infantil y sigue en aumento día con día.

A continuación se dará una revisión de los principales temas relacionados con dicha investigación donde existen distintos estudios que muestran evidencias de la depresión infantil y vínculo materno los cuales ayudaron a tener mayor conocimiento en dicha investigación.

Iniciamos con Betancourt, Rodríguez y Gempeler (2007) en su artículo *“Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario”*, en Bogotá Colombia, midieron la depresión en los infantes ya que es uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo. Investigaron la sintomatología depresiva en edades de 9 y 12 años en relación con las prácticas parentales. Dichos investigadores mencionan que los instrumentos que utilizaron fueron la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D-R) Eaton, et al. (Citado por Betancourt et al. 2014) y la escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt (citado por Betancourt et al. 2014). Los resultados demostraron que se necesita llevar a cabo más investigaciones debido a que se necesitan establecer con más claridad las dimensiones de las prácticas parentales así como también el sexo que desempeña cada uno (padre y madre).

Herrera, Lozada, Rojas y Gooding (2009) en su estudio “Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia)” identificaron la prevalencia de la sintomatología depresiva y las características sociodemográficas de niños entre los ocho y once años, como así mismo éstos ya presentaban síntomas depresivos. Los sujetos fueron tomados de forma aleatoria como un total de 1832 donde 864 eran niños y 968 niñas. El instrumento que utilizaron fue CDI

(inventario de depresión infantil de Kovacs, (citado por Herrera, et al. 2009). Así mismo se construyó un cuestionario con características sociodemográficas, que éste mismo fue evaluado por expertos y se aprobó como un instrumento válido. Los resultados muestran que existe depresión en aquellos niños donde sus familias tienen estratos socioeconómicos bajos, así como también ambos sexos presentan características de retraimiento social y baja autoestima. El ambiente familiar, los problemas sociales y económicos influyen para la prevalencia de depresión en los niños de menor edad.

Ladrón, Alcalde y de la Viña (2002) en su estudio “Depresión infantil. Un estudio en la provincia de Soria” evaluaron la prevalencia de la depresión en niños de 4to año de primaria con un total de 819 menores que se tomaron de manera aleatoria. A 565 de los menores, se les aplicó el inventario de depresión infantil (CDI) de Kovacs, (citado por Ladrón, et al. 2002). Posteriormente a los profesores de estos niños se les pidió que contestarán a la Escala de Sintomatología Depresiva para maestros ESDM de Domenech, et al. (Citado por Ladrón, et al. 2002). Se les aplicó a los padres de ellos una entrevista semiestructurada y finalmente a los menores también se les entrevistó (CDRS).

Los resultados muestran que existe mayor prevalencia de depresión en los colegios rurales que en los urbanos y mayor depresión en los colegios públicos que en los privados, en donde a los niños que finalmente se les realizó el estudio completo, 9 cumplieron con diagnóstico de depresión mayor, 12 para diagnóstico de distimia y 4 no tenían categoría de diagnóstico.

Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quinceno (2006) en su artículo “Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del child depression inventory” en Bogotá, Colombia, estudiaron la prevalencia de la depresión infantil con la población del oriente antioqueño. Los sujetos que se pretendieron analizar fueron 768 entre las edades de 8 y 12 años (379 eran del género masculino y 389 de género femenino).

Los resultados indican que los estudiantes de 11 años sobresalen más que los otros niños, los porcentajes nos indican que los varones muestran

mayor prevalencia que en las niñas así como también los estudios demuestran que no existe diferencia de los síntomas entre los niños y niñas por lo que también se llegó a la conclusión de que a partir de los 12 años, las niñas comienzan a experimentar dichos padecimientos junto con otros como ansiedad y pensamientos suicidas. Los autores mencionan que al menor lo limitan en su ámbito social y no tiene la capacidad para resolver sus problemas, llevándolo a presentar tanto problemas sociales como familiares, sobre todo con la relación de los padres los cuales desconocen la sintomatología y lo juzgan de hiperactivo o rebelde.

Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Ruiz (2004) en su estudio “La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento” en México, Investigaron en la población mexicana la prevalencia de la depresión con inicio temprano y comparar el curso natural, la comorbilidad y la latencia para buscar tratamiento entre los deprimidos con inicio temprano y aquellos con inicio en la edad adulta. Los métodos que utilizaron fueron la encuesta nacional urbana, de entre 18 a 65 años de edad. Ésta se realizó en México con el instrumento diagnóstico de la versión computarizada de la entrevista internacional compuesta de diagnóstico. El 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en adultez). Existe mayor comorbilidad en niños y adolescentes que en adultos. En este sentido, el hallazgo más relevante de este estudio fue encontrar que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debe a la falta de detección y no haberse tratado. Es importante estar pendiente de los niños en edades tempranas ya que ellos no suelen buscar ayuda por sí mismos y que tanto padres de familia como maestros deberían incluir campañas educativas con el fin de tener una detección a tiempo.

Vallejo, Osorno y Mazadiego (2008) en su estudio “Estilos parentales y sintomatología en una muestra de adolescentes veracruzanos” en la ciudad de Veracruz analizaron las relaciones entre la sintomatología depresiva y los estilos parentales en 372 adolescentes de ambos sexos, las edades fueron entre 12 y 18 años. Los investigadores utilizaron la escala de estilos parentales de Palacios y Andrade (citado por Vallejo, et al.2008) y la CES-D. Los

resultados que obtuvieron fueron que existe mayor estilo autoritario de las madres en los varones pero que la sintomatología depresiva ocurre con mayor intensidad en las mujeres por lo que finalmente mencionan que cada vez va aumentando la depresión, sobre todo en las sociedades modernas y la sintomatología se presenta cada vez más en edades tempranas.

Garibay, Jiménez, Vieyra, Hernández y Villalón (2014) en su artículo “Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad” en la ciudad de México, determinaron la correlación entre disfunción familiar y depresión infantil en una escuela primaria del estado de México. Utilizaron un estudio prospectivo, transversal, en una muestra de 326 niños de 8 a 12 años de edad, ambos géneros y de bajo nivel socioeconómico. La escala que utilizaron fue la de CDI, basada en la escala de Beck, adaptada en a la población infantil. Para valorar la funcionalidad familiar se aplicó a los padres de familia la escala de reajuste social de Thomas Holmes y Richard Rahe (Citado por Garibay, et al. 2014).

Los resultados mostraron que de 326 niños, el 11.7 manifestó síntomas de depresión y de ellos el 8.7 provenían de familias disfuncionales por lo que se evidenció una correlación estadísticamente significativa al nivel 0,01 entre disfunción familiar y depresión infantil donde se identificó una mayor depresión en el género femenino con un 15.3% con respecto al masculino que presentó 9.9%. Por tanto la depresión infantil se relaciona con el núcleo familiar, debido a que es el primer ámbito de interacción social y es el entorno donde se desarrolla el niño.

Collazos y Jiménez (2015) en su artículo “Depresión infantil: caracterización teórica” en Palmira, Colombia refirieron que el trabajo es caracterizar la depresión infantil y sus manifestaciones sintomáticas desde la revisión teórica de algunos de los autores representativos de la escuela psicoanalítica. Cada vez se han observado síntomas asociados con la depresión infantil pero son menos las investigaciones de dicho padecimiento en el infante debido a que las sintomatologías varían en cada niño. Los autores mencionan que no hay estudios significativos sobre esta patología pero cada vez se manifiestan más en el menor como así mismo en el DSM-IV no existen

criterios diagnósticos exclusivos de la depresión infantil. Se sabe que Bowlby hablaba de pérdida afectiva y que ésta podía ser la causa para que la persona padeciera de trastorno depresivo, cuyos sentimientos los expresaría en impotencia, tristeza, soledad e incapacidad para establecer lazos afectivos. Así mismo, Spitz hablaba de la ausencia materna la cual podría ocasionar al menor un daño debido a que ésta es la que le proporciona bienestar tanto emocional como físico. Algunas de las características que presentan los menores cuando estos se encuentran deprimidos son los gritos, irritabilidad, falta de interés e incluso un retraimiento social por lo que la mayoría de los autores lo comparan con que estos se presentan cuando hay ausencia de madre ya que el bebé puede llegar a sentir no amado, lo que lo hace vulnerable ante la vida.

Muñoz, Poo, Baeza y Bustos (2015) en su estudio “Riesgo relacional madre-recién nacido” en Temuco, Chile aplicaron la escala de Kimelman para riesgo relacional en diadas madre-recién nacido, con el objetivo de determinar la prevalencia y las variables biopsicosociales asociadas. Se hizo con un estudio de corte transversal con una muestra no probabilística de 333 diadas que permanecen en puerperio en la maternidad del hospital de Temuco.

La investigación muestra que existen distintas variables que influye en el riesgo relacional debido a que el contexto familiar es uno de los principales problemas que desatan la depresión, sobre todo cuando existe violencia en éstas ya que se ha visto que en la infancia habían padecido de violencia y es por eso que ahora son una de las razones para expresar violencia en sus hijos, siendo menos empáticas con ellos como así mismo no establecen apego con los mismos. La depresión durante el embarazo y alto riesgo vincular, influye en sus capacidades psíquicas y físicas para que éstas mismas no tengan ánimos de satisfacer a sus bebés. Es importante que se establezcan relaciones vinculares entre ambos debido a que es una transmisión transgeneracional, que si no se detecta a tiempo, los futuros bebés presentarán la misma problemática.

Oliva (2004) En su estudio “Estado actual de la teoría del apego” en Sevilla, España refiere que dicha teoría ha experimentado importantes modificaciones a finales de los 50 donde constituye una de las construcciones

más sólidas dentro del campo socioemocional y a través del tiempo se ha vuelto más considerable en nuestra historia. Bowlby planteó cuatro sistemas que tienen que ver con la conducta las cuales son: sistema de conductas de apego, sistema de exploración, sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. El sistema de apego son las conductas que nos ponen en alerta cuando nos alejamos de la figura de apego y tiene que ver con las sonrisas, lloros, contactos táctiles, etc. El sistema de exploración disminuye cuando se dan las conductas de apego, el sistema de miedo a los extraños tiene que ver con las anteriores ya que este disminuye la exploración y aumenta su conducta de apego y por último el sistema afiliativo tiene que ver con el interés que muestra no solo la especie humana de establecer contacto sino incluso un vínculo con los demás. Ainsworth encontró tres tipos de apego seguro los cuales son niños de apego-seguro que consiste en que ante el abandono de la madre, el niño se muestra seguro para seguir explorando en el área donde se encontraba debido a que las madres de estos respondían a las necesidades del menor. Los niños de apego inseguro-evitativo, eran los niños que se mostraban inseguros con la madre por lo que ellos rechazaban el acercamiento de ésta y no les afectaba si no se encontraba cerca de ellos. Por último los niños de apego inseguro-ambivalente se mostraban inseguros cuando la madre se retiraba, existía preocupación por el paradero de éstas por lo que al regreso, existía ambivalencia por el mismo abandono que había ejercido la madre.

Repetur y Quezada (2005) en su estudio “Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas” en la ciudad de México observaron que los tipos de vínculo llevados a cabo por Mary Ainsworth como infantes seguros, infantes ambivalentes, infantes evitativos y posiblemente infantes desorientados, tienen que ver con la conducta que el menor pueda establecer posteriormente como estilo de personalidad. Es importante que se establezcan buenas relaciones en edades tempranas debido a que la madre es la que tiene que llevar a un ambiente adecuado para que no exista riesgo en un futuro.

Yan, Xiu, Zheng, Hui y Wei (2012) en su artículo “Study of mother-infant attachment patterns and influence factors in shanghai” en China, identificaron los patrones de apego madre-hijo en Shanghai y explorar los factores de

influencia. Los temas incluyeron 160 díadas madre-bebé saludables. El apego infantil y temperamento se evaluó con el procedimiento de la Situación Extraña y el cuestionario temperamento de Carey. La personalidad de la madre, la sensibilidad materna y la satisfacción marital se evaluaron con cuestionario de personalidad de Eysenck, comportamiento maternal Q-sort Manual Versión 3.1 y el cuestionario civil de Olson. De las 160 diadas infante-madre, 150 completaron la evaluación de la sensibilidad materna, 148 completaron el cuestionario de calidad Olson civil, 152 completaron cuestionario de personalidad de Eysenck y 156 completaron el cuestionario de entorno familiar.

Los resultados aquí presentados son consistentes con muchos otros estudios que muestran que la sensibilidad materna, la satisfacción marital y el temperamento infantil son importantes factores de influencia. Los resultados indican que de los 160 recién nacidos, 68,2% fueron calificados como sujetos seguros (B) y el 31,8% como apego inseguro. De los lactantes clasificados como inseguros, 7,5% era caracterizado como evitativo (A), 21,8% como resistentes (C) y 2,5% como desorganizado (D). La sensibilidad materna, la satisfacción marital y la accesibilidad del temperamento infantil, fueron significativamente diferentes entre los lactantes con apego seguro y de forma insegura. Desde una perspectiva de temperamento, los bebés resistentes mostraron mayor intensidad de reacción que los bebés de evitación. Por otra parte, varios cuidadores de la familia que dormían con el bebé, demostraron que estos infantes eran más propensos a ser asociado con la inseguridad apego madre-hijo. Existen ciertas características culturales en los patrones de apego madre-hijo en Shanghai. La influencia de los factores están relacionados con la alta participación de los cuidadores que no son la madre, así como la sensibilidad materna, satisfacción marital y las características del temperamento del bebé.

Ortiz, Borre, Carrillo y Gutiérrez (2006) En su artículo “Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro” en Colombia, evaluaron las consecuencias sobre la relación afectiva a partir del programa canguro y maternidad adolescente. Las participantes fueron 40 diadas madre-hijo entre adolescentes y adultas donde fue dividido en 2 sub-grupos: 20 que pertenecían

al grupo canguro y las otras 20 no pertenecientes al mismo con un nivel socioeconómico bajo. Los participantes fueron 23 niñas y 17 niños, las edades promedio de los bebés fueron de 21 meses en el momento de la recolección de datos, con una edad de 10 meses y máxima de 30 meses. Las diadas se fueron observando durante visitas diferentes con un tiempo de 60,2 minutos con el objetivo de observar tanto el comportamiento de las madres como de los bebés.

Los resultados mostraron que las madres adolescentes no pertenecientes al grupo canguro, se comportaron menos sensibles con sus hijos en contraposición de las madres adolescentes y adultos pertenecientes al grupo canguro, ya que éstas últimas establecían buenas interacciones con los bebés como también existía mayor sensibilidad al responder a sus necesidades. Los bebés se mostraban seguros con éstas últimas cuando se sentían en situaciones estresantes, lo cual nos indica que el programa madre canguro incrementa la sensibilidad materna como así mismo algunos efectos negativos disminuyen como la pobreza, la separación temprana y la maternidad adolescente sobre la primera relación de apego.

Molero, Sospedra, Sabater y Plá (2011) En su investigación “La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores”, en Bajadoz, España mencionan que el apego es el vínculo que va desarrollando el menor con sus padres para que estos mismos le proporcionen seguridad y pueda presentar un buen desarrollo de la personalidad. La proximidad con la madre le proporciona al infante seguridad emocional ya que así mismo se siente protegido por ella y aceptado, formándose así el vínculo donde de esta manera el niño va conociendo y aprendiendo a establecer relaciones con las demás personas.

Lickenbrok y Braungart (2015) En su estudio “Examining antecedents of infant attachment security with mothers and fathers”, en Estados Unidos, examinaron el papel de los distintos sistemas de recursos de los padres, el funcionamiento marital, la sensibilidad de los padres y la participación en la primera infancia (3, 5, 7 meses) en la madre lactante (12 meses) y la seguridad del apego del padre (14 meses). Su objetivo fue examinar los factores de forma

proximal en los padres; por ejemplo la sensibilidad, la participación y la calidad de la relación matrimonial, la edad de los padres, la educación, el ingreso familiar, y la interacción del apego en el padre y la madre lactante. El estudio, pretendió conocer los factores que influyen en el apego y como se evidencian los efectos principales. La muestra consistió en 135 mujeres y sus respectivos esposos. Se utilizaron varios métodos de contratación. Los resultados de este estudio demostraron que los factores proximales y distales contribuyeron en la seguridad del apego del bebé con las madres y los padres, pero su impacto depende de los recursos de los padres en la relación madre-hijo, y los recursos y la satisfacción marital en la relación padre-hijo.

Otros factores, como los recursos de los padres, la participación de padres y la relación marital contribuyeron a la seguridad de apego del bebé con las madres y los padres. Tomando una perspectiva de los sistemas ecológicos, las relaciones entre padres e hijos tempranas pueden verse afectados por las interacciones entre sistemas en los que algunos están más vinculados al niño que otros. El nivel socioeconómico, un factor distal, se asocia con el funcionamiento social durante la infancia, pero la investigación sobre su asociación con el funcionamiento durante la infancia, sobre todo apego, es escasa e inconsistente. Por otra parte, no está claro cómo el factor distal afecta el funcionamiento infantil. Otros sistemas como el ajuste marital y la paternidad pueden moderar o mediar en las relaciones entre los factores distales y apego infantil.

Razoszczyk (2006) En su trabajo "Regulación afectiva diádica madre-bebé y autorregulación del infante en la estructuración psíquica temprana", en Buenos Aires, presenta una articulación entre resultados provenientes de la investigación empírica observacional en diadas madre-bebé y conceptualizaciones psicoanalíticas acerca de la estructura psíquica. En esta se grabaron 48 diadas madre-bebe, en una situación de interacción cara a cara de 3 minutos de duración. Las madres tenían entre 19 y 39 años, y sus bebés, sanos, entre 21 y 31 semanas los cuales eran 50% varones y 50% mujeres. Las madres tenían que completar instrumentos de evaluación de la autoestima. Posteriormente éstas fueron entrevistadas por una psicoanalista, a través de la entrevista materno-infantil (EMI) que fue diseñada por el equipo donde

consistía en preguntas cerradas y abiertas sobre datos demográficos, características de desarrollo del infante, etc. Para analizar la regulación afectiva se realizó microanálisis segundo a segundo de los 3 minutos de interacción madre-bebé, utilizando la escala de fases de vinculación infante y cuidador. Cada diada fue evaluada por dos jueces independientes.

Los resultados nos indican que las madres miran a sus bebés el 99% del tiempo de la interacción, mientras que los infantes miran a la cara de sus madres casi el 50%. La regulación afectiva diádica a los seis meses se basa más en desencuentros que en encuentros por lo que las madres se vinculan con afecto positivo cinco veces más que sus bebés, donde sólo el efecto positivo del infante cubre sólo el 16%. Los infantes a los 6 meses, activan recursos propios de autorregulación, tales como afecto neutro, la atención hacia los objetos y el distanciamiento.

Evans, Whittingham y Boyd (2012) En su artículo "What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted", en Australia, investigaron las variables predictoras de la evitación y la satisfacción de la relación madre-hijo, las expectativas prenatales (en comparación con la experiencia post-natal), el apoyo del posparto, el criterio de las variables de apego materno, los síntomas psicológicos maternos y la capacidad de respuesta de la madre, después de controlar el peso al nacer. Se hizo un estudio cuantitativo de la encuesta. Los participantes fueron 127 madres de bebés prematuros (37 semanas de gestación, 24 meses de edad corregida) y se reclutó a través de las organizaciones del apoyo para padres prematuros en Australia. La encuesta incluye medidas demográficas, posparto, apoyo y expectativas prenatales (en comparación con la experiencia post-natal), todo diseñado para este estudio, así como el apego materno, (AMP) la capacidad de respuesta de la madre (MIRI), evitación experiencial (AAQ), los síntomas psicológicos maternos (DASS-21) y satisfacción de la relación (RQI). Tres análisis de regresión múltiple estándar fueron llevados a cabo. Los resultados demostraron que la satisfacción de la relación, las expectativas prenatales (en comparación con las experiencia post-natal) y el apoyo postparto, representaron un significativo de 21% de la varianza en el apego materno, una significativa de 38% de la varianza en los síntomas psicológicos

maternos y un significativo de 11 % de la variación en la capacidad de respuesta de la madre después de controlar el peso al nacer. La conclusión a la que llegaron fue que dar a luz a un bebé prematuro puede tener un impacto negativo en el apego materno, en los síntomas psicológicos materno y la capacidad de respuesta materna. Estos efectos negativos pueden tener implicaciones tanto a corto como a largo plazo para la madre y el niño así como la relación que existe entre ellos.

Riva, Ierardi, Gazzotti y Albizzatu (2014) En su artículo “Motherhood in adolescent mothers: Maternal attachment, mother-infant styles of interaction and emotion regulation at three months”, en Italia, mencionan que la maternidad temprana se considera un factor de riesgo para una adecuada relación entre la madre e infante. Analizaron el efecto de la maternidad en madres adolescentes y adultas en relación con la interacción madre-hijo y la regulación de las emociones en tres meses, teniendo en cuenta el efecto de apego materno en estas variables. Las participantes fueron 30 diadas madre-hijo adolescentes en comparación con 30 diadas madre-hijo adultos en infantes de 3 meses, se registró un video de la interacción entre estos y la entrevista de apego adulto fue administrada por la madre.

Los resultados mostraron que las madres adolescentes frente a las madres adultas eran más negativas, se comportaban más hostiles y se alejaban de los hijos por lo que sus bebés mostraban más emociones negativas que positivas donde se expresaban con ira y protesta. Las madres adolescentes pasaban menos tiempo con sus hijos por lo que no se relacionaban mucho con ellos.

Tooten, Hall, Hoffenkamp, Vingerhoets y Van (2014) En su estudio “Maternal and paternal infant representations: a comparison between parents of term and preterm infants”, en la ciudad de Nederland Compararon las representaciones de apego materno y paterno después del nacimiento prematuro y las representaciones de apego interrumpidas. Participaron madres y padres de recién nacidos, neonatos prematuros 32-37 semanas y los muy prematuros de menos de 32 semanas. Las representaciones de apego (equilibradas, desvinculadas y distorsionadas) acerca de la interacción con el

bebé, fueron evaluados con el modelo de trabajo de la entrevista del niño (WMCI). Para evaluar las representaciones interrumpidas de la WMCI, se amplió con la escala interrumpida (WMCI-D). Los resultados indican que las tres clasificaciones principales de las representaciones de apego no fueron afectados por el parto prematuro. Tampoco hubo diferencias de género en la tasa de representaciones equilibradas. Sin embargo, las representaciones maternas fueron más distorsionadas y los padres mostraron representaciones más desvinculadas. También se observó que en las representaciones de apego, la madre perturbada estaba más limitada y desorientada mientras que las representaciones de apego del padre se caracterizaron por la retirada. En la muestra de estudio aproximadamente el 20% de los padres habían interrumpido representaciones de apego.

Hennessy, Deak y Schiml (2010) En su artículo “Early attachment-figure separation and increased risk for later depression: potential mediation by proinflammatory processes”, en Estados Unidos, investigaron la importancia de la separación materna temprana y las interrupciones de las relaciones de apego lo cual dan inicio a la depresión en personas vulnerables. Investigaron la separación de un roedor de apego infantil donde midieron las citoquinas proinflamatorias del comportamiento de éste y la separación materna sobre la actividad proinflamatoria.

Los resultados indican que tales procesos subyacen al comportamiento depresivo por separación en las crías y aunque los resultados han sido a menudo conflictivos, los datos revisados aquí proporcionan razones para sospechar que la sensibilización de las respuestas proinflamatorias o sus efectos pueden contribuir a comportamientos depresivos en la edad adulta.

En relación a lo antecedentes previamente vistos, existen investigaciones empíricas realizadas en diferentes contextos donde permiten ver los problemas que se han generado en relación a la depresión infantil, como así mismo la importancia del apego entre el infante y la madre. Es por eso que parte de esta investigación va encaminada hacia entender la problemática de las relaciones afectivas entre las madres y sus hijos, para así mismo tener un mayor conocimiento de las causas que generan problemas

afectivos en los infantes como es la depresión y poder tomar en cuenta medidas preventivas para que no se sigan generando conflictos emocionales en los menores y que sirva de apoyo sobre todo a las madres para prevenir conflictos emocionales tanto en ellas como en la relación con sus hijos.

Martínez, Fuertes, Orgaz, Vicario y González (2014) en su artículo “Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el afecto mediador del apego actual” en España, investigaron la vinculación afectiva con los padres en la infancia y la calidad percibida de las relaciones de pareja en la juventud, como así mismo analizaron el efecto en esa asociación, de la experiencia del apego adulto experimentado en la relación de pareja. Participaron 133 parejas heterosexuales en edades de 17 a 25 años, se evaluó a través de un cuestionario la calidad de las relaciones con la madre y el padre, así como el apego con la pareja actual.

Los resultados mostraron asociaciones significativamente positivas entre la vinculación afectiva en la infancia y la calidad de la relación, como así mismo se encontraron asociaciones negativas entre la ansiedad y evitación de cada miembro de la pareja y su propia experiencia relacional del otro.

IMPORTANCIA DE ESTUDIO

En base a lo anterior, existen factores que pueden influir en la depresión del niño, la madre es quien puede prevenir y ayudar al menor, ya que si se establece desde un inicio un vínculo afectivo seguro, el niño aprenderá a ser independiente y a luchar contra las adversidades de la vida. Se ha observado que existen múltiples estudios en relación a la depresión y el vínculo, pero fueron pocos los artículos encontrados en relación a ambos conceptos (depresión y vínculo). Sin embargo faltan aún investigaciones que arrojen información de lo que se pretende estudiar aunque también la información encontrada sirvió de gran utilidad para conocer más a fondo acerca de la problemática como también para conocer las poblaciones en las que se está presentando mayor riesgo de dicho padecimiento.

Los vínculos afectivos tempranos que establece la madre con el niño, son de suma importancia. Al establecerse la diada entre ellos, el infante se muestra protegido y seguro, como también se va estableciendo un apego que le ayudará a regular su estado emocional y pueda establecer relaciones futuras con las demás personas. La presente investigación es importante para detectar si la madre es la causante de dicha depresión en el menor a partir del vínculo, para así conocer y fomentar la importancia de las relaciones tempranas entre madre e hijo y prevenir la depresión en el menor a través de posibles talleres de psicoeducación.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1. MATERNIDAD

1.1. Definición de Maternidad

Eisler (1996) hace una mención respecto a la maternidad en la cultura griega, refiriendo que anteriormente, nuestros antepasados observaban que la vida del ser humano la creaba la mujer, por lo que la mujer se encontraba relacionada con la vida y la muerte. El papel del padre respecto a la procreación, no era importante, es decir que lo ignoraban cuando a la mujer si se le tomaba en cuenta y se le daba un status por eso debido a que ésta era la que conservaba y alimentaba al germen en su seno, dando vida; es por eso que a la mujer se le veía como una madre bondadosa así como la tierra en su fertilidad representaba a la mujer. Sin embargo, conforme pasó el tiempo, la cultura arcaica fue alcanzada por la invasión de pueblos guerreros imponiendo un modelo patriarcal, convirtiendo a la mujer en esposa subordinada y sus múltiples cualidades fueron divididas por otras diosas por lo que ahora representan dimensiones femeninas complejas y multifacéticas.

Siguiendo al autor, respecto a la maternidad, está dominada por los aspectos más fisiológicos de la función: procreación, gestación, parto y amamantamiento, seleccionando a la madre como la función nutritiva, donde la naturaleza se la ha asignado además de que el amor de las madres a los hijos es evidente, debido a que ellas prefieren amar que ser amadas, paralelamente el papel que se le asigna a la madre es insignificante debido a que cuando el niño ha superado el periodo de primera infancia, en el cual las exigencias son mayores, la atención tiende a desplazarse hacia el padre.

Hays (1998) refiere que la segunda mitad del s. XIX se identifica a la maternidad con la crianza. En el s. XX ya las mujeres se van organizando en una nueva visión del ideal romántico, lo que irónicamente se realiza en el concepto de “esposa dueña de casa” donde existe ya una valoración simultánea del hogar y la maternidad. Surge el culto a lo doméstico donde las mujeres aparecen protegidas en este contexto privado bajo creencias de maternidad como moral. La tarea que tiene las madres es ofrecer apoyo moral

y emocional a sus esposos e hijos, colaborando a la formación de una sociedad más virtuosa. Desde esta perspectiva, la maternidad ya es vista como una posición social por la contribución al bienestar social.

Molina (2006) Define la maternidad como un conjunto de creencias y significados en constancia evolución que son influidos por factores culturales y sociales, apoyándose en pensamientos en torno a la mujer, a la procreación y a la crianza como vertientes que se encuentran y entrecruzan en la interpretación. La maternidad es una palabra, concepto que va intercambiando en el espacio social, en su interpretación y repercusión en la experiencia individual, siendo así la investidura más fuerte de cada mujer incluyendo las que aún no son madres.

Las transformaciones de la maternidad que han tomado gran intensidad en el último siglo, no responden a una condición de la actualidad sino de toda la historia humana, hablar de maternidad nos pone en un panorama amplio de múltiples perspectivas y significados que éste ha tomado en el pasado y al mismo tiempo nos va situando en el futuro, en una construcción que empuja nuevos significados y abriendo caminos en la incertidumbre.

Hays; Rapoport, Strelitz y Kew, 1977 (Citados en Molina, 2006) mencionan que se establecen criterios de buena y mala madre, dando inicio a la maternidad como patología. Se genera la ideología de la madre omnipotente. Esta es la madre idealizada y perfecta, la que puede lograr y es capaz de lograr en la familia todo lo bueno y deseable, la que provee cuidados en la familia pero sobre todo con el niño. De manera contraria, los resultados negativos en el desarrollo del niño, los desórdenes psicológicos individuales y los males sociales son debidos a las malas prácticas maternas y ella es culpable por ello.

Siguiendo a Molina (2006) menciona que en la época del siglo XX en relación a la maternidad, en Estados Unidos la maternidad es vista a la madre como la esposa ama de casa, defendiendo la crianza de los futuros ciudadanos donde es la mujer la que tiene ese papel o tarea de ofrecer al marido el apoyo moral y emocional a su esposo e hijos auxiliando a la procreación de una sociedad más honesta.

La maternidad es el objetivo principal y central en la vida de las mujeres y la naturaleza femenina es condición de la maternidad. La maternidad cumple la función de satisfacción de deseos inconscientes y recompensas para la propia madre, existiendo una complementariedad de las necesidades de madre e hijo.

Ruan y Yáñez (2013) La gran fortaleza de la mujer está en su maternidad y en este poder que puede ayudarle a la mujer a plasmar en la sociedad su significado como tal. Cada niño se encuentra primero en el útero de la madre, como parte de sí misma del ser de la mujer y es ella que por nueve meses es la que concibe, recibe y hace de esa vida una parte de su propio ser, son madres creadoras. A las mujeres se les han asignado funciones generativas como recipiente, donde llegan a la maternidad a través de la procreación, dando a luz a los hijos y la que posteriormente se encargará de la crianza de estos. Por tanto la madre es la que será la procreadora principal del hogar, viéndolo desde el punto de vista social.

1.2. La Madre y la Maternidad

Knibiehler (1980) respecto a los conceptos de madre y maternidad, refiere que siempre han estado presente en las mitologías por lo que el papel nutricional de la madre era elemental y primordial. Knibiehler (1980) afirma. “el papel educativo de la madre comenzó a tomar forma, estrechamente determinada por la iglesia. En la ilustración, la maternidad espiritual y la carnal parecen aproximarse, comenzando a formularse un modelo terrenal de la “buena madre, siempre sumisa” (p.7).

Por su parte Badinter (1980) menciona que el amor maternal no es algo que sea innato, por el contrario, se va adquiriendo conforme la madre y el hijo estén día a día, junto con los cuidados que se le van brindando, por esta razón es algo de la naturaleza femenina donde hace mención que las mujeres están hechas para ser madres e incluso buenas madres.

Stern, Bruscheiler y Freeland (1999) respecto al tema de su libro “el nacimiento de una madre, como la experiencia de la maternidad te cambia para

siempre” hablan de cómo es la parte interna de la madre al transformarse en ello, pues implica un cambio psicológico en ellas cuando en el bebé sucede físicamente. Es algo nuevo por lo que la madre está pasando, teniendo una identidad, lo que da lugar a la aparición de la psiquis materna dentro de su estructura mental, abordando cuestiones relacionadas con su origen, su universalidad y particularidades.

Continuando con los autores, refieren que la mujer después de ser hija pasa a ser madre, teniendo emociones contradictorias de la pérdida que se dejó atrás y teniendo ahora la conquista por tener a su hijo, por lo que la llevaran a sí misma a buscar otras mujeres madres para tener una identificación y a su vez un reconocimiento. De igual manera se dará el interés por la maternidad de la propia madre.

La nueva madre que se formó, tomará algunas conductas que hasta ahora le eran desconocidas, formándose así su nueva identidad, fruto de su capacidad emocional. De la misma manera, la mujer se convierte en madre ante los ojos del mundo, pues la madre es la última responsable de todo lo que sea o haga el niño, de tal manera que se da por hecho que debe ser una mujer suficientemente buena.

Así mismo, las madres durante el proceso de la maternidad, van pasando por etapas, la cual primeramente es el embarazo que así mismo tras el nacimiento y llevar a cabo los cuidados maternos, la mujer empieza a sentir y percibirse como madre. Es por esto que el nacimiento de la actitud maternal, se inicia con una preparación mental, conllevando el trabajo emocional que implica a su ser mismo y la labor de integración de estos cambios en el resto de su vida. Stern, Bruscheiler y Freeland (1999). Por lo tanto, así es como se va formando la identidad materna a través de tres periodos que es prepararse para convertirse en madre, el nacimiento de una madre y una madre se adapta.

Por su parte Hildebrand (s.f.) habla acerca de la maternidad espiritual donde refiere que es más importante que la maternidad biológica, explicando que en el mundo actual hay mujeres biológicas que no son verdaderas madres debido a que consideran que su hijo podría ser una molestia y un accidente, diciendo no lo quiero. Así mismo refiere que la tarea es amar a los débiles, los

tristes, los indefensos y los no amados, pues cuando los hijos se sienten amados, se abrirán y hablara de su sufrimiento.

Palomar (s.f.) hace una mención respecto a los estereotipos, mencionando que tenemos el de la madre la cual lleva a una representación ideal, abstracta y generalizadora motivando así los refranes como “madre sólo hay una” atribuyéndole así mismo la esencia de la maternidad como el instinto materno, el amor eterno y una serie de virtudes como es la paciencia, capacidad de consuelo, tolerancia, cuidar, atender, proteger, etc. En relación a ello, continúa explicando la autora, se siguen produciendo otros estereotipos como las buenas madres y las malas madres dependiendo del acercamiento o alejamiento que ella vaya teniendo.

Así mismo continuando con Palomar (s.f.) refiere que esas mujeres que no cumplen con las expectativas sociales, son estigmatizadas y señaladas, son mujeres desnaturalizadas que así mismo abarcan la naturaleza de todas las mujeres.

1.3. Función Materna

Bowlby (1989) La madre corriente sensible es aquella que se va a adaptar a las señales y actos de su hijo, que responde de manera apropiada y que es por lo tanto capaz de controlar su conducta que tiene sobre su hijo y así mismo de modificarla en consecuencia.

Otros autores como Barudy y Dantagnan (2005) comentan en relación a la experiencia de las madres suficientemente competentes, existe un reconocimiento de su bebé como parte de su mundo, el cual se da naturalmente. Los autores llaman “instinto maternal” a la vivencia organísmica de una madre, que se predispone al reconocimiento de su cría, asociándose con ella para cuidarla y protegerla. Por lo que dichos autores comentan en este sentido que la madre es capaz de entregar la función nutricia y protección necesarias para el desarrollo de su bebé.

Winnicott (1995) menciona que la madre cumple una función importante dentro de los cuidados del menor, será ella la que sea capaz de brindarle amor

y protección a su hijo si es que es capaz de sentirse segura de sí misma, tiene el apoyo de su marido y se siente aceptada socialmente en el mundo que se desenvuelva. Si la madre del menor no posee estas características, no podrá desenvolver bien el rol de madre y esto afectará al infante. La madre necesita adaptarse a las necesidades del bebé para que no se vayan creando distorsiones en el desarrollo

La madre durante el desarrollo de su embarazo, va pasando por distintas situaciones, situaciones que va enfrentando junto con el infante y que comienza a darle mayor importancia al bebé y a la vez a ella misma para que el embarazo sea sano y tranquilo ya que la función que ejerce desde que es concebido el bebé, es la de protección.

Winnicott (1995) hace hincapié respecto a que la madre debe ser una madre suficientemente buena, por lo que ha hecho mención de tres categorías que muestran la función de una madre suficientemente buena y que son descritas a continuación:

1. Sostenimiento (Holding).

Esta categoría nos explica que si la madre es capaz de tomar en brazos a su hijo, será una madre con capacidades de identificarse con él por lo que el hecho de mantenerlo en sus brazos, el niño llega a sentirse cómodo y protegido. Sin embargo cuando hay una falla puede llegar a crear una angustia muy grande en el menor, teniendo una sensación de desintegración, de caer interminablemente, hay un sentimiento de incomodidad hacia la realidad externa y pudieran generarse ansiedades como “psicóticas”.

2. Manipulación.

En esta categoría, contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicosomática, que le permite percibir lo real como lo contrario a lo irreal. La manipulación deficiente dirige contra el desarrollo del tono muscular y contra la que llamamos “coordinación”, y también contra la capacidad del niño para disfrutar de la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia de ser.

3. Mostración de objetos o realización.

Se refiere a que la madre tiene que ser real el impulso creativo del niño para que el bebé se vaya relacionando con los objetos. Si existen fallas en este sentido, van a bloquear el desarrollo de la capacidad del niño para relacionarse con el mundo externo. En relación a lo mencionado anteriormente, se necesita formar un self verdadero en el menor para que vaya continuando su desarrollo, sin crear un falso self en él.

Es importante la interacción que se vaya a dar entre madre e hijo para que el apego sea seguro sin embargo como se ha explicado con anterioridad, no siempre van a existir relaciones positivas entre éstos sino que en ocasiones pueden existir situaciones que lleven a la madre a no tener los cuidados favorables con el menor y como consecuencia, existirán problemas en esa relación diádica de madre e infante.

Además Winnicott (1995) se interesó en ver como se iba dando la identificación del niño con la madre, refiere que el yo de la madre está sintonizado con el yo del niño, si la pareja de madre e hijo es fuerte, va a funcionar bien ese yo, iniciará de manera muy temprana a desarrollar defensas y patrones personales. El yo del menor si continúa siendo fuerte, será un yo verdadero y real. Por lo contrario, cuando el yo de la madre se muestra débil, el yo del menor no podrá desarrollarse en forma personal.

La madre es una figura de importancia para el menor debido a que ella es la que ha dado la vida al bebé y en la mayoría de las veces, es la que cuida, alimenta y da la seguridad para que el infante logre desarrollarse plenamente en su vida. La madre es en la mayoría de las ocasiones la que brinda estas atenciones y es por eso que es fundamental que ella sea capaz de brindarle esos cuidados para que el apego entre ambos sea seguro y no existan conflictos psíquicos internos en el menor.

Winnicott (1957) por su parte refiere que una madre suficientemente buena es repetidamente receptiva a la ilusión de omnipotencia del pequeño y le da un sentido. Las funciones maternas las agrupa entre las que las considera como primordiales que son las mencionadas anteriormente (sostén, manipulación y presentación objetal).

Con estas funciones, van a determinar la forma relativa del desarrollo del bebé a través de un primer proceso de integración en la fase de dependencia absoluta, después un proceso de personificación y un proceso de realización que fundamenta la capacidad de establecer relaciones interpersonales (Winnicott 1957).

Bowlby (1989) nos dice que la madre y el hijo al cabo de un tiempo del nacimiento, se encuentran frente a frente, intercambiando miradas, teniendo interacción social y así mismo alternando fases de desconexión. Así las interacciones van a iniciar con saludo mutuo, intercambio de expresiones fáciles y vocalizaciones donde el niño se va a orientar hacia su madre con movimientos excitados y finalmente terminará cuando el bebé descansa, antes de que comience la siguiente fase de la interacción. La iniciación y el abandono de la interacción por parte del niño tienden a seguir su ritmo autónomo por lo que una madre sensible es capaz de regular su conducta como su voz, sus movimientos así como sus acciones de modo tal que se va a ajustar a las necesidades del bebé.

Siguiendo a Bowlby (2006) las conductas que realizan madre e infante en el primer año o segundo, tienden a variar aunque un integrante de la familia hace que esa relación se mantenga cerca, por lo regular casi siempre es el padre. Los niños en esta edad que es cuando inician explorando el mundo, van tomando otras actividades como tomar la pelota, vaciar el bolso de la madre y la madre cocina o hace otros deberes por lo que tienden a veces hacer ambos, conductas antitéticas.

Para comprender de qué manera sucede, Bowlby (2006) menciona cuatro puntos donde explica la relación espacial existente entre ambos (madre e hijo):

- a) La conducta de apego del niño.
- b) Una conducta del niño antitética del apego (en particular la conducta del juego y exploratoria).
- c) La conducta de atención de la madre.
- d) Una conducta materna antitética de los cuidados parentales.

Al mencionar estas conductas, como lo refiere el autor, se van dando entre ambos y van progresando juntos pero también puede surgir el riesgo de que lleguen a surgir conflictos. Sin embargo en la mayoría de las veces, las conductas a y c son las que surgen con más frecuencia.

Continuando con Bowlby (2006) refiere que la conducta materna es la que va a reducir la distancia entre ella y su bebé, es la que va a procurar que se haga el contacto físico entre ambos. Es ella la que va a cuidar al menor y va estar siempre atenta al cuidado del menor, hará lo que sea para mantenerlo a salvo por lo que en ella estará la conducta de recuperación que se refiere a la conducta que realiza la madre para cercanía con el menor, haciendo también la función de protectora.

No obstante, en la mayoría de las ocasiones, también entre madre e hijo existen conductas antitéticas que no son compatibles entre ambos, debido a las necesidades que van teniendo cada uno, lo que llega a hacer que existan diferentes conductas por ejemplo como sabemos, la madre es la que en la mayoría de las ocasiones está pendiente de todas las necesidades del hogar, por lo que así mismo tanto esposo como hijos (si es que los hay) pueden exigir tiempo de ella, así que la madre cumple otras funciones más, independientes del menor.

Bowlby (2006) refiere que aunque existan necesidades que tenga que realizar la madre con todos los de la casa, no deja de ponerle atención al menor ni brindarle ese cariño y protección al bebé, será una madre que va a responder a las necesidades de éste y cuando lo requiera, al menos que sea una madre con perturbaciones emocionales, no podrá cuidar al menor y se alejará de él.

Bentacourt, Rodríguez y Gempeler (2007) comentan que la importancia que tiene la relación del niño con su madre en la primera infancia, es importante, pues será ella quien lo va alimentar, asear, la que abrigará y dará atenciones cuando éste lo ocupe en relación a sus necesidades de bienestar.)

Por otro lado Berry y Bertrand (1993) mencionan que las madres que están haciendo lo correcto con sus hijos en el cuidado, son aquellas que sostienen al bebé recién nacido en una posición cómoda, amoldando al bebé a

su cuerpo, ellas lo acomodan, colocando la cabeza del menor en el hueco de su cuello, si la madre estrecha al bebé más cerca de sí, el recién nacido se acurruca a ella con más fuerza, amoldando su cuerpo con el de su madre y así mismo acomodando las piernas de modo que se ajusten al cuerpo de ella. Al mismo tiempo, la madre tiene que hablarle a su oído, el bebé se vuelve hacia el sonido de su voz y busca su rostro, al encontrarlo, la carita del niño se ilumina, como diciendo ¡aquí estás! Por lo que los niños prefieren la voz femenina que una masculina. (p.48).

2. APEGO

2.1. Concepto de Apego

La teoría del apego, se inició investigando hace tiempo atrás desde las aportaciones de Mary Ainsworth y Bowlby, donde a un inicio se basaban en observar animales como los monos donde veían el apego que se daba entre ellos (madre e hijo) y que no se debía solo al alimento, sino que existía algo más que esa necesidad biológica, era la necesidad de estar cerca uno del otro. Posteriormente varios autores psicoanalistas se han encargado de realizar más estudios para conocer a fondo dicha teoría, sin embargo para poder entender esta investigación, se ha revisado teoría del apego donde nos explica sus orígenes y como se va desarrollando a lo largo de la vida del ser humano.

A continuación, se citan algunos autores que nos comparten la teoría del apego para posteriormente entender la conducta se manifiesta entre madre e infante y que a partir de esa conducta es como el bebé se va a relacionar con los demás en su vida adulta

Como se sabe, Bowlby fue uno de los pioneros en investigar la teoría del apego a través de observaciones que se hacían en animales y luego fue observando las diadas entre madre e infante sin embargo Bowlby (1998) menciona que en los humanos existe una tendencia a buscar vínculos de apego causándole una satisfacción personal y así mismo esto va contribuyendo

a la especie de tal manera que la conducta de apego la define como la proximidad fuerte del sujeto con otra persona. Por lo tanto la figura del apego va a servir como una base segura en el cual el individuo desde pequeño va a sentir la confianza para explorar y dominar su entorno.

López (2014) menciona la importancia que es el darle cariño y protección a un ser humano a través del calor, el contacto, la alimentación pero sobre todo el afecto que hay entre la madre y el hijo, ya que esto es lo que va a ir determinando el carácter de las personas, la salud y posteriormente influirá en el desarrollo de la vida adulta.

Frías y Díaz-Loving (2010) (citado en López, 2014) los seres humanos son los únicos seres que muestran un lento desarrollo y dependencia con su objeto a diferencia de otras especies, como las aves que adquieren rápidamente habilidades para sobrevivir a su medio, sin embargo ambas especies van formando desde el nacimiento un vínculo afectivo llamado relación de apego.

El estilo de apego se mantiene estable con el tiempo, donde se va convirtiendo en un componente central de la personalidad. El apego puede ser modificado mediante nuevas experiencias en donde tiende a funcionar como una profecía que se autocumple; es decir, el individuo establecerá relaciones y se comportará dentro de ellas de manera que las creencias sostenidas en modelos de funcionamiento interno se confirmen, reforzando la estabilidad del estilo y dando validez a la referencia que le subyace, este proceso ocasiona que el estilo de apego desarrollado durante la infancia se mantenga durante la adolescencia y posteriormente en la vida adulta.

Siguiendo a López (2014) nos menciona acerca de las primeras investigaciones que realizó Bowlby acerca del estudio del apego donde comenzó a observar las separaciones que tenían los infantes con sus madres y las reacciones de estos mismos.

Bowlby (1998) nos hace una descripción acerca del apego donde menciona que es la disposición que tiene un niño o una persona mayor para buscar la proximidad y el contacto con un individuo, bajo ciertas circunstancias

percibidas como contraproducentes, dicha disposición cambia poco a poco con el tiempo y por el momento no se ve afectada.

Bowlby (2006) menciona que durante los primeros meses de vida, el lactante va aprendiendo a diferenciar una determinada figura, que viene siendo la de su madre por lo que se va desarrollando una intensa tendencia a estar en su compañía. Después de la edad de 6 meses aproximadamente, va mostrando su preferencia de un modo inconfundible.

Así mismo el autor resume los actuales conocimientos del desarrollo de la conducta de apego en los seres humanos:

- En los bebés humanos las reacciones sociales de todo tipo son provocadas por una vasta serie de estímulos y posteriormente al cabo de unos meses, se limita a los estímulos que surgen de uno o pocos individuos en particular.
- Existen pruebas de una tendencia marcada a reaccionar socialmente ante determinados estímulos con preferencia a otros.
- Cuanto mayor sea la interacción social de un bebé con una persona, mayor será su apego hacia ella.
- En general, los periodos de contemplación y escucha atenta sigue el aprendizaje de la discriminación de caras diferentes, por lo cual puede desempeñar cierto papel el aprendizaje por contacto directo.
- En la mayoría de los bebés, la conducta de apego con otra persona se desarrolla durante el primer año de vida.
- La fase sensible va iniciar después de las 6 semanas, antes no sucede.
- Cuando los infantes han cumplido los 6 meses en adelante, es muy probable que ante figuras extrañas, el bebé va a reaccionar con temor. Es difícil que el infante vaya a tener una figura de apego después del primer año de vida
- Cuando el menor ya tiene una figura de apego, es difícil que se separe de ella aunque se separe.

Desde este autor, es importante destacar que existieron otros autores, que mencionaban que el apego existe entre madre e hijo por el alimento, sin embargo, después de varios estudios que se hicieron e investigaciones, se dieron cuenta que no solamente existía esto sino que había otras conductas que se daban en el apego. Bowlby (2006) afirma lo siguiente:

La conclusión a que se llegaría por medio de estas argumentaciones sería que la función que cumple el impulso secundario que une al bebé con su madre, reside en impedir (asegurando la presencia de la madre) que el aparato psíquico sea perturbado por la acumulación de estímulos a los que debe darse cause. (P.304).

Bowlby (2006) refiere que el comportamiento de apego va a ser una conducta que consiste en que el individuo va a conseguir o mantener una proximidad con otro que es considerado más fuerte y más sabia por lo que además, durante la temprana infancia, el comportamiento de apego se considera que es propio de los seres humanos desde la cuna, hasta la sepultura. Incluye así mismo, el llanto y la llamada para dar lugar a la asistencia y cuidado, seguimiento y adhesión como también habrá intensa protesta si el niño se quedara solo.

(Bowlby,1958; Branch,1960; Harlow y Zimmermann, 1959) (Citados en Bowlby, 2006) hacen mención que a través de la segunda mitad de su primer año de vida y durante el segundo y tercero, está estrechamente vinculado a su figura materna, lo que equivale que esté contento en su compañía y enojado en su ausencia. Una separación ya sea prolongada, dan pie a que se disguste y así serán cuando sean separaciones prolongadas.

Enríquez, Padilla y Montilla (2008) refieren que la adaptación a los seres humanos del mecanismo de apego lleva a entenderlo como un sistema de base biológica común con la especie animal que garantiza al neonato la proximidad de otra persona a quien discrimina y prefiere sobre lo inanimado, que le provee de cuidados y de la protección y seguridad necesarias para la supervivencia y el crecimiento. Respecto a esto Bowlby mencionaba que el apego instintivo era un mecanismo que ya estaba preprogramado donde activaría toda una serie de comportamientos posibilitando la vinculación bebé-madre, teniendo el objetivo

biológico que es la proximidad, protección y seguridad donde estos permitirán la aproximación a lo desconocido, siendo un fruto de la selección natural.

Siguiendo a los autores Enríquez et al. (2008) mencionan que las conductas de apego son observables y cuantificables (lloros, llamadas, conductas de seguimiento visual o locomotriz) y destaca cinco patrones pulsionales o potenciales de acción innatos que mediatizan el vínculo precoz del bebé y la madre: la succión, el agarre o prensión, el seguimiento, el llanto y el grito, la sonrisa. Por lo que el sistema de apego protege del miedo y la ansiedad, proporcionando el sentimiento de seguridad y confianza fundamental para que el bebé pueda atreverse a enfrentar la distancia e incluso la frustración por la ausencia y la espera e incrementar su tolerancia en base a la fantasía.

Por su parte Enríquez et al. (2008) Mencionan que el apego es un mecanismo que activa toda una gama de comportamientos que posibilitan la vinculación bebé-madre o figura de apego, con el objeto biológico de aportar protección y seguridad que permitirá la supervivencia, exploración y desarrollo autónomo. No es aprendido por lo que es fruto de la selección natural. Sin embargo García y Cols (2008) (citados por Enríquez et al. 2008) mencionan que el apego no es un instinto, es una preprogramación, tendencia que precisa del ambiente para organizarse. Por su parte Alcamí (2006) (citado por Enríquez et al. 2008) el apego es un sistema de base biológica común en la especie animal, que garantiza al neonato la proximidad a otro humano a quien discrimina y prefiere sobre lo inanimado, a través de constantes sensoriales innatas.

Retomando a Bowlby (1989) conceptualiza la conducta de apego refiriendo que es la conducta que manifiesta la persona como resultado de un logro a la conservación, de proximidad con la otra persona al que lo va a considerar como mejor capacitado para enfrentar los problemas en el mundo, con el que se sentirá protegido y al mismo tiempo querido ya que a través del cuidado, la persona correrá hacia este cuando sienta miedo o se encuentre enfermo. Por lo tanto la conducta de apego es iniciada en la primera infancia y así va desarrollándose durante la vida de la persona. La principal función que

ejerce esta conducta de apego es la de protección, por lo tanto la conducta del apego serán las conductas que una persona adoptará de vez en cuando para obtener la proximidad deseada.

Continúa Bowlby (1989) mencionando que el apego exige que el niño desarrolle la capacidad cognitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente por lo que menciona que esta capacidad se va a desarrollar en los segundos seis meses de vida y a partir de los nueve meses el bebé comenzará a responder con llantos y enojo cuando se los deja con personas desconocidas por lo que durante esos meses el bebé iniciará a tener capacidad de representación y su modelo operante se vuelve accesible para él, al mismo tiempo que hará comparaciones cuando no esté y reconocerla cuando este de vuelta.

Bowlby (1993) menciona que la conducta de apego es cualquier conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo visiblemente identificado al que se considera mejor capacitado para poder enfrentarse al mundo.

Bowlby (1993) refiere que la teoría del apego se va a centrar en la forma en que el niño se une con su madre en lo físico y emocional por lo que esa conducta de apego, es el resultado de conjuntos de pautas conductuales en parte programadas, 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.

Fonagy (1999) la conducta de apego puede actuar como un sistema de regulación emocional donde el objetivo primordial es la experiencia de seguridad. Por lo tanto las señales crearán un sistema regulador diádico en el que los estados de los bebés son entendidos y respondidos por el cuidador, lo que va a permitir la regulación de esos estados.

Laplanche, Fonagy, Colombo, Scarfone, Fedida, André y Squires (2004) refieren que el apego es una parte de los comportamientos autoconservadores instintuales que llevan a la persona a tener una necesidad con otro para su supervivencia, para tener una homeostasis. En ese apego, yace una comunicación, un intercambio de mensajes entre lo que es el adulto y el niño.

El niño necesita experimentar una relación cálida, disponible y continua con una figura parental estable para que junto con esa persona pueda constituir una base segura para su desarrollo, de lo contrario si no fuera así, pudieran suscitarse emociones dolorosas para el niño que lo llevarían a trastornos psicopatológicos.

Laplanche et al. (2004) refieren que el comportamiento de apego, comprende reacciones instintuales, independientes unas de las otras. Tales reacciones tienen por función unir al niño y a su madre contribuyendo al dinamismo recíproco de su relación. Son innatas y se inscriben en una perspectiva evolucionista, dirigida a la conservación de la especie y que tienen como meta la supervivencia del individuo. Desde el nacimiento el niño tiene una necesidad de nutrición pero también busca esa necesidad de contacto, de sensación y de estimulación los cuales son satisfechos en el curso del cuidado, del acto de tenerlo o llevarlo en brazos.

Bowlby (2004) menciona que los niños establecen un apego emocional con sus cuidadores primarios y así mismo también llegan a sentir ansiedad cuando son separados de ellos por lo que este autor menciona que es importante que los niños tengan una relación cercana y continuada con un cuidador primario para poder desarrollarse emocionalmente.

La conducta de apego como cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como el más fuerte y sabio. De este modo, la conducta de apego ofrece a los niños una ventaja para la supervivencia, protegiéndolos del peligro al mantenerse cerca de su cuidador primario (que suele ser la madre). Bowlby (2004).

Siguiendo a este autor, menciona que el objetivo del sistema de apego es regular las conductas diseñadas para establecer o mantener el contacto con una figura de apego, es decir, desde el punto de vista de la persona que se encuentra dentro de la relación de apego, el objetivo del sistema sería "sentirse segura".

Se han identificado otras funciones del apego que están relacionadas entre sí. La figura de apego sirve como una base segura a partir de la cual el

bebé o niño siente la seguridad necesaria para explorar y dominar su entorno. Por otro lado, es más probable que busque la proximidad del cuidador cuando perciba una amenaza en su entorno más cercano, Bowlby (2004).

Ainsworth (1963) en sus estudios, llegó a una conclusión acerca de las relaciones de apego donde menciona que a partir de los seis a nueve meses de vida es donde se va iniciando la conducta de apego, así mismo menciona que a esta edad se puede observar cuando un niño presenta problemas de apego y que tiene que ver con la poca estimulación que la madre le brindó y que como consecuencia también pudiera existir un retraso en su desarrollo motor.

Bowlby (1998) habla respecto a este apego que hay entre el menor y la madre, explicando que el vínculo de apego que une al niño con su mamá es principalmente por que busca la aproximación de ésta, aunque cabe destacar que los sistemas de desarrollo son lentos y complejos y así mismo pueden variar de un niño a otro, donde independientemente de quien se desarrolle más rápido, la madre responderá en la mayoría de las veces a estas necesidades.

Por su parte los autores Dallal y Castillo (1997) definen al apego como aquella necesidad primaria, como el vínculo temprano con la madre, siendo así al servicio de la sobrevivencia de la especie y desligada de las necesidades alimentarias o sexuales. Es una avidez por el otro, por la presencia de la madre o figura materna substitutiva por lo que en la teoría del apego la temprana relación madre-infante no se apoya en la sexualidad, sino que tiene sus propias motivaciones y una dinámica propia.

Oates y Woodhade (2005) definen al apego como los vínculos afectivos que los niños entablan con sus padres y otras figuras que también cumplen las funciones parentales. Los niños concentran sus señales destinadas a estimular el acercamiento en quienes han reaccionado con mayor regularidad y les resulta familiar estas personas que son sus padres los cuales se convierten en figuras de apego. Este autor habla desde el trabajo de Bowlby donde menciona que es de gran importancia las relaciones de apego para el desarrollo emocional y social de los niños. Así mismo, refiere que:

1. El apego es un proceso importante en el desarrollo infantil

2. Las relaciones de apego se van a entablar entre los niños y quienes los cuidan.
3. Las relaciones de apego son importantes para el ulterior desarrollo del niño.

Tanto Bowlby (1969, 1973,1980) como Ainsworth (1991) (citados en Dallal y Castillo, 1997) concluyen que la teoría del apego:

1. Es una teoría de la motivación y del control de las conductas, así como sus representaciones mentales derivada principalmente de la teoría psicoanalítica y de la teoría general de sistemas que dan cuenta de la forma en que se dan cuenta los patrones primitivos de las acciones reflejas.
2. La conducta de apego se caracteriza por la proximidad de una figura de apego donde la madre principalmente tiene la función de proteger al infante de los depredadores, a través de su llanto será la manera en que podrá estimular y enganchar al sujeto y será el inicio de una interacción. Aquí una vez iniciado el proceso, utilizará a su figura como una base segura para llevar a cabo la exploración del medio ambiente.
3. La conducta de apego lleva al infante a la capacidad de establecer vínculos afectivos entre él o ella y su madre.

Respecto a lo descrito anteriormente, Bowlby (1999) concluye que la conducta de apego es la expresión externa de lo que podría ser llamado un sistema de regulación de la seguridad. Es decir, un sistema cuyas actividades tienden a reducir el riesgo de que un individuo se haga daño y que son vivenciadas como causa de alivio en el sentido de que aumenta la seguridad. Dentro de lo que es el concepto de conducta de apego se hace énfasis en la función biológica, es decir proteger al bebé que ya se desplaza y al niño mayor de los peligros.

2.2. Tipos de Apego en el Infante

Ainsworth (1963) menciona que todo niño desarrolla una relación de apego con una figura significativa, y que la calidad de esta relación varía de una diada a otra. Describe tres tipos de relación de vinculación materno-filial a partir de los comportamientos observables en el niño al encontrarse en situación extraña, las cuales se mencionan a continuación.

2.2.1. Apego Seguro (o de Tipo b)

Ainsworth (1963) menciona que este estilo de apego es considerado por los autores como el más normal, por así decirlo debido a que los niños tiende a protestar en presencia de la separación solicitando a su figura de apego y tienden a tranquilizarse cuando la tienen de nuevo a su lado, manifestado comportamientos de búsqueda de proximidad en donde se dejan consolar con facilidad. El infante tiende a tener conductas exploratorias en presencia de la figura de apego como así mismo tiene fortalezas para establecer relaciones de confianza con extraños. Esta categoría representa el 70% de la población infantil

Bowlby (2006) refiere que en los descubrimientos de Ainsworth, se encontraron que la conducta de apego seguro se pone de manifiesto en toda claridad a los seis meses, como lo demuestra no solo el llanto del niño cuando ve a su madre salir de la habitación, sino el modo como la saluda cuando regresa, con sonrisas, con los brazos en alto y dando grititos de placer. Ya durante los nueve meses, estas conductas se observaban con mayor regularidad, es decir como si fuera más fuerte y sólido el vínculo de apego que les unía a sus madres.

Bowlby (1989) continúa mencionando que a partir de las teorías de Ainsworth reconoce que la base segura corresponderá a aquellos niños, adolescentes e incluso adultos que son capaces de explorar en su entorno y que finalmente son personas emocionalmente estables que se van desarrollando así a lo largo de toda su vida. Conforme una persona va creciendo, seguirá explorando y haciendo excursiones más prolongadas en

tiempo. Cuando los niños ingresan a la escuela, comienzan las separaciones y así conforme van creciendo, van buscando figuras de apego. Cuando son adultos, buscan el apego de alguien más para tener una seguridad, desde lo que es la cuna, hasta la tumba, vamos haciendo excursiones que pueden ser largas o cortas desde la base segura proporcionada por nuestra figura o figuras de apego. Los cuidados que se le darán al niño, van a hacer que el niño desarrolle la seguridad de que alguien más lo puede ayudar cuando él lo requiera, va a ser un niño seguro de sí mismo, explorará el mundo sin tener miedo y será cooperativo con los demás así como solidario.

Ainsworth (1967) hace mención respecto a la base segura que la madre le proporciona al menor, mencionando que un niño que es criado en un lugar afectuoso, es claro que elegirá a su madre cuando éste se sienta asustado, enfermo y cansado lo que también le va a permitir explorar el mundo de un modo seguro, será un niño que se podrá alejar de ella, regresará a ella, otras ocasiones podrá recargarse en las rodillas de la madre pero nunca se quedará por mucho tiempo al menos que el menor se encuentre cansado o asustado. El menor confía en que sus figuras van a ser accesibles, sensibles y colaboradores, si es que se llegara a encontrar en una situación adversa o atemorizante.

A partir de los tres años y medio, el niño que es seguro va a continuar aumentando su tiempo y distancia lo que comenzará primero hasta medio día y más adelante hasta el día entero así como también comenzará a distinguir poco a poco entre la figura de la madre y otros mediante su olor y su voz como también influirá la manera en como ella lo sostenga es sus brazos.

Gutiérrez y Galleguillos (2011) hacen hincapié a la teoría de Bowlby donde dicen que al hablar de figura de apego, se refiere a una accesibilidad rápida y certera, más que una presencia real en la que la persona debe ser responsable y responder de manera efectiva, entregando protección y contención.

Siguiendo con los autores, mencionan que la teoría de Bowlby defiende tres postulados:

1. Cuando el individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será menos propenso a experimentar miedos intensos que otra persona que no muestre tal confianza.
2. La confianza es algo que se va adquiriendo o ganando conforme va creciendo la persona por lo que tiende a subsistir por el resto de la vida.
3. Las diferentes expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo fiel de sus experiencias reales.

Siguiendo a los autores, el apego seguro es un tipo de relación con la figura de apego donde observaron en lo experimental que los niños lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre los cuales así mismo usaban a ésta como una base a partir de que comenzaban a explorar. Cuando la madre regresaba al cuarto de experimento, los niños se alegraban e incluso se acercaban a ellas buscando el contacto físico para posteriormente regresar a su conducta exploratoria. Ya estando estos niños en su casa con sus familias, se encontró además que las madres se mostraban sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, lo que da como conclusión que se mostraban disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

Oates y Woodhade (2005) refiere que respecto a la teoría del apego, los niños que han llevado a cabo una relación positiva de apego hacia uno o ambos de sus cuidadores deberían estar en condiciones de utilizarlos como base segura desde la cual pueden explorar su entorno. Cuando el progenitor abandona y posteriormente regresa, el niño que se siente seguro procurará restablecer la interacción con sus pares.

Enríquez et al. (2008) mencionan que el apego seguro es capaz de extraer seguridad de la figura de apego, suficiente para reiniciar la exploración: suelen protestar, reducen la exploración en su ausencia y reaccionan frente a

una separación breve con ansiedad de separación y reaseguramiento al reunirse.

Por lo tanto en este apego seguro, las interacciones tempranas permiten la satisfacción de los miembros, se abre el camino hacia un sistema de apego seguro, esto es, basado en sentimientos de seguridad, el bebé experimenta confianza y así mismo la madre y el padre se van sintiendo competentes para cuidarlo y satisfacerlo, la triada se ve confirmada en su capacidad de cuidado y afecto mutuo. El bebé experimenta bienestar, seguridad e incondicionalidad de donde emergerá el sentimiento de confianza.

Ainsworth et al (1971) menciona acerca de las conductas que identificó respecto del apego. En este primer grupo llamado apego seguro, los denominó como grupo B, donde antes de la primera separación de la madre se caracterizaba por una exploración activa del sitio en el que se encontraban, y se entretuvieron con los juguetes que se encontraban en el lugar de la observación. Al final de la primera separación, los infantes presentaban señales de extrañar a su madre ante extraños por lo que buscaban a ésta dirigiéndose a la puerta pero la recibían muy complacidos y podían seguir jugando. Volvieron a observar que aunque la madre se ausentara de nuevo y al estar en contacto con personas extrañas, los niños podían seguir teniendo la cercanía con su madre y seguir jugando sin ningún problema.

Estos registros se estuvieron revisando y así mismo se llevaron a cabo en el hogar por lo que llegaron a comprender que las madres de este grupo B, se mostraban más sensibles a las necesidades de sus hijos que las madres de otros grupos.

Así mismo, mencionan que en el apego seguro el niño puede ser tranquilizado de las angustias persecutorias que le invaden cuando se ha quedado solo, por una persona extraña, implica que su experiencia vincular con la madre ha sido lo suficientemente buena como para que él se pueda permitir una generalización en relación a la potencial no-peligrosidad o bondad de los demás objetos de su entorno, aunque no les conozca, su visión paranoide ha sido dejada atrás y el niño(a) considera al mundo como potencialmente bueno.

(Grossman y Grossman, 1991; Suess et al. 1992; y Urban et al. 1991) (citados en Dallal y Castillo, 1997) refieren que han observado que los infantes con un apego seguro en familias de clase baja como en las de clase media, muestran mayor concentración los infantes en el juego, expresando mayor número de afectos positivos, mayor competencia social y mayor resiliencia del yo, esto en comparación con los de apego inseguro.

Siguiendo a Fonagy (1993) dice que el vínculo seguro es un objetivo legítimo de intervención, no solo por las ventajas generales para la vida que parecen asociadas a él, sino porque puede ser un componente importante del equipo psicológico en la lucha contra las adversidades de la vida.

Bowlby (2006) una persona que va actuando de un modo sano, puede cambiar de roles cuando la situación varía. Proporciona una base segura desde que su compañero o compañera puede operar; también ésta persona, está satisfecha de poder confiar en algunos de sus compañeros en el sentido de proporcionar también una base segura.

(Kobak, Sceery, 1988; Sroufe y Waters, 1977) (Citados en Feeney y Noller, 2001) mencionan que el apego seguro refleja normas que permiten al individuo reconocer que está angustiado y acudir a los demás en busca de consuelo y apoyo. Las creencias y actitudes de los sujetos seguros corresponden con su alta autoestima y su confianza en sí mismos por lo que tienden a estar orientados interpersonalmente y a creer que suelen gustar a los demás, pensando que tienen buena intención y corazón hacia con ellos y que son dignos de confianza.

Ainsworth (1967) publicó un estudio acerca de la interacción madre-hijo lactante en hogares de la clase media; en este estudio, Ainsworth observó que los lactantes una vez que pueden desplazarse, usan a la madre para poder explorar el entorno. Cuando las condiciones son favorables, se alejan de ella pero regresan de vez en cuando. Observó además, que los infantes a la edad de 8 meses poseían una figura materna estable a la cual apegarse.

Siguiendo al autor Ainsworth (1967) explica este patrón en el que señalan que los niños se sienten seguros con su madre y llegan a sentir placer cuando mantienen contacto físico con ella, no hay ansiedad aún con las

separaciones breves que llega a realizar la madre, por lo tanto al tener a la madre como una base segura, se sienten seguros en el juego y la exploración. Sin embargo, la conducta de apego puede incrementarse significativamente cuando hay separación de ambos y así mismo puede presentarse malestar en ellos y disminuirá la exploración pero cuando regrese la madre, buscarán de inmediato el contacto o interacción.

De acuerdo con estas revisiones que hizo Ainsworth (1967) cabe mencionar que los bebés que muestran un vínculo seguro a la edad de un año, son capaces de expresar afectos más positivos y comportamientos menos agresivos de evitación hacia la madre y otros adultos menos conocidos, que los bebés que muestran vínculos inseguros. Por lo tanto, estos autores mencionan como conclusión que las personas con vínculo seguro van a mostrar la capacidad para establecer lazos afectivos, como la posibilidad de tolerar y beneficiarse de la separación.

2.2.2. Apego Evitativo-Inseguro (o de Tipo A)

Ainsworth (1963) refiere que es cuando el niño denota no estar afectado en el momento de una separación en lo que concierne con su figura de apego, es decir, que el infante no busca cariño o consuelo cuando vuelve la madre con él por lo que la evita e ignora. El niño no identifica entre un extraño y la figura de apego, no considera a la madre como una base segura para explorar.

En relación a las madres, se identifican por la escasa sensibilidad a las señales del niño, sea por insensibilidad y distanciamiento o incluso por una actitud de sobre estimulación que puede ser exagerada, pero incoherente con las señales que emite el niño y desadaptadas a sus necesidades. Existe entre un 20-25% de niños que se encuentran en esta categoría.

Feeney y Noller (2001) mencionan en relación a los individuos evitativos donde comentan que no suelen estar orientados interpersonalmente; en lugar de ello, y debido a su falta de confianza en las situaciones sociales, tienden a tener pocas relaciones sociales. Suelen creer que los demás no son dignos de

confianza o que uno no puede depender de ellos, dudando de su honestidad e integridad y sospechando de sus motivos,

Siguiendo a los autores, nos mencionan que además de que existe en estos infantes el apego inseguro, se debe a la presencia de fallas en el establecimiento del vínculo materno-infantil, siendo madres que maltratan a sus hijos de manera física verbal, a través de la indiferencia o inestabilidad psicológica.

(Leventhal, 1988; Cicchetti, et al., 1988; Benoit, et al., 1989) (citados en Lartigue y Vives, 1994) mencionan que este tipo de apego no seguro, se ha asociado con la presencia del “síndrome no orgánico de detención del desarrollo” que se caracteriza por carencias emocionales y nutricionales que derivan de una pérdida de peso, así mismo un retardo en el desarrollo físico, emocional y social.

Gutiérrez y Galleguillos (2011) comentan que el apego evasivo es un tipo de relación donde los niños se muestran independientes en la situación del extraño. Cuando los niños estaban en el cuarto, no utilizaban a la madre como base segura para explorar los juguetes, por lo contrario la ignoraban, como si no estuviera en presencia. Cuando ésta misma se salía de la habitación, no se angustiaban y no buscaban acercarse a ella a su regreso, más bien si la madre los tocaba, ellos la rechazaban por lo que este desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. Las madres en los hogares de estos niños, rechazaban y se mostraban insensibles a las peticiones de ellos. Los niños eran inseguros y en otros casos se mostraban preocupados cuando la madre se acercaba, llegando a llorar en sus brazos.

Oliva (2004) hace énfasis a Ainsworth mencionando que cuando los niños entraban en la situación del extraño, sabían que no podían contar con el apoyo de su madre, por lo tanto reaccionaban estos de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia debido a los mismo rechazos que habían experimentado en el pasado con su ésta, la negaban para evitar frustraciones.

Enríquez et al (2008) el apego evitativo se refiere a que reaccionan ante la separación breve con escasa ansiedad de separación y muestran desinterés en el reencuentro. No suelen protestar ni mostrar reacción a la separación; evitan, apartan mirada, se giran a la figura de apego en el reencuentro. Hay un modelo de desconfianza en la disponibilidad del cuidador.

Ainsworth (1963) refiere que los infantes del llamado grupo A, que mostraron un apego de tipo inseguro mostraron poco o ningún malestar durante la prueba de la situación extraña, ya que continuaban la exploración durante las separaciones de la madre y así mismo en las reuniones con ella. Cuando la madre se encontraba presente, trataban de voltearse e ignorarla, así mismo la mirada la evadían y no había cercanía con ella, por lo que esta conducta de evitación se asoció al rechazo con la madre a la conducta del infante en el hogar.

Dallal y Castillo (1997) dicen que los niños que desarrollan apegos inseguros son aquellos que no han podido vivir a la figura de su madre como fuente de seguridad y protección y, que no han podido incorporar en su psiquismo una estructura interna por lo que estos niños sienten al mundo como peligroso, manteniendo los mecanismos de tipo paranoide. Sin embargo Balint (1969) comenta que el apego inseguro sería una detención del desarrollo, una falla básica, una situación donde el bebé no ha podido acceder a un nivel de experiencia correctora, a través de su madre y se ha quedado en un tipo de funcionamiento innato y automatizado, rígido y poco adaptado a las condiciones de la realidad. Hay una inseguridad en ellos a causa de una relación patogénica con su madre.

Aisworth (1979) menciona que a estos niños se les observa ansiosos pero en momentos también llegan a estar pasivos. Cuando llegan a sentir su ambiente estresante o amenazante, los infantes pierden el interés en el nuevo ambiente y aumenta la preocupación por la madre; se llegan a sentir la mayor parte del tiempo con rabia y así mismo con expresiones elevadas y confusas de ansiedad cuando hay situación extraña, sin embargo antes de la separación, estos infantes ya van mostrando signos de ansiedad y se van incrementando con la separación y también en los episodios de reunión con su madre.

2.2.3. Apego Ambivalente-Resistente (o de Tipo C)

Barudy y Marquebreucq (2006) refieren que este tipo de apego lo manifiestan los niños que son perturbados con gran ansiedad o agitación durante la separación de la figura de apego. Estos niños tienen un comportamiento de tipo paradójico, este patrón suele estar relacionado con incertidumbre con respecto a la capacidad de su madre para darle seguridad. Estos niños buscan el contacto pero a la vez manifiestan una resistencia a ser consolados y muchas veces esta resistencia es expresada por gestos de enfado o de frialdad. Aquí existe del 10-15% de los niños.

Bowlby (1989) menciona que cuando la conducta de apego del niño no es segura, y por el contrario se vuelve tardía y mala, llevará a que el niño se vuelva ansioso, aprensivo, así como también se crean temores hacia su cuidador y como consecuencia harán que se aleje de éste, hará las cosas de mala gana así como también no se preocupará por los problemas de los demás. El infante se muestra inseguro respecto a saber si su cuidador será accesible o sensible cuando lo necesite por lo que a causa de esto, el individuo tiene tendencia a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y así mismo se muestra ansioso cuando explora el mundo. Aquí el cuidador puede colaborar en algunas ocasiones pero en otras no y así mismo utiliza el abandono como un medio de control.

Gutiérrez y Galleguillos (2011) comentan que estos niños durante la experimentación en el cuarto, se mostraban preocupados porque no sabían dónde se encontraba su mamá. La pasaban mal cuando ésta no se encontraba en el cuarto por lo que al regreso de la madre, se llegaban a presentar ambivalentes, comenzaban a vacilar entre la irritación, resistencia al contacto, acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de ellos en algunas de las ocasiones llegaban a ser sensibles y cálidas y en otras ocasiones frías e insensibles, llevando al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitase.

Gutiérrez y Galleguillos (2011) respecto de su investigación, comentan que no solamente en los estudios de Ainsworth es que se han encontrado estos resultados sino que en otros estudios y en distintas culturas han

encontrado relación entre el apego inseguro-ambivalente y la escasa disponibilidad de la madre por lo que el rasgo que mejor define a estas madres es el no estar disponible para atender las llamadas del niño, así mismo son poco sensibles e inician menos interacciones con sus hijos.

Oates y Woodhade (2005) dicen que los niños que se muestran inseguros, por lo regular la mayor parte del tiempo se sienten afligidos si se los separa de sus padres, llegándose a convertir en ambivalentes al reunirse con ellos sin embargo si llegan a buscar contacto o interacción pero los rechazan con cólera cuando se les acercan.

Cuando un niño no ha sido visitado durante varias semanas o meses, habiendo alcanzado los primeros estudios de desapego, es probable que su ausencia de respuestas persiste entre una hora y un día o más. Cuando por fin cede su estado, se pone de manifiesto la intensa ambivalencia de sus sentimientos hacia su madre por lo que el niño expresa no querer separarse de ella y se genera una intensa rabia y ansiedad. Bowlby (2006).

Enríquez et al (2008) en el apego ambivalente/resistente, ante la separación breve, aparece ansiedad de separación y no se tranquilizan en el reencuentro con la madre. Se muestran resistentes a la interacción y contacto a la vez que presentan conductas positivas de contacto y proximidad

Dallal y Castillo (1997) en este grupo C de infantes con apego ambivalente/ resistente existió preocupación en ellos en la situación extraña, además existía una resistencia al contacto físico con la madre en los episodios de reunión, así como síntomas de malestar, estrés y búsqueda de proximidad. Los infantes de este grupo no querían explorar y se mostraban con miedo. Las madres de estos infantes habían sido inconsistentes a sus necesidades y no favorecían la autonomía del bebé. Siguiendo a Ainsworth (1979) describe a este patrón de infantes como aquellos niños que se muestran ansiosos en casa, llegan a tener conductas de malestar frente a las separaciones aun siendo éstas breves. En la situación extraña se muestran con un comportamiento defensivo, quieren explorar durante todo el procedimiento pero con expresiones de ansiedad y rabia hacia la madre. Cuando hay episodios de separación, los bebés evitativos raramente lloran en los episodios de la

separación y cuando hay reuniones con la madre, la evitan. Los comportamientos de estos bebés son defensivos porque son parecidos a los comportamientos de niños separados de sus madres a lo que Bowlby denominaba conducta de desapego.

2.2.4. Apego Desorganizado-Desorientado (o de Tipo D)

Main y Solomon (1990) propusieron añadir otro tipo de apego el cual llamaron apego desorganizado-desorientado. En este tipo de apego, los niños presentan conductas desorganizadas y confusas ante la separación de la figura de apego, suelen sostener temor ante una figura parental aunque su apego sigue siendo ambivalente evitativo.

Las madres en este tipo de vínculo han sido con frecuencias víctimas de un trauma que no han podido superar, siendo estas ansiosas y temerosas. Suelen proyectar sus miedos en circunstancias actuales y son incapaces de reconocer las demandas de sus hijos dando respuestas inconscientes.

Zeanah y Liberman (s/f) (citados en Barudy y Marquebreucq, 2006) mencionan que el apego desorganizado puede presentar diferentes formas:

- **El apego desorganizado indiscriminado:** estos niños no se vinculan en realidad, aunque vayan hacia los adultos, incluso con desconocidos, lo hacen de forma indiscriminada para tener algún contacto con ellos, pero sin reciprocidad. Cabe mencionar que la mayoría de estos infantes se ponen en situaciones de peligro la mayor parte del tiempo debido a que cuando se les observa con sus padres, se alejan de ellos fácilmente y no responden a llamados o avisos.
- **El apego desorganizado con inhibición:** son niños pasivos que, aunque están demasiado vigilados por los padres o adultos, muestran poco interés por la relación, el juego, la exploración y poco afecto en presencia de los padres.
- **El apego desorganizado agresivo:** lo manifiestan niños que presentan una preferencia por una figura de apego, a la que necesitan poner

prueba constantemente, provocándola y manifestando hacia ella una mezcla de enfado y miedo de ser abandonado.

- **El apego desorganizado con inversión de roles:** este niño es sensible en relación con el estado de sus padres, cuida de éstos y les manifiesta una solicitud excesiva. Al mismo tiempo, es capaz de castigarles o de dictarles la conducta que tienen que seguir. Se trata de niños que, además de todas las dificultades descritas, han sido víctimas de abusos ya que han sido obligados a cuidar no solo a sus hermanos, sino a sus propios padres.

Main y Solomon (1990) hablan respecto del cuarto tipo de apego que es la categoría desorganizada-desorientada del apego inseguro donde refieren que este tipo de apego tiende a mostrar conductas de acercamiento contradictorias, (un ejemplo sería cuando se acerca la figura de apego con la cabeza mirando hacia otro lado), hay confusión, aprensión en respuesta al acercamiento de la figura de apego, y afecto cambiante o deprimido.

De la misma manera y siguiendo a Main y Solomon (1986) (citados en Oliva, 2004) refieren que este tipo de apego se ubican los niños que muestran la mayor inseguridad, estos niños se muestran con conductas confusas cuando se encuentran con la madre, conductas que son contradictorias y que se aproximan a ella con una expresión triste y monótona.

Algunos niños lloran de forma inesperada tras mostrarse tranquilos, comunican su desorientación con una expresión de ofuscación, llegan a adoptar posturas rígidas y extrañas, o movimientos estereotipados que son como la inmovilización, golpeteo con las manos, con la cabeza y mostrando un deseo por escapar aún en presencia de los padres.

Se considera que para tales niños el cuidador ha servido como una fuente tanto de temor como de reaseguramiento, consecuencia de lo que la activación del sistema conductual del apego produce intensas motivaciones conflictivas.

2.3. Conducta de Apego entre Madre e Hijo

Respecto a la conducta de apego que hay entre la madre y el infante, Bowlby (1999) menciona que el bebé desde el nacimiento tiene la capacidad para aferrarse a la madre, esto le permite apoyar su peso en ella. Bowlby (1993) la meta de la conducta de apego es mantener un vínculo afectivo, cualquier situación que parezca ponerlo en peligro provoca una acción destinada a preservarlo, y cuanto mayor es el peligro de sufrir una pérdida, más intensas y variadas son las acciones destinadas a impedirlo

Respecto a la teoría del apego, Bowlby (1993) menciona que es una conducta que busca la persona para estar próximo de otra persona que esté diferenciado de él mismo, si la otra persona llega a responder, existirá un intercambio de miradas y saludos y que en ocasiones también existe aferramiento como también la tendencia a llorar y llamarla.

Bowlby (1989) menciona que el hecho de que el niño vea, escuche a la madre o haga algo afectivo, es una señal de que también la madre está reconociendo la presencia del menor así mismo señala que siendo una intensidad más alta, va hacer que el niño la toque o se aferre a ella y todavía siendo un máximo de intensidad, cuando el niño se encuentre angustiado o ansioso, no va a existir nada mejor que un abrazo prolongado entre ambos siendo así una protección que la madre le brinda ante los depredadores.

Bowlby (1989) la conducta de apego que hay entre madre e hijo es de enorme importancia clínica, es la intensidad de la emoción que la va a acompañar pero va a depender del tipo de emoción que le ponga la madre y el niño como también el tipo de relación de apego que exista entre ambos. Cuando es una relación positiva, va a producir alegría y seguridad pero si resulta amenazada van a surgir los celos, ansiedad y la ira así como también si se llegara a romper, habrá dolor y depresión. Por lo tanto el progenitor de un bebé experimenta el impulso de comportarse de manera especial, por ejemplo abrazar al niño, consolarlo cuando llora, mantenerlo protegido, abrigado así como también protegerlo y alimentarlo.

Ainsworth (1979) menciona que la pauta de apego que un niño no dañado desarrolla con su madre en el momento del nacimiento, es el producto

de cómo lo ha tratado su madre. Así mismo Bowlby (2006) refiere que lo que lleva a una conducta de apego entre madre e hijo son las siguientes:

- El llanto y la sonrisa: tienden a acerca a la madre hacia el bebé y así mismo a mantenerla próxima con éste.
- El seguimiento y el aferramiento: tienen como efecto la aproximación del niño a la madre y el mantenerlo próximo a ella
- La succión que implica describir más a profundidad y por último la llamada que es cuando el bebé a partir de los cuatro meses, puede llamar a la madre, emitiendo gritos agudos y posteriormente la va a llamar por su nombre.

La conducta de apego que se va dando entre la madre y el hijo es a través de distintas maneras que en la mayoría de las veces tiene que ver con la conducta que realiza la madre o el menor. Cuando sucede en el infante, busca esa atención de su madre a través del balbuceo, sonreírle, llorar, llamarla, etc. Por lo que el niño sabe cómo llamar la atención de ésta, comenzando a seguirla y a mantenerse informado de su paradero. Cuando el infante sonrío o le balbucea a la madre, la madre le responde con la misma sonrisa, es decir que le habla, lo acaricia y hasta lo llega a tomar en sus brazos.

Siguiendo a Bowlby (1989) nos dice que la relación que se llega a dar entre el infante y su madre es de compartir lo que cada uno siente, es decir que ambos van expresando sus emociones y sentimientos y con el tiempo, la relación se va haciendo más estrecha y placentera cuando hay cercanía de ambos, haciendo un apego seguro que se ve reflejado en la conducta del menor. Lo que va a impulsar al niño a buscar a la madre, es primeramente el acercamiento, donde éste tratará de llegar con la madre a través de la búsqueda y seguimiento. En segundo lugar, consiste en un aferramiento donde el menor busca aferrarse a sus brazos o su cuerpo y una tercera conducta consiste en la succión donde no hay fines alimenticios sino como una conducta de estar cerca de la madre a través de agarrarse del pezón.

Ainsworth (1979) destaca cuatro cualidades maternas que contribuyen al tipo de apego con los niños:

1. Sensibilidad/ insensibilidad.
2. Aceptación/ rechazo.
3. Cooperación/ indiferencia.
4. Accesibilidad/ descuido.

Así mismo, Belda (2007) incluye en la escala de calidad de maternaje como expresión de las habilidades de crianza de los padres:

- Buena salud mental que permita establecer un vínculo sano con el niño.
- Alegría, capacidad de sonreír, de mostrar afecto y calidez.
- Observación, atención y capacidad reflexiva para actuar de acuerdo a las circunstancias, necesidades y requerimientos.
- Iniciativa.
- Capacidad de brindar cuidados pertinentes y oportunos.
- Conocimientos, no amplios, pero suficientes sobre lo que favorece el buen desarrollo del niño.
- Creatividad para afrontar las situaciones inesperadas propias de todo curso de desarrollo humano.

Ahora bien Dallal y Castillo (1997) el modelo de la conducta de apego se desarrolla durante los meses medios del primer año de vida (del 4to al séptimo mes), es decir que a partir de este modelo se va reconociendo a la figura de apego por lo que conforme van pasando los meses, el bebé se va haciendo más accesible a los efectos de recordar.

Por su parte, Enríquez et al. (2008) refieren que en la conducta de apego entre el niño y la madre, consideran que la interacción de señales y conductas entre bebé y madre se van produciendo de manera sincronizada puesto que la madre responde gracias a su empatía y capacidad de cuidar y satisfacer al bebé mediante comportamientos como: cercanía visual y dentro del campo del bebé, habla, miradas, entonación y otros estímulos sonoros, esto permite al

bebé el reconocimiento y la consolidación por reiteración, de una realidad física y psíquica.

Bowlby (1999) menciona que la conducta de apego se lleva a cabo gracias a la motivación aprendida o interrelacionadas con la genética del individuo, lo que da como resultado que el niño forme un vínculo con la figura en particular que es la madre. El objetivo de este vínculo, es que el bebé pueda tener para él una figura segura que lo cuide y proteja pero sobre todo que satisfaga sus necesidades y es a través de esta figura que el niño va a poder explorar el mundo.

Alvarado y Espinoza (2010) mencionan que la madre con el niño se identifican y reconocen. La conducta de la madre y el bebé se desarrollan espontáneamente, no necesita de instrucciones para saber cómo interactuar entre ellos, por tanto el vínculo afectivo se ve favorecido, la madre se vuelve más sensible y cariñosa al trato con su bebé

Siguiendo a los autores es vital que la madre tenga diversas actitudes de sostenimiento como son el amamantamiento, el abrazo o el acunamiento, ya que este tipo de conductas representan la simbiosis que hay entre la madre y el niño. La madre debe ser capaz de responder a las necesidades tanto físicas como emocionales del niño, para que así él pueda sentirse seguro y desarrollar un sentimiento de confianza hacia ella.

Lebovici (1983) menciona que durante los primeros meses de vida, el bebé realiza construcciones afectivas-cognitivas como consecuencia de las interacciones estrechas con la madre. Estas construcciones son de dos tipos:

1. las pronto representaciones: se dan durante los primeros tres meses y permiten al bebé reconocer a la madre.
2. la barrera de contactos: ésta va a permitir al bebé protegerse de todos los estímulos para que pueda darle sentido o representarlas.

La interacción con la madre es exclusivamente con la madre durante los primeros 6 meses y no con los demás. Ambos comunican sus afectos a través de la interacción con la mirada, la voz, el contacto de la piel, las posturas; estas

formas de comunicar son muy adecuadas para comunicar el afecto, el estado emocional, las representaciones y pensamientos de cada uno.

3. VÍNCULO

3.1. Teoría del Vínculo

A diferencia del apego, los vínculos se forman conforme el niño va creciendo e interactuando con otras personas que no son la madre, como el papá, la abuela, amigos, etc. Por lo que es importante que el niño tenga un apego seguro para que así logre ser independiente y pueda relacionarse con las demás personas, siendo independiente y teniendo una mejor formación

Vives, Lartigue y Córdova (1994) Respecto a los conceptos de vínculo y apego y así mismo a su significado, ambos muestran significados diferentes debido a que el apego se refiere a una necesidad meramente biológica mientras que el vínculo tiene que ver más con lo psicológico. Sin embargo ambos tienen un alto valor para la sobrevivencia de la especie y el individuo.

Berenstein (1991) refiere que el vínculo es una ligadura emocional estable en la que se caracteriza por tres áreas las cuales se describen a continuación:

1. Vínculo intrasubjetivo: ligaduras permanentes y estables entre lo que son las instancias psíquicas y objetos internos parciales y totales.
2. Vínculo intersubjetivo: abarca desde lo que son las primeras manifestaciones del complejo de Edipo y hasta la relación con la familia, amigos y sociedad.
3. Vínculo transubjetivo: que vienen siendo las relaciones con las representaciones socioculturales inconscientes ligadas a la ideología, religión y ética.

Siguiendo al autor Berenstein (1991) refiere que finalmente, los vínculos muestran una determinada cualidad emocional y tienden a estabilizarse en una

posición activa o pasiva en el curso de una experiencia o en una serie de éstas. Las experiencias emocionales del vínculo difícilmente pueden ser contenidas y expresadas por las palabras, requiriendo sucesivas aproximaciones como ocurre con el relato de los sueños.

Manzo, Servín y Vázquez (2010) (citado en López, 2014) menciona respecto a la teoría del vínculo donde explican la personalidad del individuo con respecto al apego relativo a los otros, explican el cómo se van formando las relaciones interpersonales, donde menciona que es importante el vínculo madre-hijo para posteriormente formar la personalidad del individuo debido a que a partir del vínculo se constituye una serie de expectativas sobre la disponibilidad de las figuras de apego.

Siguiendo a los autores, el vínculo que se va dando entre el bebé y su objeto va a ir determinando la personalidad del menor, así mismo se va ir observando cómo se va relacionando este infante con las demás personas ya que la madre por ser el primer contacto con el menor, será la que va a influir en su manera de ser con su entorno, es por eso que es necesario que la madre, padre o tutor ayuden al menor a establecer un buen vínculo para que el menor en un futuro establezca relaciones objétales sanas.

Enríquez et al. (2008) refiere que el vínculo hace referencia a que es el contacto entre dos personas las cuales van a generar un marco de confianza mutuamente, dentro de un contexto de comunicación y desarrollo. La vinculación temprana será el resultado del apego que existió entre el bebé y las personas, incluyendo las de mayor importancia que son sus figuras parentales, llevándolo a sentirse seguro al ir y venir a la hora de explorar su entorno. Por tanto la vinculación temprana viene caracterizada por mecanismos biológicos, afectos, vínculos, comportamientos y representaciones mentales que así mismo, es el resultado de un proceso para el que es preciso la existencia de interacciones privilegiadas satisfactorias, placenteras, rítmicas, asimétricas, específicas y cambiantes, así como de procesos cognitivos y afectivos como la intencionalidad, el reconocimiento de sí mismo o el descubrimiento de la permanencia del objeto.

El vínculo será por lo tanto el lazo afectivo que se da entre dos personas, así como un contexto de comunicación y desarrollo lo que revierte en un sentimiento de seguridad y confianza en sí mismo. De manera que la vinculación temprana es el resultado de las experiencias relacionales tempranas significativas, facilitadas por la participación del mecanismo de apego de forma que se establece el vínculo que unirá al bebé y a las figuras parentales, vinculación que preserva del temor, la ansiedad y como un contexto de comunicación y desarrollo mutuo.

Bowlby (2006) Hasta mediados de los años cincuenta, suponía que los vínculos entre individuos se desarrollan debido a que un sujeto descubre que para reducir algunos impulsos como la nutrición en la lactancia y el sexo en la vida adulta, era necesario otro ser humano, lo cual, este tipo de teoría postulaba dos clases de impulsos: primarios y secundarios donde los primarios, correspondían a alimento y al sexo y los secundarios correspondían a la dependencia y relaciones personales.

Vives, Lartigue y Córdova (1994) mencionan respecto a la vinculación que es una función que se desarrolla en la experiencia y que permite relacionarse emocionalmente con las demás personas ya que aquí se activa el aspecto psicológico y es especial de los seres humanos. Por lo tanto, el vínculo no requiere la cercanía de aspectos cutáneos o territoriales, más bien hacen referencia a aspectos emocionales de la persona con otros sujetos u objetos.

Pichón-Riviére (2002) respecto al vínculo, menciona que éste se va estableciendo conforme el niño va desarrollándose en su vida, ese vínculo es normal cuando existe una diferenciación entre el sujeto y el objeto y la relación que se dará entre ambos será de acuerdo al grado del desarrollo del sujeto con el que va iniciando con su madre que es su primer objeto y luego se dará la libre elección de objeto.

Continuando con Pichón-Riviére (2002) hace mención de dos campos psicológicos en los que se expresa el vínculo: el campo interno y el campo externo. El vínculo interno es el que condiciona muchos de los aspectos externos y visibles de la conducta del sujeto por lo que el carácter de una persona se comprenderá en la medida en que se descubren sus vínculos

internos. Los vínculos internos y los vínculos externos se integran en un proceso que configura una permanente espiral dialéctica.

El vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una persona; a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y espacios determinados. Por ello el vínculo se relaciona posteriormente con la noción de rol, de status y de comunicación. En el vínculo está implicado todo y complicado todo. La persona se mueve con un objeto armónico de sus partes integrantes, pero no puede dividir lo que es del ello, del yo o del superyó en una relación de objeto.

Se puede decir que un vínculo se está en relación con el ello, o sea la relación puede ser amorosa o más agresiva en ese sentido. En relación con el yo el vínculo es más operacional o que tiene más sentido del manejo de la realidad, en tanto que la relación con el superyó el vínculo es más culpógeno por lo que en cualquiera de las situaciones el aparato está implicado y complicado.

Iniciando con Klein (1937) en su trabajo amor, culpa y reparación dice que el primer vínculo del niño con el pecho y la leche de su madre van a establecer la base de todas las relaciones amorosas en la vida por lo que es difícil a un inicio que el bebé vea el mundo y al otro (su madre) en forma real y objetiva ya que la subjetividad es la que va a intervenir para poder ver y determinar cómo se observa al mundo y a los demás.

Siguiendo a Klein (1937) el niño sabe que necesita de los cuidados maternos y sobre todo de la alimentación a través del pecho materno donde así mismo, el niño va construyendo su mundo interno y realidad interna que al mismo tiempo va reconociendo la existencia de objetos del mundo exterior.

Ramírez (2010) define que la línea psicoanalítica de las relaciones objetales parte del estudio del vínculo del niño con su madre, así como de las estructuras intrapsíquicas que se derivan de la internalización de ese vínculo. Además comenta la autora, que los recursos internos con los que cuenta el individuo para hacer frente a las vicisitudes cotidianas están relacionadas con el desarrollo y la madurez de su mundo interno, el cual está cubierto de relaciones objetales.

Cantero y Lafuente (2010) refieren que durante el transcurso de la vida de las personas es que vamos estableciendo vínculos afectivos que son importante para nosotros, entre ellos nos mencionan del vínculo fraternal entre hermanos o vínculo parento-filial de los padres a los hijos, por extensión el de los abuelos a los nietos y de los tíos a los sobrinos. También existe el amor romántico, la amistad y principalmente el apego con el cuidador que como se observa, todos poseen características en común las cuales se presentan a continuación:

- a) Las relaciones emocionalmente significativas que tiene que ver con la necesidad de intimidad con otra persona, es esencialmente afectiva y en estas relaciones implicadas aparecen todas las emociones y sentimientos (tristeza, alegría, celos, ira, seguridad, temor, ansiedad, etc.) se trata de relaciones emocionalmente significativas
- b) Cualquier vínculo es persistente, aunque no es eterno. Si el apego se encuentra bien establecido puede persistir durante mucho tiempo sin importar que por alguna circunstancia se rompa la relación, es por eso que el vínculo no es una relación pasajera ni de corta duración.
- c) Son singulares porque se reduce a un número de personas. El vínculo afectivo entre las personas es cuando no son sustituibles por otras, un ejemplo claro es que cuando fallece un hermano, éste no puede ser sustituible por otro respecto al afecto.
- d) En las personas existe el deseo de querer estar cerca de los demás, de mantener la proximidad con quienes se ha formado el vínculo, esto requiere de verse y de mantenerse en contacto. Esto es común en los adolescentes y adultos pero en el caso de los niños si requieren más de la cercanía, del contacto físico.
- e) Cuando sucede una ruptura o situaciones de separación, se llega a generar ansiedad, esto es porque se sienten amenazados de abandono y sucede en cualquier etapa de vida, no solo en la infancia.
- f) Es necesario consolidar el vínculo con las demás personas y esto tiene que ver con la interacción de forma continua y prolongada para que se forme el vínculo ya que si no existe interacción, es imposible que se

forme el vínculo. Un ejemplo claro es en los orfanatos que no existe un cuidado y trato especial en los niños por el escaso de personal.

- g) Los vínculos surgen entre dos personas, aun si se habla comúnmente de que hay vínculo o apego hacia un animal, objeto o lugar.
- h) Su calidad depende de la calidad de su interacción, por lo que, si la interacción es de mala calidad, el vínculo resultante también lo será, y si
- i) la interacción es de buena calidad, el vínculo también lo será.

3.2. Etapas Previnculares

En el sitio unidad de trastornos médico psicológicos de Madrid, refieren que la calidad del vínculo que se vaya dando entre las generaciones se va ver reflejado en los aspectos concretos que faciliten la vinculación segura, la organización sana de la personalidad, el avance normal del desarrollo y la salud mental en cada etapa del ciclo vital familiar, por lo que estos aspectos están constituidos por funciones complejas que pueden entenderse como tareas vinculares.

Bayo (2006) hace mención que en el primer nivel de percepción y aprendizaje acerca del estilo conductual del niño comienza intraútero. Es decir que acerca de las experiencias que va teniendo el niño en los ritmos y ciclos de actividad y descanso, percepción y vigilancia preconscious de la coordinación entre ritmo fetal y materno, serán ciclos reguladores, organizados que se irán conectando con el ciclo diurno/nocturno. Por lo tanto, la percepción materna de estos movimientos va a dar lugar a una serie de procesos mentales, de atribución, identificación, proyección, fantasías, preocupación, ansiedad y vinculación.

En base a lo anterior, López y Sueiro (2008) presentaron un informe de los mecanismos embriológicos y neurobiológicos sobre la comunicación materno-filial durante el embarazo, sosteniendo que el vínculo afectivo se va a iniciar en la gestación por la acción genética y hormonal como también se irá reforzando en el parto y la lactancia a través de la respuesta biológica de la madre a las señales y reclamos del hijo.

Con esto, puede decirse que el mecanismo de apego que se va dando entre el bebé y la madre, se va dando a través de la interacción de señales y conductas que se van produciendo de manera sincronizada desde la gestación. El bebé tras el nacimiento, va a ir comportándose con señales comunicativas tales como el gesto, sonrisas, llantos, acoplamiento corporal donde activará una búsqueda con su madre y la proximidad con ella, discriminando a otros. La madre irá respondiendo gracias a su empatía y capacidad de cuidar y satisfacer a su bebé. La repetición de los cuidados le irá permitiendo al bebé el reconocimiento y la consolidación de una realidad fundamentalmente psíquica, no siendo solo física.

Schore (2000) (citado en Enríquez et al. 2008) hace referencia que en el hemisferio derecho se inscriben las experiencias y vinculaciones tempranas, de maduración más precoz y dominante durante al menos los 3 primeros años de vida. Dentro de éste hemisferio, se ubica lo que es la modulación de las emociones primarias y asimismo se expresa en las expresiones emocionales faciales, los gestos espontáneos y la comunicación emocional espontánea no-verbal que son los que van a influir en la relación de apego. A lo largo del desarrollo el proceso de auto-organización cerebral va evolucionando con el contexto de la relación interpersonal y la vinculación afectiva; de hemisferio derecho a hemisferio izquierdo.

Como menciona Belda (2007) la calidad del apego va a estar determinada por una serie de factores que influyen en éste sus cuidadores y el entorno. Como factores propios del niño destaca el temperamento, prematuridad, lesiones cerebrales, discapacidades físicas y mentales a lo que también se añaden las complicaciones que puedan suceder en el periodo intrauterino y perinatal. Los que son referidos a la madre se encuentra su entorno, la sensibilidad, red de apoyo social, nivel socioeconómico, relaciones de pareja, ambiente laboral, trastornos psicopatológicos, personalidad y números de hijos.

Continuando con lo anterior, los bebés desde el nacimiento ya están reprogramados para el establecimiento de relaciones que precisa del entorno para evolucionar y organizarse. El funcionamiento psicológico de los

cuidadores es más complejo que el del neonato de manera que existen tres aspectos del comportamiento materno que son de gran importancia durante los primeros tiempos de vida del bebé. Estos son: la intensidad, la cronología de sus conductas interactivas y la forma en que se expresa con él.

Por tanto Enríquez et al. (2008) Refieren que es importante la interacción y la intimidad de la triada (madre, lactante y padre) en el establecimiento del vínculo simbólico postnatal, ya que esto servirá para que el bebé comience a tener la experiencia de vinculación con su madre, podrá entonces el lactante sentir a su madre en su recurso afectivo y el padre el recurso afectivo de ella de manera que los tres quedan vinculados genética y afectivamente, de la triada inicial, se genera una triada de parejas.

Guerra (2008) por su parte destaca que en la etapa pre-objetal el entorno significativo para el bebé consiste en un ser humano único que es parte de la totalidad de sus necesidades y de su satisfacción donde este ser es la madre. En las primeras semanas, la percepción evoluciona a través de los sistemas intero y propioceptivo de forma que los estímulos externos son percibidos cuando su intensidad excede el umbral de la barrera contra estímulos que a modo de pantalla protectora mantiene lo externo como indiferente. Gracias a esto, es posible que la atención se dirija al interior, permita el desarrollo del vínculo madre-hijo y emerja la transformación de lo cuantitativo en cualitativo, el pasaje de las intensidades de umbral neuronal al plano afectivo con el nacimiento del sentimiento.

Por su parte Dallal (1997) la necesidad de la presencia de la madre y su disponibilidad en todo momento, nos advierte que el bebé aún no dispone de una imagen interna de una madre protectora, no tiene aún una constancia objetal de la figura materna (estructura que se logra al final solo al final del tercer año de vida) y, por lo tanto, en dicha figura externa ha depositado su seguridad. A pesar de que la madre no ha sido incorporada como objeto interno, desde etapas muy tempranas de la vida extrauterina hay una cierta distinción entre el adentro y el afuera y que el objeto interno no ha sido internalizado, por lo que no forma parte de las estructuras intrapsíquicas del bebé.

Alvarado y Espinoza (2010) mencionan que desde que la madre se da cuenta que está esperando un hijo, no solo se encuentra biológicamente embarazada, sino que también su psiquismo se va estructurando de tal manera que la prepara también psicológicamente. A partir de este momento es que la madre comienza a desear a su hijo como también lo planea y espera; es en este momento donde comienza el primer marco para la generación del vínculo. Conforme el feto va desarrollándose dentro de la madre, el vínculo va haciéndose cada vez más fuerte.

Vives y Lartigue (1994) nos menciona que el vínculo emocional materno filial se inicia desde etapas muy tempranas de la vida, las primeras manifestaciones ocurren durante el periodo antenatal en el cual 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 de sí misma.

En relación a lo anterior, los autores afirman que el vínculo comienza a formarse a partir de los deseos o fantasías que mantiene la madre y formalmente se establece cuando ésta siente los primeros movimientos fetales en el transcurso del cuarto mes de la gestación.

3.2.1. Fantasías Preconceptivas

Respecto a las fantasías, Freud (1900) hace una descripción de las fantasías mencionando que son aquellos sueños diurnos que van a encubrir deseos inconscientes y conflictos de la niñez cuyos productos cambian y reciben el sello del momento, es decir que son representaciones de objetos imaginarios que van ir cargados de deseos inconscientes y así mismo cuando se someten al inconsciente forman una vía por la cual se organiza la personalidad.

Vives (1991) menciona que las fantasías preconceptivas son representaciones que la madre va creando durante el embarazo pero en ocasiones también se llegan a presentar éstas en la infancia o adolescencia donde estas representaciones son un cúmulo de actividades mentales que incluyen ideas, creencias, imágenes o mismos recuerdos que van involucrando

al feto en desarrollo, imaginando el aspecto que éste pueda tener, el tipo de personalidad, el rol que va a ocupar en la familia y en la vida, su nombre, su salud física y mental. Cabe mencionar que, cuando la madre presenta esa idealización de su futuro hijo, va repercutiendo desde el nacimiento y conforme siga el proceso de desarrollo del hijo por lo que el mismo autor menciona que este proceso se realiza en varias etapas, las cuales son: la fase de deseo, la fase de la fantasía pura y el estadio objetal.

Así mismo continuando con el autor, refiere que es importante que la madre vaya reajustando sus ideas durante el nacimiento del niño para que pueda aceptar y amar a su hijo real, para que pueda vincularse afectivamente con éste bebé y así mismo funcione como una buena madre con el bebé, realizando su papel de maternaje sano y que sus fantasías preconceptivas no influyan en el desarrollo del menor.

Vives (1991) dentro del vínculo materno-infantil es la fase de la fantasía, que se activa o refuerza en el momento en que la mujer y la pareja confirman el hecho del embarazo. Aquí la fantasía inicia desde que el hijo es engendrado por ambos, donde viene siendo una especie de salvador y en que depositan todas las expectativas mágicas y omnipotentes.

Siguiendo con Vives (1994) Ahora bien, la relación vincular materno-infantil, tiene lugar a partir del momento en el que la madre percibe el inicio de los movimientos fetales, es donde se va estableciendo una relación con un objeto externo aunque dentro del cuerpo. Aquí, en esta fase, se van reactivando en las gestantes las fantasías de fusión y de dependencia con su propia madre, fantasías de daño al producto o a ella misma, así como de reaparecer antiguas ansiedades de castración o de angustia de separación. Con todo esto, se van iniciando los preparativos para recibir al bebé, la elección del nombre, el deseo de saber el sexo del producto. Por lo que estas primeras etapas del vínculo con el feto que se mueve, así como fases de precursores vinculares, son importantes para el desarrollo posterior, en ellas los padres catectizan el futuro del bebé con representaciones de su mundo interno e imponerle sus expectativas en gran medida.

Por su parte Stern (1985) menciona que respecto al puente entre el mundo subjetivo de la madre y el del infante, existe un puente que serán los episodios interactivos entre la madre y el hijo. La madre va aportando en cada encuentro que hay con el menor una historia personal, mostrando una guía, esquema y otros modelos que entrarán en juego en cada episodio de interacción por lo que desde que está el embarazo y luego se da el nacimiento del bebé, las imágenes del pasado son proyectadas en el niño por ella y su pareja; serán imágenes que la madre va haciendo del bebé y con las que ella se va identificando así como también calidad libidinal o agresiva de las imágenes que la componen las cuales en conjunto van a jugar un papel determinante en las interacciones madre-bebé.

Vallejo (s.f.) Las aspiraciones y deseos insatisfechos de los padres durante su desarrollo del ideal del yo, van a ser proyectadas hacia el hijo con el contenido representacional de que ese hijo tampoco satisficará las demandas de ese ideal del yo, por lo tanto este ya viene carenciado desde sus propios progenitores. Ahora bien, si el hijo no satisface las demandas de los padres, éstos crearán una fantasía preconceptiva inconsciente, una satisfacción inconsciente que posteriormente es incorporada a la prerrepresentación del futuro hijo afectando la unidad de dicha prerrepresentación.

Siguiendo con el autor, el sentido de realidad del hijo depende del sentido de realidad de los padres, y la modalidades de relaciones objetales del hijo depende de la modalidad de relaciones objetales que los padres alcanzan. La síntesis de la autorrepresentación (en el desarrollo de un self no escindido) depende de la capacidad que los padres tengan para desarrollar una relación real y total de pareja y la síntesis de una prerrepresentación unitaria.

Por su parte Freud (1900) en su obra de la interpretación de los sueños, ya comenzaba a hablar respecto de las fantasías preconceptivas donde sostenía haber descubierto la proyección en algunos sueños de aspiraciones reprimidas de los padres hacia sus hijos. Sin embargo continuó investigando respecto a estas fantasías en su libro *Tótem y Tabú* (1912) donde aquí testificaba la existencia de fantasías inconscientes generacionalmente transmitidas en donde las necesidades de los grupos humanos eran puestas en

los futuros padres que eran conocidos como pre-padres, donde al iniciar el acto sexual ambos ya tenían determinadas encomiendas individuales, de pareja, familia, grupo o tribu.

Feder (1980, 1967, 1968) (citado en Reyes, 2000) refiere que las fantasías preconceptivas van a funcionar como determinantes de futuras vicisitudes en la vida del hijo. De la misma manera, Levobici (1989) (citado por Reyes, 2000) hace mención respecto a estas fantasías, informando que las fantasías intergeneracionales de los padres acerca del hijo influyen en su comportamiento futuro.

Vives (1991) respecto a esta línea de pensamiento considera que los padres del bebé participan activamente en la construcción de este nuevo ser desde antes de su nacimiento por lo que en esta intervención, los mismos le van imponiendo al bebé representaciones de fantasías que ellos mismos elaboraron, insertadas en el bebé, en un lugar ´predeterminado por el mundo interno de los progenitores. Tanto la madre como el padre van estructurando la representación de un bebé imaginario, claro dentro de su mundo interno pero al mismo tiempo van formando una futura relación con el objeto bebé real donde va ir afectando la personalidad de éste.

Cuando hay una separación del recién nacido del útero de su madre, representa solo un ser separado pero desde lo psicológico es un antiguo compañero de la madre e incluso del padre que lo van formando con viejas y actuales fantasías de las que ellos crean expectativas y que van a influir en la personalidad del niño. De esta manera Reyes y Molina (2000) (citado por Reyes, 2000) mencionan que un bebé durante el transcurso del tiempo, desarrollará opciones para trascender, desviar, cumplir o rechazar la comunicación de las fantasías fecundantes y actuar o no, el rol que los padres tratan de asignar de manera inconsciente a su hijo o hija.

En bases a las investigaciones y teoría que se mencionó sobre las fantasías preconceptivas, Reyes (2000) por su lado pregunta ¿Qué factor psicológico impulsa la presencia de fantasías al producto, antes y durante el embarazo? Como bien lo menciona, durante el embarazo la madre inicia a fantasear, a tener imaginación respecto a sus objetos y a vincularlos desde su

espacio transicional como lo mencionaba Winnicott, creando así un bebé imaginario en su mente. Cuando el infante aparece en la imaginación de la madre, hay una fantasía donde la madre iniciará a tener fantasías fecundantes, se inicia a imaginar y crear vida a ese bosquejo de hijo por nacer en el que ella comenzará a depositarle deseos, ansiedades, expectativas sociales y aspectos culturales.

Reyes (2000) dice que existe una serie de deseos y expectativas maternas que se involucran con las fantasías fecundantes, sin embargo se podría señalar que son pensamientos, aspectos ideales del yo, deseos ambivalentes, pulsiones, deseos de destrucción, aspectos reprimidos, frustraciones, exigencias del superyó, deseos antiguos y recientes, deseos conscientes e inconscientes, defensas, rasgos de personalidad de los padres, sus psicopatologías, valores, tradiciones y características del sector social al que pertenecen los padres.

3.3. Tipos de Vínculo

Vives, Lartigue y Córdova (1994): Berenstein (1991) y Lafuente (2010) mencionan que las características del vínculo son:

- a) Vínculo de sangre y vínculo de alianza: es un vínculo que se basa en la relación entre personas y los objetos que son de interés para el sujeto. Es un vínculo biológico donde hay una lazo que une al padre del hijo y de la misma manera que a los hermanos
- b) Vínculo adhesivo: es un vínculo que prevalece en él la fantasía debido al miedo de quedar solo por la pérdida o miedo a la separación del otro. La persona se puede sentir indefensa ante esto y puede sentir al mundo hostil y llega a tener conductas de reproche, como una manera de que asegure la permanencia del vínculo adhesivo
- c) Vínculo de posesión: en éste predomina el contacto corporal debido a que la persona siente al otro como parte de él, siendo uno solo.

- d) Vínculo de control: en este predominan ansiedades como la castración y de despedazamiento. El fin es controlar la soledad y desamparo, utilizando la manipulación con el otro para que no se quede solo
- e) Vínculo amoroso: es el resultado del complejo de Edipo, en este vínculo predomina el cariño por el otro y de igual manera lo recibe recíprocamente

En este tipo de vínculos incluye calidad y cantidad, es la manera en como la madre toma al bebé y así mismo el cariño que le da a éste, es importante que ella lo mece, le hable, le cante y alimente, ya que son conductas de cuidado al bebé y ayudan a la vinculación.

Por su lado Cesio (2000) habla también de cuatro tipos de vínculo, los cuales solo se mencionarán dos que están enfocados en nuestra investigación, donde a continuación se presentan:

1. Vínculo de alianza: es un vínculo que se da en la pareja conyugal, donde ambos comparten experiencias que son de crecimiento y apoyo al otro, compartiendo la cotidianidad, la vida sexual y otras. Resulta de la exogamia, es decir de la búsqueda de otro (compañero) fuera de la familia. El parentesco se establece entre sus integrantes, transformándolos en pareja primero y posteriormente transfieren valores de una familia a la otra.
2. Vínculo de afiliación: vínculo que se da entre padres e hijos. Dos personas son parientes cuando uno desciende de la otra o ambas descienden de un aspecto en común. La palabra “descent” que significa filiación, se refiere a la relación social entre padres e hijos.

En estos vínculos como menciona el autor, son importantes porque serán los que ayudarán a la persona a relacionarse con la sociedad, es decir con los amigos, familia, amigos, etc.

3.4. Relaciones Vinculares

Dallal (1997) La teoría del apego viene a abrir numerosos estudios relacionados con la diada materno-infantil y, a partir de esta, al estudio de la

importancia de otras relaciones interpersonales: en primer término, las relaciones entre el padre y su hijo e hija; posteriormente la relevancia de las relaciones existentes entre los abuelos(as) y sus nietos(as) y por último las relaciones entre los infantes y sus hermanos. La conducta de apego lleva al lento pero continuo establecimiento de vínculos afectivos entre el infante y su familia; y, más tarde, a las formas de relación entre adultos por lo que las modalidades vinculares están presentes durante el transcurso de toda la vida.

Siguiendo con Dallal (1997) Conforme avanza la maduración del niño y con las repetidas interacciones que va teniendo con el mundo extraño y desconocido, sobre todo cuando ve a la madre interactuar con los extraños sin temor y desenvolverse en los ambientes que son para él desconocidos, es conforme el infante va ir transformando lo amenazante y desconocido en algo conocido y habitual e ir adquiriéndola confianza de que este tipo de situaciones, ambientes o personas no ponen en peligro su integridad física o su sobrevivencia y es conforme va ir interactuando con las demás personas.

La conducta de apego es lo que lleva al infante a la capacidad de establecer vínculos afectivos entre él o ella y su madre para que posteriormente sea con el padre y otros miembros de la familia, ya que el modelo vincular incorporado normal o distorsionado es el que tenderá a repetirse durante toda la vida.

Dallal (1997) refiere que las personas se van relacionando con el otro a partir de los modelos vinculares que se aprenden en las relaciones más tempranas, incluyendo las relaciones con los padres donde los éstos inculcan preceptos normativos y morales. Los padres formaran el superyó del niño y la forma como se relacione con los demás. A partir de estos atributos congénitos y de las posibilidades que ofrece la imitación, podemos ir observando cómo se van estructurando los esquemas internos de relación con uno mismo y con los demás.

Los autores Laing y Esterson (1964) dicen que durante los primeros años, las experiencias mentales que el infante tiene acerca de sí mismo las adquiere a través de la observación de sus objetos, lográndose la intersubjetividad; este compartir estados internos continúa hasta que tiene lugar

la conciencia del tercero, que introduce el complejo de Edipo en la psique infantil. Así, los padres ayudan a desarrollar la capacidad del infante para lograr la constancia objetal y al mismo tiempo controlar sus afectos y organizar sus defensas.

Como bien lo menciona Umbarger (2008) en el estudio de la dinámica familiar son importantes los vínculos que vayan teniendo entre todos los integrantes donde refiere que son de dos tipos los cuales se mencionan a continuación:

1. Patológicos: se entienden aquí aquellos vínculos que son patológicos, son antagonismos entre los miembros de la familia que la conforman teniendo conflictos y coaliciones intergeneracionales inadecuadas.
2. No patológicos: es un tipo de vínculo más sano que presentan las familias, tienden a ser más flexibles y accesibles entre ellos, no buscan el enfrentamiento sin embargo no están exentos de no darse el contexto y la situación.

Bowlby (1989) Los niños prefieren a la figura materna cuando se sienten afligidos, sin embargo cuando no está la madre, la mayoría tiene la capacidad para buscar a otra persona que conozcan bien y aun así, en situaciones más limitadas en las que no hay nadie conocido, el niño puede llegar a acercarse a un desconocido amable por lo que el apego o vínculo duradero, está limitado a unos pocos.

Según el DSM-V (2014) considera que los trastornos del apego vienen formándose por el estilo de crianza que las madres realizan con sus hijos, siendo una crianza patológica donde existe desatención respecto a su bienestar, estimulación y afecto. El manual divide a los trastornos del apego en dos subtipos: uno de tipo inhibido, donde la alteración de la relación social reside en la incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales y el segundo es el desinhibido donde las relaciones sociales son indiscriminadas y hay una falta de selectividad en la elección de las figuras de apego.

Bowlby (1980) dice que a pesar de la importancia atribuida al vínculo madre-hijo, reconoce que el bebé puede establecer relaciones de apego con más de una figura. Sin embargo, mantiene que el cuidador primario se convierte en la persona de apego primaria y en la que se prefiere como refugio seguro cuando hay angustia; con esto, menciona que otras figuras ocupan un lugar secundario, siendo los padres y los hermanos los más comunes.

López (2014) habla respecto a la amistad donde refiere que es necesaria y para que se continúen los vínculos posteriores. Menciona que es un vínculo de naturaleza social no sexual, entre las funciones principales de este vínculo se encuentra que los amigos ayudan a conocerse y a formar la propia identidad por reconocer que el otro es similar y por lo tanto también tiene problemas del mismo tipo, también el grupo de amigos funcionan como una base de seguridad para explorar la realidad física y social más allá de la familia, con los amigos se puede tener una comunicación especial y se comparten con estos emocional de manera más fácil.

3.5. Vínculo con la Madre

Bowlby (1998) refiere que el vínculo que une al niño con su madre es por la actividad de una serie de conductas que el objetivo es acercarse a su figura materna. En el bebé, la ontogénesis de esos sistemas es sumamente lenta y compleja, así como también cada bebé humano difiere en desarrollo de un niño a otro por lo que es complicado diseñar una teoría sencilla sobre los progresos que se tienen durante el primer año de vida, sin embargo ya a partir del segundo año es que el niño va adquiriendo una mayor movilidad que van dando origen al vínculo de apego. Conforme el niño va creciendo, los sistemas siguen activándose y así sucesivamente hasta la adultez. La proximidad de la madre se convierte en una meta prefijada.

Bowlby (1989) menciona que es importante que la madre sea sensible ante las necesidades del bebé, esto ayudará a que la madre se adapte a los ritmos naturales de su hijo, poniendo atención a la conducta del menor y se dará cuenta lo que él necesita para tener mayores satisfacciones.

Esto que describe Bowlby es explicado por Winnicott (2005) como la “preocupación materna primaria”, la cual es la adaptación de la madre hacia el bebé, es la entrega a su cuidado, lo que implica una preocupación de la madre por atender las necesidades de su bebé. Además de que en un principio sigue percibiendo al bebé como parte de ella y por lo tanto conoce bien lo que su bebé siente. La adaptación del bebé al medio ambiente va a depender de la labor de su madre para entender sus necesidades.

Siguiendo con Winnicott (1996) nos explica la manera en cómo se lleva a cabo el vínculo entre la madre y el infante, habla de que el sostén que se le da al infante es de importancia, es una manera en cómo la madre demostrará su amor al bebé aunque sea una forma física pero que conlleva lo que es la relación entre madre e hijo para posteriormente conducir al establecimiento de las primeras relaciones objetales como también lo que son las primeras gratificaciones.

Es importante llevar a cabo una buena relación entre la madre y el infante debido a que esto nos llevará a tener una salud mental sana del individuo, de lo contrario se presentaría una psicosis infantil o esquizofrenia en edades posteriores que se encuentran relacionados con una falta de la provisión ambiental.

Winnicott (1960) Mientras el infante está fusionado con la madre lo mejor es que ésta comprenda las necesidades de la criatura con la mayor exactitud posible. Como resultado del éxito del cuidado materno en el infante se establece una continuidad de ser que constituye la base de la fuerza del yo, mientras que el resultado de cada fracaso del cuidado materno consiste en que la continuidad de ser se ve interrumpida por reacciones a las consecuencias de ese fracaso, con un consiguiente debilitamiento del yo.

Sin duda también Winnicott (1972) refiere que entre la madre y el hijo va a existir una diada donde puede existir una dependencia o independencia relativa. La madre es la que va a cuidar al menor y ser la fuerte para él donde brindará su protección y así mismo ayudará a que éste tenga una estructura psíquica fuerte para que pueda tolerar las frustraciones o así mismo será la

propensa para que tenga una estructura psíquica débil, propulsando a patologías.

Stern, Bruschweiler, y Freeland (1999) refieren que en el apego materno infantil se activa el área de materia gris periacueductal, que está asociada al comportamiento maternal y tiene relación con áreas del cerebro límbico, el cual contiene grandes cantidades de vasopresina y oxitocina, hormonas que suprimen el dolor cuando hay una emoción muy intensa, como lo es el parto. También en la sección frontal de la circunvolución singular está asociada a varios aspectos del procesamiento emocional y social, tal como los sentimientos de empatía y deseos de la madre por cuidar a su bebé. Por lo tanto, el sistema nervioso activa áreas específicas del cerebro destinadas al desarrollo y el mantenimiento del apego de la madre con su bebé, misma diada que va a ayudar al niño a definirse a sí mismo a través de la estructura de esta relación con su madre, ya que será la madre, quien a través de la comunicación con su bebé le ayude a delimitar quién es él.

Hofer (1995) (citado en Enríquez et al. 2008) habla respecto a lo que él denominaba hidden regulators a los reguladores ocultos provistos por el vínculo que mantiene un estado óptimo en el pequeño por lo que esta función materna es la matriz de transformaciones tanto biológicas como psíquicas y cognitivas. A su vez Bion (s/a) menciona aquí mismo que la madre empática percibirá las proyecciones cuantitativas del bebé, dando un soporte cualitativo de contención y le devuelve a modo de revérie.

A su vez, López y Sueiro (2008) sostienen lo siguiente “desde el primer día, el embrión y la madre establecen vías de comunicación, por lo que se considera el embarazo como una simbiosis de dos vidas. El vínculo afectivo, aseveran, se inicia en la gestación gracias a la acción genética y hormonal y se refuerza en el parto y la lactancia”.

Por su parte Spitz (1965) fue uno de los que inició investigando las relaciones entre madre e hijo, intentó demostrar que respecto al desarrollo y crecimiento psicológico se verán influenciados por las relaciones con su objeto, de manera que la mayor parte del primer año de vida, el bebé intenta y se esfuerza por sobrevivir, logrando poco a poco adaptarse al exterior y así

mismo lograr esa meta de adaptación; el bebé necesita a un inicio de su madre y que ésta sea capaz de brindarle todo cuidado y protección, por lo que se va formando la diada entre éstos y posteriormente se irá haciendo independiente del medio que lo rodea.

Algo que menciona Spitz (1965) es que el infante al inicio carece de pensamiento y es por eso que conforme pase el tiempo, el menor va ir diferenciando los impulsos y funciones conforme vaya teniendo madurez y desarrollo. La libido es la fuerza que es innata y es dispensable para el curso de su evolución sin embargo es un papel decisivo a los primeros contactos humanos, en especial la relación del niño con su madre.

El clima afectivo entre madre e hijo es la relación más importante a un inicio, inicia con el amamantamiento y posteriormente se va extendiendo por lo que la principal función entre la madre y el hijo es sostener, mantener y enriquecer la dualidad.

Vives (1992) refiere que existen modalidades de cómo se genera un vínculo entre los hijos y sus madres, los cuales se presentan a continuación:

- a) Vínculos de sangre y vínculos de alianza: es el vínculo biológico que hay entre la madre y el niño.
- b) Vínculo adhesivo: tiene que ver con las fantasías y deseos de la madre sobre su hijo relacionadas con los miedos a que le pase algo malo si el niño se separa de ella, así pues, si la madre siente angustia y desesperación porque el hijo se separa de ella, se creará un vínculo adhesivo en el cual ella tratará de que el niño permanezca cerca de ella.
- c) Vínculo de posesión: prevalece en este el contacto corporal como las miradas y cualquier forma de control con el niño. Aquí la madre no intenta nada por separarse de su hijo, al contrario trata de que éste permanezca siempre en contacto con ella.
- d) Vínculo de control: hay necesidad por parte de la madre de que de controlar, dominar debido a que necesita hacerlo para que no le genere ansiedad a ella, es por eso que usa la manipulación para no quedarse sola.

- e) Vínculo amoroso: este vínculo se llevará con satisfacción si la madre resolvió el Edipo y por ende aceptará que el niño se separe de ella y ésta responderá a dicha conducta con ternura y amor.

Por su parte Valencia y González (2008) refieren que hay una interacción entre madre y feto que se da desde el vientre. Sin embargo el vínculo temprano durante el periodo de lactancia, se pone de manifiesto una visible simbiosis entre el neonato y el pecho gratificador de su madre ya que el pecho es el que dota de alimento y al mismo tiempo de placer. En este momento la madre es un espejo donde él es lo que le refleja su madre.

3.6. Vínculos Patológicos

Riviére (2002) menciona que existen vínculos patológicos los cuales son las conductas que establece el sujeto donde configuran las distintas cualidades que adquieren los vínculos, como el paranoico, el hipocondriaco, el melancólico, el autista, el obsesivo, el perverso, etc. El vínculo normal es aquel que se establece entre el sujeto y objetos donde ambos tienen la libertad de elección de objeto, dando como resultado una buena diferenciación de ambos.

Riviére (2002) El vínculo paranoico se caracteriza por la desconfianza y la reivindicación que el sujeto experimenta con los demás. El vínculo depresivo se encuentra teñido de culpa y expiación, en tanto que el vínculo obsesivo se relaciona con el otro a través del control y el orden. Respecto al vínculo hipocondríaco es el sujeto que se relaciona con otros a través de su cuerpo, la salud y la queja. El vínculo histérico es aquel que se caracteriza por la dramatización donde detrás de la representación se expresa una fantasía que está actuando por debajo. En el vínculo de la histeria de angustia es representada por el miedo a todo que en cierta manera se localiza en un solo sitio. En la neurosis obsesiva el vínculo se caracteriza por el control del Alter Ego o del otro, dando vueltas al objeto con respecto a la vigilancia cuya desconfianza no se ve como tampoco, se ve la ansiedad paranoide.

Riviére (2002) Respecto a la psicosis el vínculo paranoide, el depresivo y el maniaco se caracterizan por ser un vínculo de control semejante al de

neurosis obsesiva, aunque es más rápido respecto a la velocidad y más operante respecto a la paralización del objeto. En los cuadros confusionales el vínculo es un vínculo nocturno, confusional porque el sujeto trata de establecer un vínculo con el objeto pero experimentando dificultades para llegar a él ya que está absorbido por la actividad de la noche, es decir por la actividad del sueño.

Riviére (2002) El vínculo depresivo es el más fácil de sentir y de diagnosticar. En el centro del vínculo depresivo está la aflicción moral, la culpa y la expiación. Es un vínculo caracterizado por el hecho de que toda relación de objeto está colocada en el campo de la culpa y la expiación, en la preocupación de lo que el otro piensa y en la manera en que el otro va a administrar el castigo, el miedo del depresivo tiene que ver con la pérdida de la relación del objeto donde constantemente va a tener miedo a esa pérdida y además continuamente va a vivenciar y sentir culpa.

Continuando con el autor, la despersonalización es la negación del vínculo, como una tentativa pérdida del ser, de no ser nadie para no comprometerse en el vínculo con el otro. El vínculo se formará por lo total de la persona y no por una parte de la misma, de esta manera decimos que el vínculo no se establece por el superyó, el yo o el ello.

Riviere (2002) menciona que para comprender lo que es el vínculo normal debemos hacer una diferencia respecto al objeto diferenciado y el objeto no diferenciado que vendrían siendo las relaciones de independencia y dependencia. Se dice que en una relación adulta normal es un objeto diferenciado donde el sujeto y el objeto tienen una libre elección de objeto. Una pareja de objetos totalmente diferenciados entre sí tendría una independencia afectiva, a la vez que social y económica.

Riviére (2002) Respecto a la no diferenciación es una situación que le llaman parasitaria y posteriormente se convertirá en simbiótica, es decir que cuando el niño depende totalmente de su objeto madre, deposita partes internas en ella y cuando la madre deposita en el niño partes internas de ella se produce entre ambos un entrecruzamiento de depositaciones, creándoles a cada uno de ellos dificultades para reconocer lo que es suyo, propio.

Riviére (2002) El vínculo de la confusión es en realidad el vínculo con el sueño, es un estado intermedio donde el sujeto está vinculado con los objetos internos y al mismo tiempo hace esfuerzo para conectarse con los objetos externos de la vigilia. Si fracasa en ese pasaje del sueño a la vigilia y queda en un estado intermedio, nos encontramos con el estado crepuscular donde se mezclan relaciones objetales del tipo normal de la vigilia con las del tipo del sueño.

López (2014) menciona que la manera en cómo se va desarrollando la salud mental del individuo, dependerá del tipo de relaciones que estableció en edades anteriores de su vida, es por eso que varios autores se han encargado de estudiar la génesis del psiquismo humano. Es importante llevar a cabo una relación estable con la madre para que no se desarrollen patologías posteriores y que afecten a la persona.

Algunos autores como González y Cols (s/f) (citados en Camacho y García, 2010) menciona algunas patologías de los vínculos afectivos las cuales son las siguientes:

1. **Una estructura dual.** Se trata de una mutua idealización, es un vínculo de fusión. La relación que se lleva a cabo en este es primitiva en donde el yo cree que el vínculo es unidireccional y que el otro siempre estará en disposición de cumplir todas sus demandas. Aquí existen dos subtipos:
 - a) **Gemelaridad erotizada.** En este, ambos desean ser la imagen del otro, se sostiene por una idealización y no hay casi contacto simbólico como tampoco entra un tercero a su dinámica porque les genera ansiedad.
 - b) **Gemelaridad tanática.** Este subtipo de estructura es narcisista, con fantasías de fusión, máxima dependencia que da como resultado malestar. El yo de los dos integrantes del vínculo está conectado con un objeto imaginario y se aleja de aquello que le pueda frustrar su ilusión de poseer dicho objeto imaginario. En la presencia del objeto real diferente pone de manifiesto los aspectos que no coinciden con

el objeto imaginario y se conforma la necesidad de quedar atrapado y tener fuera un objeto al cual frustrar.

En relación a lo anterior y siguiendo a los autores, mencionan que existen ataques a la estructura de algunos vínculos afectivos por algunos cuadros patológicos, se clasifican estos ataques en cuatro:

1. **Ataque a la estructura del vínculo por envidia.** En edades tempranas del bebé, existen ambivalencias que el bebé va experimentando en relación a un pecho que le es gratificador y otro que no lo es. Esta dinámica gira en torno a la sensación de pérdida y de recuperación del objeto bueno por lo que aquí es donde comienza la envidia debido a que el bebé siente que la gratificación de la que fue privado ha quedado dentro del pecho que lo frustró y esto lo lleva a querer poseer eso bueno que tanto desea. Hay deseos de querer aniquilar a la madre a raíz de la envidia y como consecuencia de esto existe una amenaza de la desintegración del yo que hacen que se desencadenen cuatro tipos de angustia, mismas que originan cuatro tipos de defensa contra ellas.
 - a) Angustia de aniquilación cuya defensa es la escisión
 - b) Angustia esquizoide de fragmentación, la cual coexiste un mecanismo de defensa y la identificación proyectiva
 - c) Angustia persecutoria cuya defensa es la fragmentación
 - d) Angustia depresiva cuya defensa es la reparación del vínculo
2. **Ataque al vínculo de la personalidad paranoide.** Se presenta este ataque por medio del mecanismo de la proyección, ya que el perseguidor es la persona más querida del mismo sexo del individuo quien proyecta al objeto persecutor que aniquila al sujeto interiormente
3. **Ataques al vínculo de la personalidad narcisista.** Aquí el sujeto se sobrevalora así mismo y devalúa al objeto puesto hacia el exterior. El ataque resulta de la angustia de vacío que el sujeto proyecta, por lo que ataca al sujeto o situación que se le presente, mismo ataque va en función de disociar a las personas idealizándolas y ocultando la rabia y desprecio que siente hacia ellas
4. **Ataque al vínculo de la personalidad obsesiva.** En los sujetos se presenta una lucha interna entre obedecer las reglas y desafiarlas. Hay

una oscilación entre el miedo por actuar por su mala conducta y la ira por someterse a la autoridad. El resultado es controlar la situación utilizando defensas como el aislamiento y la formación reactiva.

Por último, el vínculo de control que sostiene una madre sobre su hijo, puede alterar emocionalmente al mismo ya que esto le puede generar ansiedad a la madre por no tener el control, utilizando a favor la manipulación como una medida para asegurar no quedarse sola.

4. INFANCIA

4.1. Definición de Infancia

Molina (2006) menciona que antes de la revolución francesa, los niños eran vistos como seres extraños y animalescos, demoniacos que podían ser capaces de lastimar a otros y a sí mismos. Los niños eran considerados como pocos valiosos, adquiriendo valor social sólo como adultos. Cerca de los seis años ya no son considerados como cargas molestas, ya que iban aportando a la economía del hogar y deberían actuar de acuerdo al rango social de sus padres en la sociedad adulta.

La infancia anteriormente no se estudiaba a profundidad dentro de la psicología, sin embargo varios autores comenzaron a estudiarla debido a que vieron que era necesario conocer lo que sucedía con los niños y así mismo poder entender mejor su dinámica.

Empezando con Dolto (1996) y relacionándolo con lo anterior, comenta que anteriormente, por eso del siglo XIII a los niños se les veía como si fueran adultos pequeños, realmente no era en ese entonces importante estudiarlos, existían tabús hacia muchas cosas, una de ellas por ejemplo era la sexualidad donde el tema no era abierto a la gente y se vivía como algo oculto o negado. Sin embargo conforme fue pasando el tiempo, la gente comenzó a preocuparse por éstos mismos a causa de la segunda guerra mundial y fue gracias a que los educadores comenzaron a tener inquietudes acerca de éstos

y así mismo comenzaron a plantearse la idea de hablar sobre sexualidad, sobre todo en lo púberes.

Santrock (2003) menciona que a través de la historia, algunos filósofos especularon sobre la naturaleza de esta etapa, por ejemplo John Locke, quien creía que los niños eran como una “tabula rasa” o una “página en blanco”, la cual se iba llenando de experiencias que determinarían las características de la adultez, sin embargo desde la “visión de la bondad innata” del filósofo Jaques Rousseau, consideraba que los niños eran buenos por naturaleza, por lo que debería permitírseles crecer con poca vigilancia.

Por su parte, el psicoanalista y pediatra Inglés Winnicott (1996) describe a la infancia como el período en el cual todavía está en proceso de formación la capacidad para recoger los factores externos en el ámbito de la omnipotencia del infante. El yo auxiliar del cuidado materno le permite vivir y desarrollarse a pesar de no ser aún capaz de controlar o de sentirse responsable por lo bueno y malo del ambiente.

El programa de estudios, desarrollo y sociedad (PREDES) de la facultad de ciencias sociales de la universidad de Chile (2007) define el concepto de infancia como sujeto social en construcción, no obstante, igualmente pleno de derechos, con especificidades biológicas, psicosociales y culturales, que corresponden a la etapa del ciclo de vida que abarca desde su gestación hasta los 5 años de edad.

Respecto a lo metodológico, la definición de infancia presenta desafíos en cuanto a la construcción y rescate de la información, debido a que esta categoría se encuentra subsumida en la categoría infancia, entendida como el grupo de edad menor de 15 años, situación por la cual en cada caso se indica si la información corresponde a infancia o específicamente a primera infancia.

Siguiendo con el autor, Todas las definiciones, tanto instituciones como autores, coinciden en que la gestación sería el punto de partida de la primera infancia. Pero, la definición del límite superior de edad, es decir, cuando termina la primera infancia, no genera el mismo consenso. Esta situación provoca dificultades para la recopilación de información cualitativa y estadística y para la caracterización del grupo.

Diferentes estudios indican que en esta etapa de la vida se desarrollan importantes procesos físicos, intelectuales y emocionales, cuya potenciación permitiría maximizar las capacidades con la que nacen los niños/as.

4.2. Fases de la Infancia

Papalia, Wendkos y Duskin (2005) refieren las fases de la infancia las cuales son

- Infancia que abarca de los 0 a los 36 meses.
- Niñez temprana que va de los 36 meses a los 6 años.
- Infancia intermedia que abarca de los 6 años a los 11 años de edad.

4.2.1. Desarrollo Físico de la Infancia Intermedia

Respecto a la infancia intermedia, Papalia, Wendkos y Dustin (2005) refieren que en la infancia intermedia, el desarrollo y crecimiento de los menores es más lento por lo que la evidencia de éste crecimiento no suele ser evidente. Respecto a los niños de edad escolar, van creciendo de 2.54 a 7.62 centímetros cada año y el aumento de su peso es de 2.27 a 3.6 kilogramos aproximadamente.

La mayoría de los niños durante esta etapa van en aumento crecimiento, mientras para otros se vuelve complicado a causa de la hormona del crecimiento Albanese y Mitchell (1993). Sin embargo, muchos niños escolares pueden mostrar mayor apetito que los niños pequeños, es por eso que necesitan el promedio adecuado de calorías para sostener su crecimiento estable mantener un ejercicio constante.

Respecto a la obesidad, Ogden, Flegal, Carroll y Johnson (2002) refieren que cada vez va en aumento con rapidez en ésta etapa de desarrollo ya que a menudo podría ser una tendencia heredada, o gravada por el tipo de comida. Sin embargo (Winkleby, Robinson, Sundquist y Kraemer, 1999) (citados en Papalia, Wendkos y Dustin, 2005), mencionan que la comida que llegan a

consumir estos infantes es causada por la influencia de la sociedad que se encuentra a su alrededor, así mismo es importante mencionar que en la niñez intermedia, en especial las niñas, la imagen corporal se hace más importante y podrían derivarse trastornos de la alimentación.

(Pellegrini, 1998; Pellegrini y Smith, 1998) (Citado en Papalia, Wendkos y Dustin, 2005) mencionan que en esta etapa de desarrollo inicia el juego rudo, el cual involucra luchas, patadas, revolcones, etc. Los cuales hacen que los niños se sientan emocionados, usando las risas y los gritos y que en la mayoría de las ocasiones los niños utilizan éstos como competencia, sobre todo sucede más con los varones que con las mujeres.

(Starfield et al., 1984) (Citados en Papalia, Wendkos y Dustin, 2005) respecto a las enfermedades en la niñez intermedia tienden a ser condiciones médicas agudas, tales como infecciones, alergias y verrugas, por lo que anualmente es probable que un niño en esta etapa llegue a enfermarse de seis a siete episodios ya que tienden a ser más susceptibles por el contacto en las escuelas con otros niños y es más fácil que se transmitan los gérmenes. Sin embargo cuando los niños van acercándose a la etapa de la pubertad, aumentan el acné, las perturbaciones emocionales y dolores de cabeza.

4.2.2. Desarrollo Psicosexual – Latencia

Freud (1901-1905) como se sabe, la vida sexual infantil es esencialmente autoerótica, así como sus pulsiones parciales aspiran a conseguir placer cada una por su cuenta. Las zonas genitales no han alcanzado su papel hegemónico.

Siguiendo al autor, refiere que la primera organización sexual pregenital es la oral, donde la actividad sexual no se ha separado de la nutrición así como tampoco hay diferenciación, la meta sexual en ésta etapa es la incorporación del objeto donde después habrá una identificación que desempeñará un papel psíquico importante.

Así mismo, la segunda fase pregenital es la organización sádico-anal donde hay una división en opuestos que es activo y pasivo, la actividad

principal en ésta etapa de desarrollo es la pulsión de apoderamiento a través de la musculatura del cuerpo. En ésta fase, ya son pesquisables la polaridad sexual y el objeto ajeno, sin embargo falta aún la organización y la subordinación a la función de la reproducción.

Respecto a la latencia, Freud (1901-1905) ya en este periodo se van edificando los poderes anímicos lo cual más tarde habrá inhibiciones en el camino de la pulsión sexual y angostarán su curso a la forma de unos diques como son el asco, la vergüenza y la moral donde el establecimiento de éstos diques serán la manera en cómo se irá instalando la educación del menor.

Como se sabe Freud (1901-1905) fue el creador del psicoanálisis y además el primero en investigar este término dentro de la teoría del desarrollo psicosexual. Conforme el infante va pasando por las diferentes etapas del desarrollo y si logra culminar el complejo de Edipo, llega a esta etapa de latencia donde en este se establecen los poderes anímicos que posteriormente se opondrán al instinto sexual y lo conducirán, imponiendo los tres diques que son repugnancia, pudor y moral, los cuales se consideran importantes y son obra de la educación.

Los fines sexuales representan lo que pudiéramos denominar ternura de la vida sexual, sin embargo Freud en su libro "*tres ensayos para una teoría sexual*" afirma que en esta etapa de desarrollo no existe como tal la producción de la excitación sexual por lo contrario dice que esta sufre por la ausencia de la misma. Freud (1901-1905) afirma:

Una detención, produciendo acopio de energía, utilizado, en su mayor parte, para fines distintos de los sexuales; esto es, por un lado, para la cesión de componentes sexuales destinados a formar sentimientos sociales, y por otro, mediante la represión y la formación de reacciones, para la construcción de los posteriores diques sexuales. (p. 161-162)

Continuando con Freud (1901-1905) en su ensayo "el yo y el ello" refiere que la génesis del superyó conformara el efecto de dos factores los cuales son: la indefensión y dependencia infantil del hombre y de su complejo de Edipo y la interrupción de la libido por el periodo de latencia.

Corroborando y relacionándolo con lo anterior, Laplanche y Pontalis (2004), afirman que la etapa de la latencia es:

Período comprendido entre la declinación de la sexualidad infantil (quinto o sexto año) y el comienzo de la pubertad, y que representa una etapa de detención de la evolución de la sexualidad. Durante él se observa, desde este punto de vista, una disminución de las actividades sexuales, la desexualización de las relaciones de objeto y los sentimientos (especialmente el predominio de la ternura sobre los deseos sexuales) y la aparición de sentimientos como el pudor y el asco y de aspiraciones morales y estéticas. Según la teoría psicoanalítica, el período de la latencia tiene su origen en la declinación del complejo de Edipo; corresponde a una intensificación de la represión (que provoca una amnesia que abarca los primeros años), una transformación de las catexias de objetos en identificaciones con los padres y un desarrollo de las sublimaciones (P. 209).

Dicaprio (1989) Se puede decir que en esta etapa los niños ya van teniendo una identificación con los padres, misma que ayudará al refuerzo del género y así mismo se afirma que la latencia no representa una etapa psicosexual auténtica sin embargo si existe mejoramiento en lo que son las habilidades motrices, mismas que ayudaran a reforzar las habilidades anteriores.

Por su parte Urribarri (1999) respecto a la latencia, está de acuerdo con Freud respecto a la ausencia de las conductas sexuales manifiestas, tales conductas como la masturbación, la disminución de la expresión inconsciente en las conductas, la utilización de las defensas, la inactividad del desarrollo de la sexualidad, los contrainvestmentos, la represión. Aquí el aparato psíquico es el principal control represivo de los impulsos, en vez de ver los cambios que se dan en la organización y funcionamiento de la psique, tanto como de la conductas y las relaciones sociales que establece.

Buxhaum (1980) habla de cómo existen cambios en la psique del niño en esta etapa de desarrollo, donde existe una fuerte represión de los impulsos sexuales hacia los padres y que estos comenzaran a evolucionar posteriormente concluida la latencia, que es cuando se dará inicio a la pubertad.

Bornstein (1951) y Buxhaum (1980) respecto a la latencia mencionan que esa se dará una vez que se ha superado el complejo de Edipo, aunque el superyó no está como tal formado debido a que en esta etapa aún siguen existiendo mínimos conflictos sobre las imposiciones paternas. Así mismo, Buxhaum (1980) afirma que el superyó temprano no se formará solamente por las exigencias de la figura paterna, sino que también se establecerán por la sociedad y esto ayudará a que el niño comience a internalizar esas normas aunque será él el que sea capaz de seguirlas o romperlas. Afirma el autor que no solamente el yo tendrá que estar pendiente de las demandas que vienen de los impulsos instintuales y del mundo externo, sino que también tendrá que observar las demandas del superyó.

Siguiendo a Buxhaum (1980) y Urribarri (1999) refieren que los impulsos sexuales siguen existiendo en la latencia así como la masturbación, sin embargo la diferencia es que en esta etapa los niños tienden a ser más discretos, son reservados en relación a sus deseos sexuales y tienden a fantasear más que a expresarlo, más bien la energía libidinal que sienten es expulsada a través de actividades que necesiten movimiento, tales como los deportes o juegos enfocados a lo motor.

Bornstein (1951) respecto a la latencia, habla de dos fases importantes una que va desde los cinco años y medio a los ocho años y la latencia tardía que va de los ocho años a los diez años. Para la autora estas fases tienen en común que hay rigidez y exigencia del respecto a los deseos incestuosos y que hay una lucha contra la masturbación. Esto lo realizan por medio de una regresión parcial pregenital.

Urribarri (1999) da una explicación detallada de lo que ocurre en cada una de las fases:

- a) Latencia temprana: La meta principal es posponer, es decir que el yo se siente responsable de controlar que las pulsiones estén tranquilas, que no logren salir y esto si se logra, el yo se comienza a aliar con el superyó lo que hará que el yo esté más tranquilo debido a que logrará que no exista movimiento y que el niño comience a tener mayor capacidad de reflexión y así comience a tener interés por el dialogo, lo cual es una de las metas principales de la latencia. Se intenta tener un equilibrio entre lo que son las exigencias del yo por lo prohibido y permitido, lo ansiado y lo posible y sobre todo lo placentero y displacentero. Aquí se instala la amnesia infantil y esto puede llevar al niño a que se sienta desubicado y puede llegar a sentir un vacío, sin embargo si se logra lo anterior, podríamos decir que el yo va tomando mayor fuerza y estabilidad y así podrá pasar a la latencia tardía.
- b) Latencia Tardía: Aquí ya hay mayor equilibrio, el niño empieza a tener mayor autonomía y la angustia comienza a ser menos. Comienza a establecerse más la personalidad y así mismo la fantasía se acrecienta, apareciendo el sueño diurno. Debido a la autonomía, el niño comienza a ser más independiente de los padres y comienza a buscar a sus pares. Aquí el superyó no es tan exigente por la fuerza del yo que ayuda a sublimar las pulsiones.

5. DEPRESIÓN

5.1. Definición de Depresión

Abraham (1924) menciona que como resultado después de analizar a varios pacientes melancólicos, llegó a la conclusión de que realmente la depresión melancólica, deriva de experiencias desagradables en la infancia del paciente por lo que en su infancia, los melancólicos habían sufrido lo que designó como una paratimia primal.

García (2008) refiere que la depresión es un desorden muy común que afecta a gran cantidad de personas y que va acompañado de perturbaciones leves hasta las más severas que va afectando negativamente el desarrollo de las personas y su capacidad para trabajar.

Siguiendo con la autora, comenta que el estudio de los trastornos del estado de ánimo se remota desde los primeros registros escritos por la humanidad aunque menciona que Hipócrates fue quien hizo la primera descripción clínica objetiva donde llamó a la depresión melancolía e infirió que estaba estrechamente vinculada con los “humores”. Aquí menciona Solloa (2001) que Hipócrates categorizó la depresión, junto con la manía, el delirio y la paranoia, como uno de los cuatro principales tipos de enfermedades psiquiátricas. Además menciona que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y enfatizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad.

Solloa (2001) comenta que en los sesenta surgió el concepto de “depresión enmascarada”, en la que se aceptaba la depresión infantil, pero encubierta bajo síntomas como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad. A partir de entonces, se empezó a aceptar abiertamente la depresión infantil; así, en 1971, la Unión Europea de paidopsiquiatría, en el IV congreso de paidopsiquiatría de Estocolmo, eligió como tema monográfico “los estados depresivos en el niño y el adolescente”

Por su parte Freud (1915) hace una comparación entre el duelo y melancolía, mencionando que en ambos hay una dolorosa sensación de abatimiento por la pérdida de un objeto, la falta de interés por el mundo externo, la pérdida de la capacidad de amar y la inhibición de la actividad. Cabe mencionar que en la melancolía se encuentra una disminución de la autoestima que da lugar a auto reproches y expectativas irracionales del castigo. El melancólico es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento, pues la pérdida es interna e inconsciente.

García (2008) refiere que el primero en estudiar la melancolía fue el psiquiatra francés del siglo XIX Jean-Étienne Esquirol, que la integró en el

grupo de las monomanías, enfermedades mentales que poseen un núcleo central predominante como por ejemplo la obsesión.

Solloa (2001) menciona que en muchos estudios se han encontrado que el trastorno depresivo coexiste frecuentemente no sólo con la ansiedad, sino con otros padecimientos, como el trastorno negativista, el trastorno por déficit de atención, los problemas de aprendizaje y los trastornos de conducta. La ansiedad suele anteceder a los trastornos depresivos en la mayoría de los casos, y los trastornos de conducta tienden a preceder a los trastornos depresivos cuando ambas condiciones están presentes.

Por su parte Bar-Din (1989) respecto a la depresión, describe toda la gama de emociones, desde una leve fatiga pasajera hasta sentimientos de desesperación más profundos. Así mismo menciona que la manzana de la discordia tiene que ver con la concepción de las depresiones “endógenas” (esto es, procedentes de la conformación psicológica o mental del individuo) frente a las reactivas (que se originan en el medio ambiente que rodea al sujeto) y con el modo de diferenciar unas de otras.

En cuanto a la definición de las depresiones reactivas, se limita al carácter de un desorden precedido por un acontecimiento sin duda traumático. Afirmamos en consecuencia, que la depresión no es una enfermedad, sino más bien una reacción normal del individuo a aquellos acontecimientos vitales que le causan un dolor insoportable.

Siguiendo con Bar-Din (1989) menciona que antes de que apareciera la depresión, ya se conocía la melancolía. Ésta empezó a llamarse “depresión” a mediados de los años treinta, a raíz del surgimiento de la crisis financiera denominada la gran depresión. La palabra depresión se volvió un término psiquiátrico mientras que el derrumbe económico se le llamó recesión.

Arfouilloux (1986) refiere que aun cuando la tristeza sea claramente un afecto en el sentido de la teoría y la práctica psicoanalítica le han dado a ese término, no tiene exactamente la misma tonalidad que el hastío, el dolor o el duelo, pese a que esos estados afectivos pertenecen al mismo registro, que es el de la depresión.

Freud (1915) en su obra duelo y melancolía, le sorprende el carácter tan extraordinariamente doloroso del trabajo de duelo, sin poder dar una respuesta satisfactoria desde el punto de vista económico. Posteriormente Freud (1915) en los conceptos inhibición, síntoma y angustia, se esfuerza por distinguir la angustia del dolor. En la primera se considera un afecto señal que se experimenta en las situaciones de peligro, las cuales se remiten en su totalidad al temor a la castración, prototipo de cualquier forma de angustia, ya sea de separación o incluso de muerte. En cuanto al dolor, sabemos muy poco dice Freud, aparte de que es una reacción propia de la pérdida del objeto, mientras que la angustia sería la reacción al peligro que implica esa pérdida y, tras un desplazamiento suplementario, la reacción al peligro de la pérdida del objeto en sí.

Continuando con Freud (1915) Tristeza, hastío, duelo, dolor, nostalgia: nos encontramos ya en el núcleo del problema depresivo. Problema de actualidad. Y sin embargo, en tanto que entidad clínica con múltiples facetas, la depresión fue durante mucho tiempo una gran incógnita para los médicos, los psicólogos, los pedagogos, todos aquellos cuya función es ocuparse de los niños y que no tienen las mismas excusas, en su obcecación, que los padres.

Por su parte Manzo (1995) define a la depresión como un estado que presenta infelicidad, inestabilidad, baja autoestima, angustias, desánimo, tristeza, hastío por la vida y pena como reacción a las tensiones de la vida que persiste durante un largo tiempo, afectando la vida de la persona y teniendo desinterés por las actividades de su vida y por las situaciones externas. Hay una incapacidad en la persona para poder sentir satisfacción.

5.2. Depresión Infantil

Fernández (2001) indica que entre los 5 y 12 años, el detectar un estado depresivo requiere atender a dos vertientes. De una parte, la interno-subjetiva, sobre todo en lo que se refiere a las quejas y expresión del niño sobre su estado de ánimo. De otra, la externa-objetiva, que supone prestar atención a cuatro dimensiones básicas, sobre las que es muy valiosa la información

proporcionada por padres, cuidadores y profesores: humor depresivo (tendencia al llanto, sentimiento de indefensión y miedos), anergia (escasa participación en juegos y actividades, dificultad para concentrarse), incomunicación (silencio, dificultad para hacer amigos) y ritmopatía (falta de apetito, alteraciones del sueño).

En definitiva, en el espectro comportamental de los niños depresivos es fácil encontrar llanto, miedo, torpeza, inhibición, mala alimentación, alteraciones del sueño, así como desobediencia/rebeldía, fracaso escolar, dolores de cabeza, vómitos, glotonería, etcétera. En definitiva, dentro de la sintomatología depresiva en la edad escolar podemos encontrar los siguientes síntomas: tristeza, llanto, irritabilidad, ansiedad, desmotivación, desinterés. Anhedonia (disminución acusada de la capacidad de experimentar placer). Pérdida o aumento del apetito, cansancio o pérdida de energía, agitación o inhibición psicomotriz, alteraciones del sueño, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, fracaso escolar, sentimientos de inutilidad o de culpa, ideación suicida, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad. Baja autoestima, autoagresiones, cefaleas y alteraciones digestivas.

Arfouilloux (1986) refiere que la tristeza, como la risa, es contagiosa, por eso nos cuesta trabajo soportarla en los demás. Se comprende así fácilmente que puede transmitirse al niño: a padres tristes, hijos tristes. Y, efectivamente, así se presentan estos niños: abrumados por una tristeza que no es la suya y arrastran como un traje demasiado grande que se les obligó a llevar a costas contra su voluntad.

La idea de que un niño pueda sufrir de depresión parece violentar el entendimiento del adulto. Sobre esa cuestión, B. Penot (1973) (citado en Arfouilloux, 1986) realizó un estudio que apareció algunos años en la revista *La psychiatrie de penfant*. Estima que ese desconocimiento prolongado de los estados depresivos del niño está ligado, por una parte, a su sintomatología engañosa y, por otra, a la gran reticencia de los adultos a admitir su realidad, e insiste en la unidad estructural de esos estados en todas las etapas de la vida. Ya durante una cura psicoterapéutica se revela poco a poco una vivencia

depresiva que el niño no podía comunicar directamente y que expresaba de manera desviada, a través de los problemas de su comportamiento.

Siguiendo con Arfouilloux (1986) reconoce que los trabajos de Spitz sobre el hospitalismo, los de Anna Freud y de Bowlby sobre la separación, son ahora bastante conocidos y confirman el hecho de que un bebé privado de la presencia y los cuidados de su madre, se hunde en un profundo marasmo y tristeza.

Continuando con Arfouilloux (1986) está de acuerdo con Melanie Klein y Winnicott se considera, pues, que la experiencia depresiva forma parte del desarrollo normal de cualquier individuo. De accidente factual en la constitución de la relación objetal, se vuelve paso necesario hacia un nivel de elaboración superior de esta relación. Simples variaciones cuantitativas en la distribución de las frustraciones y en la intensidad de las respuestas instintivas orientan la depresión madurante, estructurante, hacia la depresión enfermiza.

Sabemos poco, sobre la verdadera naturaleza de sus afectos y nos vemos reducidos a interpretar sus manifestaciones exteriores con nuestras palabras. Observamos que sonrían, balbucea o llora, y deducimos, sin duda con razón, que está contento o triste y es que los niños tristes abandonan el juego, prefieren una actividad autoerótica como succión del pulgar.

La observación directa de las reacciones “depresivas” del niño pequeño tuvo consecuencia. Al subrayar los efectos de la separación y la carencia de cuidados maternos convirtió a la madre en la principal responsable de las depresiones del niño, e incluso de adulto, posteriormente se levantaron voces femeninas contra esa visión, particularmente la de Margaret Mead (1962) donde señaló que la distribución del cuidado de los niños entre el grupo familiar, es la mejor forma de lograr la continuidad de la experiencia afectiva y de evitar para que el niño sufra por la ausencia de la madre.

De acuerdo con Kolb y Brodie (1985) refieren que los niños que se ven tristes o infelices, tienden al aislarse de las personas, creyendo que nadie los quiere y nadie los aceptará. Ellos muestran una concepción de sí mismos como tontos y que los lleva a tener incapacidad para realizar las cosas o pueden tener comportamientos agresivos que afectan a terceros y que no logran darse

cuenta de tal situación y en ocasiones puede que el niño a causa de estas conductas agresivas, tienda a burlarse y tomar conductas más inapropiadas hacia los demás.

Bowlby (2006) Cuando reconocemos que la separación de un niño pequeño de su madre, precipita procesos de duelo de índole patológica. Las investigaciones que han señalado la pérdida de una persona amada como probablemente patógena son de índole diversa. Existen estudios de los que el duelo y la melancolía de Freud (1915) representan el prototipo que relacionan el síndrome psiquiátrico de comienzo agudo, como es el estado de ansiedad o una enfermedad depresiva.

Otros psicoanalistas mencionan que al ir descubriendo las raíces infantiles de la enfermedad depresiva, les han llamado la atención de las experiencias desdichadas en los primeros años de vida de sus pacientes lo cual muestra una relación en dichas experiencias.

Jacobson (1943) refiere que en su estudio que realizó respecto a la psicopatología de la depresión, encontró en un caso de una mujer llamada Peggy, que ésta sufría de depresión grave con impulsos suicidas y despersonalización a la edad de 24 años debido a la pérdida de una relación con su novio, sin embargo, la autora comenta que a la edad de 3-6 años, fue la edad en que mayor importancia concede ya que su madre cuando dio a luz, Peggy que se quedó en casa con su abuela materna y su padre, donde finalmente el padre las abandona, la niña se queda sola y defraudada por el padre y esperaba ansiosamente el regreso de su madre. Al regresar la madre, la niña observa que viene con un hermanito y esto hizo que la niña no reconociera a su madre, la veía como una persona distinta por lo que la autora menciona que poco después de esto, la niña cayó en depresión profunda.

Por su parte Klein (1940) menciona que los lactantes y niños en la primera infancia sufren de duelo y atraviesan fases depresivas y sus formas de responder van a determinar cómo van a reaccionar en épocas posteriores de su vida a otras pérdidas análogas. Spitz (1946) fue el primer estudioso de la depresión quien acuñó las nociones de “hospitalismo” y “depresión anaclítica”

para referirse al cuadro clínico observado en inclusas y orfanatos que presentaban los niños pequeños separados de sus madres.

Bowlby (1999) fue otro pionero en la investigación de la depresión infantil quien corroboró los hallazgos de Spitz en un excelente estudio sobre los vínculos afectivos. Señala que la separación de un niño pequeño de su querida figura materna desencadena, por lo general, procesos de duelo de índole patológica. Siguiendo a Bowlby (1993) toma en cuenta las investigaciones de Freud, mencionando que los niños que mostraban un trastorno depresivo, se debía a la pérdida de un objeto donde mostraban posteriormente relaciones cargadas de ansiedad y ambivalencia con los que llegaron a amar.

Una frustración, una desilusión respecto del objeto amado puede desencadenar en cualquier momento una poderosa oleada de odio que barrerá las demasiado débiles raíces de los sentimientos de amor, aún durante los intervalos libres, el melancólico potencial está dispuesto a sentirse decepcionado, traicionado o abandonado por sus objetos de amor. (Abraham, 1924, p. 469-70)

Freud (1915) ya había dejado claro el problema del dolor psíquico mencionando que el cuadro melancólico es como una reacción ante la sensación de devastación interna sentida cuando ocurre una pérdida objetal, así mismo hace hincapié respecto que la transformación en una estructura mental interna tenía lugar a través del proceso de la identificación, proceso que relacionó con la separación del objeto de amor, como son la madre o el padre.

Dallal y Castillo (1997) mencionan de los trabajos realizados por Spitz donde fue el que hizo patente el postulado de que las experiencias de separación podían resultar devastadoras para la psique de los infantes, sobre todo haciendo hincapié en el transcurso del primer año de vida. Los infantes pueden enfermar tanto por exceso como por carencia, carencia refiriéndose a que las interacciones entre la madre y el hijo son deficitarias, defectivas o carentes, siendo niños deprivados del estímulo materno indispensable para su desarrollo físico y mental.

5.3. Sintomatología de la Depresión Infantil

Calderon (1985), Guarner (1978), Gold (1987), Arieti y Bemporai (1993), Kolb (1985), Beck (1990) y Feedman (1994) (citados en Manzo, 1995) refieren la depresión en el niño es presentada por los siguientes síntomas principales:

- a) **Trastornos somáticos**
 1. **Síntomas de base somática:** insomnio, jaquecas, hipertensión, enuresis, anorexia, onicofagia, cefaleas, obesidad, colitis ulcerosa, somnolencia
 2. **Quejas hipocondriacas:** dolores abdominales, dolor de garganta, cefalea
 3. **Trastornos del apetito**
 4. **Chupeteo**
- b) **Trastornos intelectuales:** alta sensibilidad, lentitud en el pensar y en el actuar, pérdida de la memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia pasiva contra el estudio, distorsiones, pensamiento suicida, confusión.
- c) **Trastornos de la conducta:** defecación en público, autoerotismo excesivo, fatiga, falta de energía, retraimiento, dificultades de contacto, inhibición psicomotriz, frecuentes actos de rebeldía, abandono de actividades favoritas, falta de atención al respecto personal, propensión a los accidentes, euforia, empatía “exagerada” e inquietud continua
- d) **Trastornos de la afectividad:** tristeza, infelicidad, aislamiento, siente que nadie los quiere, concepto negativo de sí mismo, baja autoestima, se describen negativamente realizando su maldad, dificultad para controlar sus impulsos agresivos, falta de entusiasmo, irritabilidad, sentimiento de inferioridad que a veces irrumpe en el suicidio, semblante triste, escaso interés hacia el entorno, ambivalencia hacia las personas amadas, agitación, sentimiento de desamparo, soledad, nostalgia, llanto, actitud molesta, desesperanza, retraído, callado, ira, rebeldía, manía.
- e) **Trastornos en las relaciones sociales:** realizan actos destructivos contra personas u objetos, molestan a otros, temores de sí mismos o de los padres, falta de adaptación escolar, vacilación entre la adhesión a los padres y hostilidad irracional hacia ellos, abandono de relaciones con

personas preferida, dificultades en la escuela, intentos de escapar de casa, elude el juego, elude actividades en grupo, deja de ir a clase, problemas de disciplina en la escuela

Ajuriaguerra (1972) refiere que la sintomatología depresiva va a depender de la edad y del sexo, sin embargo hace hincapié respecto a la depresión infantil y menciona que los síntomas son similares a los del adulto, y nos presenta los síntomas más frecuentes de la depresión infantil en edad escolar los cuales son: inseguridad, irritabilidad, falta de concentración, mal rendimiento, humor depresivo, aburrimiento, aislamiento, descarga de llanto, onicofagia, pavor nocturno, quejas somáticas y enuresis.

Además menciona este autor que la sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva (rumiación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y de depresión), siendo dominante la cefalea como síntoma somático.

Por su parte Solloa (2001) refiere que la sintomatología de los niños varía dependiendo de las condiciones ambientales, como también la edad. Una de las características de los niños deprimidos es que se rinden con facilidad y esto los lleva a sentirse impotentes y desesperanzados y por ende afectando su autoestima.

5.4. Clasificación de la Depresión Infantil

Cytrin y Mcknew (1972) distinguieron tres formas clínicas de depresión en la infancia que son la depresión enmascarada o atípica, depresión aguda y depresión crónica. La distinción entre estas tres formas clínicas, se hizo en función de los siguientes criterios: manifestaciones clínicas, antecedentes familiares, duración de la enfermedad, historia pre-mórbida y factores precipitantes.

Pérez y García (2001) hacen una clasificación de la depresión y la presentan en diferentes categorías, tradicionalmente han sido dominantes dos dicotomías, no excluyentes entre sí. Una es la que distingue entre depresión endógena y exógena. La segunda dicotomía distingue entre depresión bipolar

cuando el episodio depresivo alterna con uno de índole maniaca y depresión unipolar, cuando cuenta con el polo depresivo. Se añade que la dicotomía bipolar-unipolar no se corresponde exactamente con la endógena.

Sin embargo las clasificaciones actuales del DSMIV y CIE, no han incluido las depresiones infantiles dentro de los trastornos referidos de la infancia, sino que las integran, con ciertos matices como la duración, en los cuadros análogos que se dan en los adultos. En la CIE-10 se establece una clasificación en la que los trastornos afectivos se encuentran en la sección F3 y se encuentran divididos en episodio maniaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos humor persistente y otros.

Cammer (1969) la depresión puede clasificarse según la intensidad, la duración, la calidad y el origen.

Respecto a la intensidad, refiere que la depresión puede ser:

1. Leve: la cual son menos intensas y son superadas rápidamente
2. Moderada: esta tiene que ver con síntomas intermedios de la depresión leve y grave
3. Grave: aquí es cuando la persona necesita atención médica

Siguiendo con el autor, menciona que por su duración, la depresión puede ser:

1. Aguda: aquí no importa el motivo que la haya causado, ésta se manifiesta de manera rápida, la duración varía entre una semana como se puede extender hasta cuatro meses e incluso puede desaparecer sin tratamiento
2. Recurrente: ésta aparece con intervalos, con periodos normales "remisiones" intermedios
3. Crónica: ésta aparece de manera gradual y se prolonga por un tiempo indefinido, puede llegar a durar uno o más años y llegar a una remisión final

Ahora siguiendo con el autor, menciona que la depresión por su calidad puede ser retardada (cuando las funciones son disminuidas) y agitada (cuando la persona tiene excitación nerviosa).

La depresión por su origen puede ser endógena y reactiva o exógena. La endógena es cuando las depresiones se generan internamente, tiene que ver con la desorganización del sistema cerebral y nervioso y no funcionan ya normalmente, puede ser algo orgánico de la función nerviosa. La reactiva o también llamada exógena, es la sensación de pérdida, en la persona llega una abatimiento y se siente derrumbada e insegura, la mayor parte del tiempo la persona está lamentándose y sienten un vacío en su interior. Esto le ocasiona algunas situaciones como la pérdida de un familiar, cambios en la vida o incluso pérdidas materiales.

En relación a Calderón (1985) (citado por Manzo, 1995) hace tres orientaciones diferentes por las controversias que surgieron respecto a la clasificación de la depresión infantil, las cuales se presentan a continuación:

1. La depresión en niños debería tener su entidad clínica separada o independiente, requiriendo de criterios diagnósticos diferentes a la de los adultos.
2. Si bien, el cuadro depresivo debería considerarse similar al del adulto, haciendo diferencia en los niveles de desarrollo
3. Debería reconocerse que no existían elementos que determinaran la depresión infantil, como una entidad clínica reconocida.

5.5. Causas de la Depresión Infantil

Manzo (1995) refiere que las causas de depresión infantil son:

1. Desencadenantes psicosociales

- a) **Pérdida de personas importantes.** Refieren que tiene que ver con la separación del objeto amado. En relación a esto, anteriormente cuando se investigaba respecto a los estados depresivos, se mencionaba que la depresión era causada por el impacto de la separación con su figura materna, que provocan interrupción en el menor, así como desorganización del desarrollo evolutivo del niño. Las separaciones que tiene el niño con la madre pueden ser la muerte o no necesariamente la madre sino cualquier otro cuidador

que también intervenga en el cuidado del menor y que tenga que haber una separación.

b) Desprecio y rechazo. Los padres en ocasiones llegan a tener emociones incontrolables de ira, críticas, berrinches donde muchas de las veces expresan esas emociones a los hijos y esto les afecta. Aquí nos refiere Kolb (1977) (citado en Manzo, 1995) que es muy frecuente que en las familias donde suceden estas situaciones, los niños se ven susceptibles a los cambios malhumorales de los padres, esto les llega a afectar a ellos, sintiéndose inferiores y hace que no tenga valía personal, por el contrario producirían hostilidad hacia los demás

c) Trastornos afectivos de los padres. Los padres llegan a tener este tipo de trastorno y pueden llegar a transmitirlo a los hijos sin querer inducirlo.

Calderón (1985) nos menciona que las enfermedades incapacitantes severas de los padres también suelen determinar cuadros depresivos en los hijos. Existen muchas enfermedades que ameritan hospitalizaciones y que llegan a causar problemas en la familia donde pueden llegar a una depresión cuando existe alguna como alergias severas, parálisis, enfermedades como tumores cerebrales, etc.

2. Causas genéticas.

Calderón (1985) menciona que hay pocos estudios en relación a lo genético sin embargo un mayor apoyo a la heredabilidad de los trastornos afectivos proviene de un reciente informe según el cual sea localizado uno o más genes asociados a la depresión en un punto específico del cromosoma 6. La depresión puede estar relacionada con el sistema inmunológico

3. Causas fisiológicas.

Papalia y Wendkos (1997) en psicología afirman:

La bioquímica es otra explicación fisiológica de la depresión y atribuye la enfermedad a un mal funcionamiento de los neurotransmisores, sustancias químicas del cerebro que tanto estimulan como inhiben a otras células. Un grupo de neurotransmisores en particular, serotonina,

dopamina y norepinefrina, conocidas como “aminas biógenas” se consideran implicadas tanto en la depresión como en la manía. (p. 561)

5.6. Psicodinamia de la Depresión Infantil

Jacobson (1943) refiere que en la infancia, la desvalorización de los otros causada por una frustración trae aparejada también una desvalorización del sí mismo, puesto que se encuentra aún fusionando con la representación de los otros. Aquí la depresión se produce por una catectización agresiva del sí mismo con escasa diferenciación superyóica y el ideal parental de la infancia.

Sandler y Joffe (1965) refieren que la depresión es un afecto básico donde la persona a raíz de haber sentido que perdió algo o a alguien, se siente incapaz de poder anular esa pérdida. Dicen que la depresión como respuesta psicobiológica surge como respuesta automática ante las situaciones descritas y la depresión clínica que es una elaboración ulterior o una persistencia anormal de la reacción básica displacentera.

Por su parte Malmquist (1983) por su lado dice que la depresión infantil surge en relación por empatía con los padres en donde el niño continuamente tiene que adaptarse a lo que él cree que sus padres esperan y quieren de él, ignorando sus verdaderas necesidades emocionales. Así, el niño tiene que esforzarse por mantener un falso self a través de conductas omnipotentes (demandas perfeccionistas por el éxito y el logro), o mediante conductas masoquistas (autodesprecio) que finalmente lo dejan vacío y con la sensación de ser un fraude.

Con lo anterior, la psicología del yo modificó los criterios psicoanalíticos tradicionales, al subrayar la importancia del yo y de la autoestima en la depresión; sin embargo, la caída de la autoestima es un factor que se manifiesta en la depresión y ésta puede provocar un desequilibrio emocional. De la fuente (1993) (citado por Manzo, 1995) afirma:

Es normal cuando la relación ocurre claramente en relación con circunstancias Es la respuesta a la pérdida de un objeto o relación valiosa para el individuo externas y solo persiste hasta que el sujeto logra un nuevo ajuste o

transacción. Su psicodinamia no difiere básicamente de la del luto o duelo. En la depresión neurótica, la pérdida de confianza, el desaliento, el desinterés, la perturbación del apetito, del sueño, la disminución de energía aparecen como desproporcionalmente intensos en relación con una frustración que no es tan obvia o que ni siquiera es discernible. (p.216).

5.7. Tratamiento de la Depresión Infantil

Ortega (2007) (citado en García, 2008) refiere que dentro de la depresión infantil es importante tomar en cuenta el tratamiento que se dará a los menores, por lo que es importante llevar a cabo un tratamiento farmacológico, la terapia de juego y sobre todo la participación de la familia. Además refiere que es importante observar en qué fase de desarrollo se encuentra el infante para posteriormente saber de qué manera trabajar con éste, observando cómo se encuentra su funcionamiento cognitivo, maduración social y su atención.

Siguiendo al autor, refiere que las terapias más utilizadas en el tratamiento de los menores son las siguientes:

- a) Cognitivo conductual.
- b) Conductual.
- c) Psicodinámica.
- d) Interpersonal.
- e) Familiar.
- f) Grupal y de apoyo.

Respecto al tratamiento farmacológico, Ortega (2007) (citado en García, 2008) refiere que los antidepresivos tricíclicos son funcionales así como también los inhibidores selectivos de los cuales son más recomendados por su eficacia ya que presentan baja letalidad por sobredosis y fácil administración, sin embargo es importante mencionar que cuando se lleva a cabo un tratamiento combinado en fármacos y terapias psicológicas, tiende a ser lo mejor en la actualidad debido a que es más funcional para el progreso del paciente.

Continuando con el autor, menciona la importancia de la terapia de juego, ya que es la mejor manera para comunicarse con el niño, pero para ello hay que entender y aprender el significado del juego y así mismo dejarlo que éste sea libre en la elección de los juegos, sino estaríamos modificando la técnica y esto no ayudaría al paciente.

García (2008) menciona que la psicoterapia infantil fue intentada por primera vez en 1909 por Freud, intentado aliviar la fobia del niño Hans. Sin embargo la terapia de juego se usó directamente hasta el año 1919 por el autor Hug Hellmuth. Así mismo Klein (1932) utilizaba el juego como una manera de sustituir la verbalización del paciente, ya que para ella era la mejor manera de poderse comunicar con el niño.

Solomón (1938) (citado en García, 2008) habla sobre una técnica que formuló llamada terapia de juego activa, refiriendo que es una terapia focalizada principalmente en niños con problemas impulsivos, de ésta manera, el autor observaba que los infantes podían expresar su ira y temor en el mismo juego sin tener que llevarlo a cabo al exterior, siendo así una manera más aceptada socialmente.

Siguiendo con García (2008) menciona la importancia que debe tener el terapeuta para reconocer los sentimientos del niño, de tal manera que pueda regresárselos y el niño obtenga insight dentro de su conducta. Es importante mencionar que durante el tratamiento del menor, los padres deben comprometerse a llevarlo a su terapia, de manera que sean sesiones constantes y que el terapeuta logre tener paciencia, respeto, disposición, estableciendo límites que le permitan al niño aprender respeto y contención.

Bixler (1949) describe en su libro *Limits are Therapy*, describe los límites que debe establecer el terapeuta para sentirse cómodo en el tratamiento:

- a) No debe el niño destruir propiedades dentro de la habitación, al menos que se trate de los juguetes.
- b) No debe el menor atacar al terapeuta.
- c) No excederse del tiempo programado para la entrevista.
- d) No permitir que los menores se lleven juguetes fuera del contexto terapéutico.

- e) Los menores deben respetar los juguetes que se encuentran dentro del consultorio, sin arrojarlos por la ventana.

Es importante mencionar que en las sesiones el terapeuta no debe indicar que juego jugará el menor, debe dejarlo libre en la selección de éste mismo donde simplemente el analista observará, analizará, aclarará, comprenderá y ayudará al niño a sentirse seguro.

Anna Freud (1965) habló acerca de por qué los niños no pueden llevar a cabo la asociación libre y por qué se resisten a la interpretación verbal, primeramente expuso por la etapa edípica y por la edad de latencia. Las razones por las que el niño edípico no puede utilizar la asociación libre son las siguientes:

- a) El niño edípico prefiere actuar sus pensamientos, fantasías y conflictos en vez de hablarlos, por lo que expresa más la acción.
- b) Si se expresan los impulsos de ellos podrían ser amenazadores para el menor, el análisis del material del proceso primario depende de los procesos del pensamiento secundario fuertemente desarrollados.
- c) Como los niños no hacen asociación libre, es más difícil que ellos establezcan un contrato para obedecer reglas como lo hace un adulto.
- d) El niño prefiere evitar actividades que le causan ansiedad e incomodidad inmediata.

CAPÍTULO 2. MÉTODO

1. PRONUNCIAMIENTO METODOLÓGICO

Es una investigación de enfoque cualitativo mediante el método clínico psicoanalítico y la técnica de estudio de caso, que a continuación se describe:

1.1. Enfoque Cualitativo

Martínez (2006) El enfoque cualitativo se refiere a un todo integrado que forma o constituye una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es como una persona, una entidad étnica, social, empresarial, etc. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón de su comportamiento y manifestaciones. Lo cualitativo es todo lo integrado, no se opone a lo cuantitativo que es sólo un aspecto, más bien lo integra y lo implica especialmente donde sea importante.

1.2. Método Clínico Psicoanalítico

Santamaría (2002) identifica los cinco elementos del método psicoanalítico que constituyen el procedimiento que el investigador psicoanalítico tiene para aproximarse a su objeto de estudio, los cuales son la situación analítica estandarizada en la que tiene lugar la observación de la información y no verbal, el análisis, la interpretación y la verificación de esta interpretación.

1.3. Estudio de Caso

El estudio de caso es una herramienta de investigación fundamental en el área de las ciencias sociales como la administración. Analiza temas actuales, fenómenos que representan algún tipo de la problemática de la vida real en la que el investigador no tiene el control. Cuando se utiliza este método, el

investigador intenta responder el cómo y el por qué, utilizando múltiples fuentes y datos.

Stake (1999) Del estudio de caso se espera que abarque la complejidad de un caso particular. El estudio de casos es el estudio de particularidad y de la complejidad de un caso en singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo General

Analizar el vínculo afectivo diádico madre e hijo en un caso con depresión infantil.

2.2. Objetivos Particulares

- Investigar los factores intrapsíquicos, emocionales y conductuales que intervienen en la madre para que el vínculo afectivo de ella influya en la depresión del niño.
- Analizar el tipo de vínculo afectivo materno que influye en la depresión del niño.
- Determinar las conductas que se presentan en el niño con depresión a partir del vínculo afectivo con la madre.
- Comprender la problemática que se presenta en el niño con depresión a partir del vínculo afectivo de la madre.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día existe un incremento de niños que van creciendo solos por la ausencia de la figura materna debido a distintos factores que influyen en el vínculo entre el infante y la madre. Las causas son diversas pero sobre todo existen cada vez más familias con problemas sociales, familiares y económicos, donde las madres han tenido que trabajar y esto ha ocasionado descuido en los menores. En los infantes existen complicaciones en relación a lo afectivo con la madre debido a la falta de tiempo en convivencia y de comunicación, sintiéndose desesperanzados. Debido a esta ausencia materna, hay un incremento de diversos casos relacionados con trastornos afectivos, como es la depresión; es por eso que es de importancia investigar la problemática que se presentan en los menores para identificar a tiempo el conflicto y así crear medidas de prevención, orientando a las madres a un vínculo seguro en el desarrollo de sus hijos.

En la mayoría de las veces, existen madres que tuvieron una infancia infeliz, con experiencias negativas de su vida y esto como consecuencia lleva a que ellas sean incapaz de poder llevar a cabo una relación estable con su hijo (a) por lo que es importante llevar a cabo la investigación para conocer a fondo la problemática que presenta el infante con su madre y si es que esa relación viene de generaciones atrás donde la madre aprendió a ser mamá como se le trató a ella en su vida infantil.

Las familias disfuncionales pueden llegar a generar situaciones de estrés, ansiedad, depresión, etc. Por lo que muchas de las veces el ambiente que se puede generar en casa del infante, puede llegar a ser negativo, ocasionándole problemas al menor y a su vez creando síntomas de depresión en el niño a consecuencia de la relación entre sus padres. Por lo tanto la pregunta de investigación es:

¿Cuál es el impacto del vínculo afectivo diádico madre e hijo en un caso con depresión infantil?

3.1. Preguntas Secundarias

- ¿Qué factores intrapsíquicos, emocionales y conductuales intervienen en la madre para que el vínculo afectivo de ella influya en la depresión del niño?
- ¿Cuál es el vínculo afectivo materno que influye en la depresión del niño?
- ¿Cuáles son las conductas que se presentan en el niño con depresión a partir del vínculo afectivo que se estableció con la madre?
- ¿Qué problemática presenta el niño con depresión a partir del vínculo afectivo de la madre?

3.2. Supuestos Teóricos

- Existen causas internas y externas que influyen en el vínculo afectivo de la madre con el niño en depresión.
- Los vínculos afectivos tempranos que establece la madre, son de importancia en la vida posterior del niño para la regulación emocional y las interacciones futuras.
- La tristeza, el enojo y el aislamiento pueden ser conductas que manifiestan los niños con depresión infantil a causa del vínculo afectivo que se estableció con la madre.
- Los problemas familiares, económicos, sociales y culturales influyen en las relaciones de la madre con el niño y por lo tanto su vínculo afectivo se ve afectado.

3.3 Ejes Temáticos y Categorías

Los ejes temáticos y las categorías que servirán de base para organizar y analizar los datos obtenidos son:

Eje 1. Vínculo en la Maternidad

Categorías:

1. Preocupación materna.
2. Experiencia de la maternidad.

Eje 2. Apego

Categorías:

1. Antecedentes de la conducta de apego.

Subcategorías:

- a) Fantasías preconceptivas.
 - b) Deseos de ser madre.
 - c) Vivencia del embarazo.
 - d) Vivencia del parto.
2. Tipos de apego.
 3. Relación madre e hijo.
 4. Separación madre e hijo.

Eje 3. Vínculo

Categorías:

1. Vínculo madre e hijo.
2. Vínculo familiar.

Subcategorías:

- a) Vínculo fraternal.
 - b) Vínculo padre e hijo.
3. Vínculo patológico.

Subcategoría:

- a) Vínculo depresivo.

Eje 4. Depresión

Categorías:

1. Depresión.
Subcategoría:
 - a) Diagnóstico.

3.4. Técnicas de recolección de datos

En esta investigación se aplicaron las siguientes técnicas de recolección de datos las cuales se presentan a continuación:

1. Test de la familia.
2. Inventario de depresión infantil (CDI).
3. Test de la pata negra.
4. Entrevista de historia de vida.
5. Entrevista de fantasías preconceptivas (Manzo).
6. Test de Roth (Test de la relación madre-hijo).

A continuación se describen para tener el conocimiento de dichos instrumentos.

1. Test de la Familia

El Test de la familia es una prueba de personalidad proyectiva, que se administra a niños de seis años hasta los dieciséis. En ella se analiza la percepción que tiene el niño de su familia y del lugar que ocupa en ella. El test de la familia fue creado por Porot en 1952 y Corman en el año 1961 introdujo modificaciones importantes a las instrucciones impartidas por Porot, quien le pedía al niño “dibuja tu familia”. Corman indica “dibuja una familia, una familia que tu imagines” donde no hay un límite del tiempo.

Con ella se puede analizar las dificultades de adaptación del medio familiar, los conflictos Edípicos y de rivalidad paterna. Además, refleja el desarrollo intelectual del niño y su maduración.

Esta prueba evalúa clínicamente como el niño desde la subjetividad percibe las relaciones entre los miembros de su familia, su inclusión dentro de ella, el lugar que ocupa. Además de la comunicación entre los distintos miembros de la familia y la suya propia.

La ejecución del dibujo debe ser seguida por la realización de una breve entrevista, la cual refuerza notablemente la interpretación que efectuará el psicólogo. En efecto, después de elogiar al niño por lo que ha hecho, se le formulará una serie de preguntas sobre la familia imaginada y sus integrantes. Para ello se incluirán todas las preguntas que sean necesarias, considerando las circunstancias y estimulando siempre la libre expresión del niño.

2. Inventario de Depresión Infantil (CDI)

Creado por Kovacs en 1978, mide la severidad de la depresión en niños y adolescentes. También es usada para medir el progreso del paciente durante el tratamiento, y para fines de clasificación en procesos de investigación. Se aplica a personas entre los 8 y 17 años y se administra de manera individual. Es uno de los instrumentos más utilizados y mejor utilizados por todos los expertos en depresión infantil, ya que ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos.

Costa de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, por lo que a afectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil.

El CDI evalúa dos escalas: disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de depresión. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre,

profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando se aplica por este último procedimiento los ítems deben leerse en tercera persona.

Respecto a la confiabilidad de la prueba esta ha sido determinada por medio del método de las dos mitades correlacionando según la fórmula de Pearson. En cuanto a la validez, se esperaría una correlación negativa alta entre la escala de aceptación y de no aceptación. El coeficiente medio de correlación logrado fue de -5.5.

3. Test de la Pata Negra

El test de la pata negra fue diseñado por Corman y Dauce (creador de las láminas) en el año 1961. Es un test proyectivo que puede abarcar 60 u 80 minutos, dependiendo de la rapidez que la persona tenga en ello. La edad en aplicación es a niños desde los 4 años pero para que tenga mayor confiabilidad es mejor aplicarlo a partir de los 7 a 19 años. Este instrumento tiene como objetivo la exploración de la personalidad infantil y su conflictiva dominante en relación a las tendencias y defensas del psiquismo. La pata negra es un test proyectivo, que se presenta con 16 láminas, donde aparecen los dibujos de dos cerdos grandes y tres más pequeños en diferentes actitudes. Esto se debe a que cada lámina apunta a temas diferentes: oralidad, analidad, sexualidad, agresividad, dependencia-independencia, culpabilidad, sexos invertidos, padre nutricio, madre ideal. Para distinguir al héroe de sus dos compañeros, se lo presenta con una mancha en la pata izquierda, la cual da origen a su nombre. Con la misma finalidad se ha provisto a la madre cerdo de una mancha similar. Esta mancha al principio tuvo sólo un carácter distintivo, pero luego quedó de manifiesto la resonancia afectiva que tenía para muchos sujetos, tanto positiva: el héroe era más agraciado, distinguido; como negativa: el héroe estaba marcado con la desvalorización.

Los temas particulares son desdichas, felicidad, culpabilidad, castigo. Cada lámina de la pata negra presenta un tema, el sujeto reacciona según sus propias tendencias y construye un relato más o menos conforme con el

tema de la lámina. Una vez terminado el test es conveniente averiguar los sentimientos del niño respecto al test, a sus personajes.

Se verificó la validez de contenido clasificando las respuestas obtenidas en base a los ítems, agrupado en cuatro categorías de respuesta. Estas categorías fueron sometidas a un acuerdo interjueces formado por cinco expertos. Los porcentajes de acuerdo interjueces alcanzaron una validez tolerable de 60-80 para una de las categorías y una validez satisfactoria de 80-100 para el resto de las categorías aceptadas.

4. Entrevista de Historia del Desarrollo

Vidal (2015) refiere que es una historia o biografía de vida, siendo una técnica narrativa que consiste en la elaboración de un relato autobiográfico con finalidad terapéutica o de investigación. El procedimiento es evocar y estructurar los recuerdos de la vida de la persona, a través de su propia mirada, siendo subjetivamente. Se escribe todo lo relacionado de la vida del entrevistado, así como las fechas y lugares de los eventos relevantes de la persona.

5. Entrevista de Fantasías Preconceptivas de Manzo

Es una guía de entrevista que explora las fantasías preconceptivas de la madre que tuvo sobre el hijo, en los Estadios anobjetal y objetal basados en la teoría del Vínculo de Vives (1991). Primeramente consta de una ficha de identificación, posteriormente en la primera parte se encuentra el estadio anobjetal que es la primera fase del deseo, constando de 8 ítems; la segunda es la fantasía pura que consta de 10 ítems y por último se encuentra el estadio objetal que cuenta con 6 ítems. Fue elaborada en el 2010.

6. Test de Roth (Test de Relación Madre e Hijo de Roth).

Arévalo (2005) menciona que el test de Roth es una prueba que contiene cinco escalas de las cuales son: aceptación (A), sobreprotección (SP), sobre indulgencia (SI), rechazo (R) y confusión-dominancia (CD); éste último trata de señalar el predominio de una o más escalas, indicaría característica dominante de las actitudes maternas en relación a su hijo.

La prueba consta de 48 ítems, correspondiendo 12 ítems a cada una de las 4 escalas y la escala de confusión-dominancia se obtiene por el número de puntajes en el cuartil más alto, puede tener cuatro posibilidades:

D + (1) Dominancia neta de una actitud

D-(2) Dominancia de dos escalas o actitudes

D-(3) Confusión y dominancia de tres actitudes

D + (4) Acentuada confusión en la relación madre-hijo.

Respecto a la confiabilidad de la prueba esta ha sido determinada por medio del método de las dos mitades correlacionando según la fórmula de Pearson. En cuanto a la validez se esperaría una correlación negativa alta entre la escala de aceptación y de no aceptación. El coeficiente medio de correlación logrado fue de -5.5.

3.5. Participantes

Se trabajó con un niño de 9 años que fue diagnosticado previamente por el paidopsiquiatra con trastorno depresivo moderado y su madre, mujer de 38 años de edad. Ambos originarios de la ciudad de Morelia Michoacán. Los participantes fueron sujetos voluntarios y se contó con el consentimiento informado. Sus nombres fueron cambiados para guardar el anonimato y la confidencialidad.

3.6. Escenario

La investigación se llevó a cabo de manera separada con el menor y la madre. El lugar fue en un consultorio particular donde mide aproximadamente veinticuatro metros cuadrados donde cuenta con suficiente luz y ventilación. Este espacio tiene dos sillones, una silla y un escritorio, así como también es un espacio amplio en el que se puede trabajar sin limitaciones. Este se encuentra ubicado en la ciudad de Morelia, Michoacán.

3.7. Procedimiento

Para esta investigación se llevaron a cabo una serie de pasos que fueron las que permitieron concluir el trabajo, los cuales se presentan a continuación:

1. Elaboración del protocolo de investigación
2. Presentación del proyecto y consentimiento informado a ambos participantes
3. Búsqueda de la referencia
4. Redacción de antecedentes y marco teórico
5. Aplicación de instrumentos
6. Análisis de casos
7. Elaboración del reporte de investigación.

CAPITULO 3. RESULTADOS.

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos generales:

Nombre: Daniel¹.

Edad: 9 años y 4 meses.

Fecha de nacimiento: 14 de Septiembre del 2006.

Sexo: Masculino.

Lugar de nacimiento: Morelia Michoacán.

Daniel llegó a consulta cuando tenía 8 años debido a que presentaba problemas respecto a su estado de ánimo, sobre todo con ideas suicidas y fue el motivo por el cual llegó al CEMISAM (Centro Michoacano de Salud Mental), fue atendido por un paidopsiquiatra, siendo diagnosticado con depresión moderada donde comenzó a tomar la fluoxetina y posteriormente fue referido al departamento de psicología. Al inicio del tratamiento no respondía de manera favorable debido a que el niño se mostraba cerrado al tratamiento, no quería ir a terapia y tampoco quería tomar medicamento, sin embargo posteriormente comenzó a tener cambios positivos como querer ir a terapia y seguir las indicaciones de su médico tratante respecto al medicamento. Esto último ayudo a que también él tuviera apego en el tratamiento psicoterapéutico debido a que tenía mejor estado de ánimo.

Cuando llegó la madre con él al CEMISAM, comentó que le había alarmado la conducta del menor debido a que encontró una carta escondida donde decía que no merecía estar en este mundo y sentía que era una carga para ella por lo que la madre de emergencia acudió a dicho centro y se le comenzó a dar tratamiento inmediatamente.

¹ El nombre del participante fue cambiado para guardar el anonimato y la confidencialidad.

Los padres de Daniel se encuentran separados actualmente y cuando él redactó la carta, se encontraba viviendo Daniel con su mamá en la ciudad de Morelia, y su padre junto con su hermano vivían en otra casa. Al momento de la separación, a Daniel le tocó vivir con su mamá y comenta la señora que los cambios de ciudad, de escuela y ambiente familiar influyeron para que el menor presentara depresión.

Al inicio del tratamiento, el paciente ponía resistencias al venir y entraba resistente al consultorio, en ocasiones se le veía que se encontraba molesto. Una ocasión se molestó por no habersele pasado en el tiempo de su sesión. En las sesiones al inicio hablaba de sus sueños donde refería que siempre había violencia y muerte, mucha sangre por todos lados y continuamente tenía pesadillas.

Conforme fue pasando el tiempo, comenzó a tener mejorías pero en ocasiones tenía efectos positivos y otras veces negativos.

Cuando se comenzó a trabajar con él para el trabajo de la tesis, éste se encontraba fuera del tratamiento psicoterapéutico en el CEMISAM debido a que el médico psiquiatra anteriormente suspendió el tratamiento psicoterapéutico y solo se le atendía en psiquiatría. Se le llamó a la madre para ver si se podía llevar a cabo el trabajo de investigación y aceptó desde el inicio ya que refiere haber sentido que el menor tenía en ocasiones recaídas por lo que se comenzó a trabajar con él en Enero del 2016 y para ese entonces Daniel tenía la edad de 9 años y 4 meses. Se terminó el trabajo en Abril del mismo año. Como se mencionó anteriormente, el trabajo se realizó fuera del CEMISAM y tanto la madre como el menor siempre se vieron dispuestos a trabajar en lo que se les pedía.

2. EVALUACIÓN DEL CASO

Respecto a Daniel, se observa que en su familia no existen lazos afectivos de unión con los integrantes mismos, ya que debido a la rigidez materna, han hecho que él pierda la espontaneidad de su persona y no logre profundizar con todos los integrantes, se siente aislado de los demás miembros de la familia, quedando fuera él del contexto familiar. Sin embargo la posición en la que coloca a los padres es como si sintiera la necesidad de volverlos a tener juntos. La relación fraterna es buena y así mismo este hermano ha ayudado a la identificación misma del sexo masculino ya que aunque no hay actualmente una relación profunda por la distancia entre ambos, es con el que más convive y habla cuando se llegan a ver, sin embargo también coloca al hermano en la posición de ser el fuerte ante los conflictos parentales, ya que Daniel se siente incapaz de manejar dichos conflictos pero de cierta manera también existen rivalidades con éste porque aunque es el mayor, observa que no ayuda a resolver los problemas familiares, ya que el hermano no se engancha con los conflictos, quizás por la misma independencia que muestra a causa de la etapa de desarrollo que presenta como es la preadolescencia.

La relación con la figura paterna no ha sido estrecha debido a las ausencias paternas y a la poca convivencia, este distanciamiento ha aumentado por la separación de los padres y porque Daniel vive actualmente con la madre. Muestra enojo hacia esta figura y le expresa en ocasiones agresión inconscientemente, debido al enojo que siente por haberlos abandonado a la madre y a él mismo, sin embargo, se observa que existe la necesidad de convivir con esta figura, pareciera como si necesitara tener su contacto para así mismo lograr tener la identificación masculina y por el añoro hacia la figura paterna.

La relación con la figura materna no es gratificante, aunque viven juntos, no existe una relación afectiva ya que en ocasiones Daniel llega a sentirla repulsiva porque ésta actúa con sobreprotección en ocasiones, sobre todo por la crisis que presencié la madre cuando Daniel dejó la carta donde manifestaba sus deseos de morir, ahora que se encontraban viviendo solos, lo que la hizo ser más

sobreprotectora y es como si él comenzara a pelear su espacio sin que la madre tenga que estar siempre al pendiente de él. Ha iniciado a tener una indiferencia y hostilidad hacia ésta figura quizás por las frustraciones orales que presentó en la infancia, mismas que se han visto en su historia de desarrollo donde la madre al inicio inconscientemente no lo aceptaba amorosamente, lo que lo lleva a tener miedo a que ella lo abandone por no darle la protección, es por eso que incluso en el test de la pata negra, llega a colocarla con una mirada “siniestra” tal como él mismo lo expresó, llevándolo a tener una confusión en el rol materno.

Es claro que existe una frustración en la relación con la madre y así mismo una tendencia sumisa para tener la aceptación de ella pero a la vez se muestra confundido porque también ella le llega a mostrar preocupación materna, es como si fuera una actitud ambivalente ya que se observa que la sujeto es poco clara en cuanto a la aceptación de su hijo porque existen conflictos en su relación cuando éste demanda a la madre, lo que hace que ella se mantenga firme al no dejarse chantajear por el menor o no hacer caso a las llamadas de atención. La madre de Daniel lo confunde ante el cariño que le demuestra al menor, dando como respuesta una ambivalencia y es la manera en como Daniel ha comenzado a relacionarse con los demás, de aceptación y rechazo.

Se observa además que el menor no ha culminado el Edipo de manera exitosa ya que siguen existiendo conflictos en esta etapa de desarrollo, sobre todo porque actualmente vive con la madre, llevando una relación erótica inconscientemente con ésta por el hecho de la convivencia y de dormir juntos. Esto lo hace sentir poderoso ante la figura paterna, sobretodo porque es él quien está viviendo con la madre, sin embargo esto le llega a causar culpa por dicha situación y se muestra enojado con ambos padres porque observa que éstos no hacen nada ante la problemática como lo refiere en una de las pruebas.

Respecto al cuadro de depresión, se encontró que tiene síntomas depresivos mínimos y moderados tales como expresión de tristeza, soledad, desdicha y pesimismo, llevándolo a manifestar cambios en el estado de ánimo y es por eso que constantemente Daniel se enfada y llora con facilidad, esto ha

tenido consecuencia respecto con su autoestima ya que él se vive con incapacidad, fealdad y así mismo presenta una culpa por las situaciones que ha presenciado en la familia, su depresión la expresa de manera agresiva porque se muestra enojado y abandonado por los padres, esto lo ha llevado a tener de manera inconsciente cierto control hacia los demás, es como si a través de esto manifestara su enojo que siente y es como si de esta manera pudiera tener la atención de la familia, lo que lo hace ser independiente, como si pudiera salir adelante él mismo de sus problemas sin esperar a que los demás lo ayuden, evadiendo los conflictos y a la vez mostrando perseverancia ante la problemática. Así mismo espera tener mejor relación con el padre y tener convivencia con el hermano ya que los extraña a ambos y desearía poder tener de vuelta a su familia unida.

3. RESULTADOS POR EJES Y CATEGORIAS

A continuación se presentan los cuatro ejes temáticos con sus respectivas categorías donde se analizaron cada uno con base a las pruebas mencionadas:

3.1. Eje 1. Vínculo en la Maternidad

Robles (2012) refiere que la maternidad en el inconsciente femenino puede mantenerse en una delgada línea entre el deber y el deseo. El límite entre lo que es “el deber ser” y “el querer a”, así como el de la imagen y la palabra, es frágil como el espejo más débil. Lo difícil justamente es distinguir hacia donde se dirige el sujeto y cuál es este espejo que lo constituye.

Cuando la mujer no es madre o no lo desea, lo que no solo se refiere al acto de parir, sino también a las prácticas sociales asociadas como amamantar,

criar, educar, moralizar, proteger, etcétera. Por lo que parece que el arrebató social toma mayor fuerza.

Según Tubert (citado en Robles, 2012) en la mayoría de las culturas con orden patriarcal se identifica la feminidad con la maternidad, y a partir de una capacidad reproductora y biológica se localiza el “deber ser” en las mujeres desde normas que controlan tanto su sexualidad como su fecundidad.

La maternidad queda presa en lo natural, como algo inscrito en lo precultural y prediscursivo, y así como la reproducción como hecho biológico se localiza en el cuerpo de la mujer. Por lo tanto el instinto materno correspondería al resultado de un deseo culturalmente construido que se expresa desde un vocabulario naturalista.

Siguiendo a Tubert (citado en Robles, 2012) refiere que las condiciones biológicas de la reproducción sexuada, unidas a las condiciones sociales, económicas y políticas de la reproducción de la vida social, construyen la función materna. Por tanto se entiende que la maternidad es construida como una posición simbólica que la mujer debe alcanzar para vivir sin conflictos y resolver, solo en parte, su falta y además se entiende esta maternidad como algo que se va construyendo psíquicamente a muy temprana edad, a partir de los apuntalamientos sexuales otorgados por los imaginarios sociales.

Para esta investigación se plantearon las siguientes categorías y subcategorías y sus resultados se presentan a continuación.

Categoría 1. Preocupación materna

Fazio (s.f.) con el objeto de comprender qué papel juega la madre es necesario tener un concepto equivalente al ya conocido bajo el nombre de “preocupación maternal primaria”, es decir este que hacer materno lo bastante bueno, apoyado en la intuición de que algo les ocurre a las mujeres durante el embarazo y persiste durante unas semanas después del parto, siempre que un trastorno psíquico no

interfiera sobre todo en la madre. Por lo que la función de la madre suficientemente buena es:

- Sostén o holding: es decir que en su amplia acepción permite abarcar todo lo que una madre hace por el cuidado físico del bebé, incluyendo el apartarse momentáneamente cuando ha llegado el momento de que sea sostenido por materiales no humanos.
- Manipulación o handling.
- Provisión de los objetos transicionales que posibilitan el juego, la creatividad y el trabajo.

En la tabla 1 se presentan los resultados de esta categoría.

Es claro que la madre siempre ha mostrado preocupación por Daniel desde antes del nacimiento, quizás porque tuvo éste que pasar por situaciones difíciles y por las necesidades que demanda actualmente el paciente, esto como manera de que la madre ha ido transmitiéndole preocupaciones que pueden ser de manera consciente o inconsciente, es por eso que Daniel se da cuenta de las situaciones que suceden alrededor cuando la madre exagera esas preocupaciones y así mismo esto ha generado inseguridad en Daniel, sobre todo al relacionarse con los demás.

Tabla 1.		
Eje 1. Vinculación en la maternidad y categoría preocupación materna		
Eje	Categoría	Resultados
Vinculación en la maternidad	Preocupación materna	<p>La madre que fue permisiva con el menor, no tenía preocupación como con el primer hijo, solo cuando Daniel se enfermaba se preocupaba pero sin llegar al exceso, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Creo que si permití muchas cosas para con Daniel, mmm ya fui un poquito menos aprensiva con él, hasta que enfermó de los bronquios porque no lo podíamos descuidar; entonces lo dejé, este pues aparentemente creo que si fui más tranquila”.</i></p> <p>Hubo preocupación en el parto respecto a lo que pudiera pasarle a ella y a Daniel, refiere lo siguiente:</p> <p><i>“Era llorar y llorar y la verdad no quiero volver a pasar por eso pues todo fue preocupación, angustia, dolor, ansiedad, estaba nerviosa, preocupada por eso de que si no aguanta el corazoncito y si no esto, sino el otro”</i></p> <p>La sujeto madre sintió preocupación por Daniel debido a la depresión que presenta, menciona lo siguiente:</p> <p><i>“Preocupación, angustia porque a veces con todo lo que hago parece que nada funciona para que él se estabilice emocionalmente y por su salud.</i></p> <p>Respecto al test de pata negra, Daniel pone con menos felicidad a la madre debido a que el sujeto la percibe cuando dice:</p> <p><i>“La mamá es la menos feliz porque está muy preocupada por pata negra”</i> lo que da a entender que el mismo sujeto identifica que la madre está preocupada por él y así mismo él lo percibe.</p>

Categoría 2. Experiencia materna.

Klein (1937) refiere que desde edades tempranas la niña va internalizando el superyó femenino donde al inicio lo siente como un objeto perseguidor que pueden generarle temor y ansiedad, sin embargo logra internalizar a una madre buena para que finalmente pueda hacerse la identificación con ella y a la par formándose la dimensión materna.

Tabla 2.		
Eje 1. Vinculación en la maternidad y Categoría experiencia materna		
Eje	Categoría	Resultados
Vinculación en la maternidad	Experiencia materna	<p>La madre refiere que en ocasiones llegaba a sentir estrés debido a que tenía que estar al cuidado de los dos hijos, menciona lo siguiente:</p> <p><i>“Fue por los dos, o sea pero si estaba así como el que ya está pero no tiene la culpa y el que está tampoco, no puedo hacer nada más por uno, no soy mamá de uno nada más”</i></p> <p>La madre comenta que se sintió sola en relación a la maternidad, refiere lo siguiente:</p> <p><i>“O sea éramos yo y mi bebé, nunca estaba mi esposo”</i></p> <p>La madre refiere que tuvo mayor paciencia con Daniel que con su otro hijo, así mismo permitió más cosas, comenta lo siguiente:</p> <p><i>“Tuve más paciencia desde el principio a lo mejor por tan complicado que fue el embarazo, lo trataba con muchísimo amor, nada más quería abrazarlo”</i></p> <p>Continúa refiriendo la madre que fue menos aprehensiva con Daniel, comenta lo siguiente:</p> <p><i>“Creo que si permití muchas cosas, fui menos aprehensiva con Daniel, pues aparentemente creo que si fui más tranquila”</i></p> <p>Refiere la madre que a pesar de haber sufrido en el parto y posterior a este, se encontraba feliz de tenerlo y poder amamantarlo, refiere haber sido una experiencia agradable:</p> <p><i>“Cuando ya pude amamantarlo realmente, huy pues feliz también, era bien padre cuando lo sentía”</i></p> <p>La madre menciona que le llegan a dar crisis a Daniel donde intenta tener paciencia con él, menciona lo siguiente:</p> <p><i>“Se pone chillón, agresivo, grosero hasta contesta feo, grita, llora, patalea, no sé la verdad, se pone así como muy desesperado, muy irritable”</i></p> <p>La madre menciona que ha tenido mayor relación con su hijo Daniel que con el otro hijo mayor, así mismo hay un mayor apego, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Como que hay una relación más apegada con él y de él hacia mí también ha sido muy apegado, así no sé si sea la naturaleza de mi niño si tiene que ver, pero si lo siento con mucho apego hacia mí”.</i></p>

Por su parte Deutsch (1994) menciona que la maternidad se va dando respecto a sus vivencias pasadas por lo que hace una diferencia entre la maternidad y cuidado maternal. Respecto al cuidado maternal implica lo que es el carácter o la personalidad de la madre y a la vez la manera en que el bebé ira respondiendo de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades.

En la tabla 2 se presentan los resultados de esta categoría.

Respecto a la experiencia materna, se observa que la madre pasó situaciones de soledad sin el apoyo del padre de Daniel ya que los padres del paciente venían presentando conflictos desde antes del embarazo, por lo que se observa que la llegada de este hijo de cierta manera la hizo sentir feliz pero por otro lado pareciera como si hubiera aparecido culpa en ella por tener que descuidar a su otro hijo. Por otro lado se observa que este hijo vino a suplir la ausencia del padre, ya que la madre se refugió en él, olvidándose del otro hijo por lo que parte de su experiencia materna fue refugiarse en el menor porque la madre temía estar sola, siendo el sostén de ella su hijo Daniel.

3.2. Eje 2. Apego

Bowlby (2006) menciona que la teoría del apego es la manera de concebir el interés que muestran los seres humanos a establecer vínculos afectivos con otras determinadas y así mismo, explica las múltiples formas de trastorno emocional y de alteraciones de la personalidad, incluyendo la ansiedad, ira, depresión y el apartamiento emocional, que ocasiona la separación involuntaria y la pérdida de los seres queridos.

Bowlby (1989) La conducta de apego es iniciada en la primera infancia y ahí va desarrollándose durante la vida de la persona por lo que se sabe que la principal función que ejerce esa conducta de apego es la de protección, por lo tanto la conducta de apego serán las conductas que una persona adoptará de vez en cuando para obtener la proximidad deseada.

Para esta investigación se plantearon las siguientes categorías y subcategorías:

Categorías:

1. Antecedentes de la conducta de Apego.

Subcategorías:

- a) Fantasías preconceptivas.
 - b) Deseos de ser madre.
 - c) Vivencia del embarazo.
 - d) Vivencia del parto.
2. Tipo de apego.
 3. Relación madre-hijo.
 4. Separación madre-hijo.

1. Antecedentes de la conducta de apego

a) Fantasías preconceptivas

Respecto a las fantasías, Freud (1901-1905) hace una descripción de las fantasías mencionando que son aquellos sueños diurnos que van a encubrir deseos inconscientes y conflictos en la niñez cuyos productos cambian y reciben el sello del momento, es decir que son representaciones de objetos imaginarios que van a ir cargados de deseos inconscientes y así mismo cuando se someten al inconsciente forman una vía por la cual se organiza la personalidad.

Vives (1994) menciona que las fantasías preconceptivas son representaciones que la madre va creando durante el embarazo pero en ocasiones también se llegan a presentar éstas en la infancia y adolescencia donde estas representaciones son un cúmulo de actividades mentales que incluyen ideas, creencias, imágenes o mismos recuerdos que van involucrando al feto en el desarrollo.

En la tabla 3 se presentan los resultados de esta categoría.

Tabla 3.		
Eje 2. Apego. Categoría antecedentes de la conducta de apego y subcategoría fantasías preconceptivas		
Categoría	Subcategoría	Resultados
Antecedentes de la conducta de apego	Fantasías preconceptivas	<p>La madre comenta que no había al inicio ilusión del embarazo:</p> <p><i>“Incluso yo no me quería hacer a la idea de que mi niño estaba ahí, ni compré ropa, ni compré nada hasta que mi niño tenía como 7 meses, no me quería hacer ilusiones por la angustia de perderlo”.</i></p> <p>La madre comenta que no existía como tal una imagen de saber cómo iba a ser Daniel, nunca se lo imaginó, dice lo siguiente:</p> <p><i>“La verdad nunca me hice un prospecto de cómo sería, ni del otro bueno del otro si dije ¿a quién se parecerá? Pero como al otro vi cómo iba creciendo y demás, para mí era un buen niño, entonces como que este nunca me preocupe de Daniel en cómo será o a quien se parecerá, la verdad nunca”.</i></p> <p>La madre pensó que algo malo pudiera pasarle a su hijo debido a los problemas que se fueron presentando en el embarazo, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Cuando empezaron a decir que tenía problemas de, de crecimiento pues me llegue a imaginar que a lo mejor estaba malo, que iba a tener alguna discapacidad, me preocupé”.</i></p> <p>La sujeto madre refiere que aunque sabía en el interior que había deseado a ese bebé, sentía miedo si se ilusionaba, prefería evitarlo, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Hubo un momento en el que yo hice click y dije yo no me voy a ilusionar con este bebé porque pues así como yo veo no creo que llegue a término, hice todo por no ilusionarme, si decía no, es que no, no me voy a ilusionar, si no es para mí, no se va a quedar y yo no quiero estar este, no me quería enfrentar a sí llegaba esa pérdida”</i></p> <p>La sujeto deseaba una niña, sin embargo aceptó bien la llegada de Daniel, refiere lo siguiente:</p> <p><i>“Yo decía que lo que fuera (risas) este sí, la verdad me daba igual pero si decía si me gustaría que fuera niña pero si no es niña, yo también feliz de que fuera un varoncito”.</i></p>

Se observa cómo la madre no se hizo a la idea de la llegada de Daniel debido a los conflictos que pasó durante todo el embarazo, en su fantasía se creó falsas esperanzas y por lo mismo fue como si no estuviera esperando a Daniel, fue hasta los últimos meses que la ilusión llegó a ella y comenzó a sentir y a percibir más su hijo, sin embargo esto se traduce a que desde el inicio no había ilusiones positivas en relación al embarazo y esto probablemente impactó en el estado de ánimo de Daniel, en la madre no se mostraba una felicidad completa, sino por el contrario aparecieron preocupaciones y angustias que se reflejan actualmente en las actitudes del sujeto y de la madre.

b) Deseos de ser madre

Robles (2012) menciona que se ha encontrado con mujeres cuyo deseo de ser madre se ha significado desde su historia y en ello encuentran su meta y su sentido de vida: la abnegación por otro parece ser lo medular, entrega y desplazamiento en ese hijo que satisface sus deseos más íntimos. El deseo por la maternidad en la niña emerge en edades muy tempranas, situando la envidia del pene, como el lugar central de la psiquis femenina y al realizar la interpretación sobre un deseo metonímico entre pene e hijo.

Cierta línea psicoanalítica además de la teoría clásica inicial que da cuenta de la construcción del deseo de hijo por parte de la mujer como obturación de la falta, se ha encargado de poner en relieve, también la importancia de la relación del niño/a con su madre, o específicamente de los “cuidados maternos” tal es la preocupación de los orígenes de la teoría del Apego de Bowlby, la madre suficientemente buena de Winnicott y la teoría de la relación objetales de Klein.

Siguiendo a Robles (2012) la maternidad no solo se basaría en tener a un hijo realmente, sino en el deseo de hijo así como desea un pene donde el resultado de esto es no solo ser la madre de su hijo real sino

también ser la madre de su pareja heterosexual, ya que ocupando esta posición podría conquistar al varón.

En la tabla 4 se presentan los resultados de esta categoría.

<p align="center">Tabla 4. Eje 2. Apego. Categoría antecedentes de la conducta de apego y subcategoría deseo de ser madre.</p>		
Categoría	Subcategoría	Resultados
Antecedentes de la conducta de apego	Deseo de ser madre	<p>La mamá de Daniel deseaba ser madre desde que era adolescente acrecentando este deseo desde los 20 años, ella dice:</p> <p align="center"><i>“Yo creo que deseaba ser madre pues desde que era adolescente, de repente jugueteaba con la idea de ser mamá Inicié con el deseo de la maternidad como a partir de los 20 años”.</i></p> <p>La sujeto madre planeó el embarazo en el momento adecuado sin embargo comenta no haberse querido hacer ilusiones por los riesgos que vivió durante éste comentando lo siguiente:</p> <p align="center"><i>“Fue un niño planeado, deseado, buscado, el embarazo se dio en el momento que decidimos con mi esposo”.</i></p> <p>Comenta que existían problemas en ese entonces con su exmarido pero afirma haber deseado tener otro hijo aún con las dificultades de pareja, refiere lo siguiente:</p> <p align="center"><i>“Yo deseaba tener otro hijo, entonces yo cuando decidí embarazarme de nuevo, que quería otro bebé, este lo decidí a pesar de las situaciones que había en pareja”.</i></p> <p>Existía en ella el deseo de darle pecho al bebé sin embargo no fue mucho el tiempo de alimentarlo, menciona lo siguiente:</p> <p align="center"><i>“Yo quería darle pecho, yo quería alimentarlo, era algo que yo si deseaba, pero era algo nuevo para mí porque no sabía, si me lo pegue pero pues no pude muy bien porque ya ve que los pezoncillos a veces no se forman muy bien y pues ellos no saben y me lo pegaba”.</i></p>

Tabla 4. (Continuación)		
Eje 2. Apego. Categoría antecedentes de la conducta de apego y subcategoría deseo de ser madre.		
Categoría	Subcategoría	Resultados
Antecedentes de la conducta de apego	Deseo de ser madre	<p>A partir del quinto mes fue que comenzó a hacerse ilusiones de su hijo porque inició a sentirlo más real, refiriendo lo siguiente:</p> <p><i>“A partir del quinto mes en adelante, ya fue que fue inevitable, de plano así ya me ilusioné porque pues si ya se movía el niño, ya le platicaba yo muchas cosas”.</i></p> <p>Como se mencionó, había un deseo de ella de ser madre pero también refiere que existía el deseo por parte de la figura paterna, menciona lo siguiente:</p> <p><i>“Había planeado tener ese niño, me regresé decidida a yo me embarazo, yo sé que también era deseado por el papá. Nunca se lo planteo de que si me embarazo pero si había disposición de él porque bueno, le puedo decir cuál fue su reacción cuando yo le dije que estaba embarazada, fue este de gusto, de alegría, de así, entonces yo creo que si había el deseo del otro lado”.</i></p> <p>Aún con las consecuencias que pasó en el parto, en la sujeto se observa el deseo que tenía por Daniel, expresa lo siguiente:</p> <p><i>“Yo estoy feliz de tener a mi niño y a lo mejor si tuviera que pasar por eso, lo volvería a pasar”.</i></p>

Se observa en relación a la subcategoría del deseo de ser madre que la sujeto si deseaba a Daniel aún con los problemas que presentaba con su ex esposo, la sujeto tenía deseos de que Daniel llegara en su vida aún con las consecuencias que se vieron venir durante todo el embarazo, sin embargo se percibe que era ella quien más deseaba al sujeto en relación con el padre de Daniel por lo que aún con las situaciones mencionadas, fue un niño deseado pero no planeado, pues se observa en el discurso de la madre que el padre se sorprendió al estar ella embarazada.

c) Vivencia del embarazo

López (2012) el embarazo es el mejor estado de la mujer, se espera que todo en ella sea paz, entusiasmo y felicidad, difícilmente se habla

acerca de los procesos psicológicos internos, de las ansiedad y temores que experimenta todo el tiempo la mujer embarazada, todo este desapego emocional cierra importantes salidas para la elaboración de las ansiedades internas y priva a muchas mujeres de una apropiada expresión y resolución de sus dificultades emocionales.

Sin embargo, retomando al mismo autor menciona que en las últimas décadas se han realizado estudios en donde se han encontrado que hay una relación importante entre la depresión materna y el desarrollo cognitivo, motor y emocional del niño. Las madres deprimidas tienden a interactuar menos con sus bebés, se les dificulta el maternaje y la crianza, siendo este solo un ejemplo de la influencia que tiene el estado emocional de la madre en el destino de esa criatura que está por nacer.

El embarazo es una etapa difícil, la mujer embarazada como se mencionó, se encuentra vulnerable no sólo físicamente sino en lo emocional debido a que se reactivan en ella conflictos inconscientes que tienen que ver con factores implicados en el embarazo y con la reorganización intrapsíquica que tiene que hacer para volverse madre.

En la tabla 5 se presentan los resultados de esta categoría:

En relación con esta tabla se observa que en la sujeto hubo sufrimiento por este embarazo, la mayor parte del tiempo tuvo que estar en reposo ya que presentó complicaciones, tenía el riesgo de perder al bebé y esto la llegó a desesperar, sintiéndose inútil como ella lo menciona y a la vez se alcanza a percibir que aunque había deseo de tener al bebé, también existían pensamientos negativos hacia éste. Durante el embarazo se observa que se generó en la sujeto angustias y miedos porque estaba su vida en riesgo y la del menor como también por el sufrimiento que le causó éste en el embarazo. Podría percibirse desde aquí sentimientos ambivalentes de la madre hacia el hijo.

Tabla 5.		
Eje 2. Apego. Categoría antecedentes de la conducta de apego y subcategoría vivencia del embarazo.		
Categoría	Subcategoría	Resultados
Antecedentes de la conducta de apego	Vivencia del embarazo	<p>La sujeto madre menciona haber tenido amenazas de aborto todo el embarazo y esto produjo en ella sentimientos de angustia, comenta lo siguiente:</p> <p><i>“Cuando me embaracé, tuve amenazas de aborto, amenazas de parto pretermino, todo el embarazo fue muy angustiante”.</i></p> <p>La madre comenta que lo que más predominaba en ella eran los sangrados, contracciones, comenta lo siguiente:</p> <p><i>“Hubo así como problemitas y sangrados así pues como de contracciones, estaba en reposo relativo y me aventé así todo el embarazo”.</i></p> <p>La madre comenta que cada movimiento que hacia el menor le provocaban dolores, comenta lo siguiente:</p> <p><i>“Me dolía mucho cuando el niño se movía, o sea no era una sensación agradable, este así fue siempre desde que estuvo adentro de mí hasta que nació de movimientos fuertes, dolor, me dolía mucho”.</i></p> <p>A consecuencia de estos dolores, la madre llegaba a decirle palabras ofensivas a Daniel por el mismo sufrimiento que sentía, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Siempre, siempre hubo dolor yo no entendía por qué, cada vez que se movía era de “ay pinche chiquillo ¿qué me haces? es que no sé qué me hace pero hace que me duela, era dolor”.</i></p> <p>Comenta la madre haberse sentido inútil en el embarazo por no poder hacer nada debido al reposo que tenía que hacer y porque lo vivió la mayor parte sola y con miedo de no saber que pudiera pasar, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Todo el embarazo fue delicado, me hacía sentir como jinútil! Me sentía desesperada y pues el resto del embarazo fue yo sola y como yo pueda. Me sentía preocupada, porque no sabía todavía que iba a pasar”.</i></p> <p>La sujeto madre refiere que debido a las complicaciones mencionadas, tuvieron que inyectarla constantemente para poder aguantar los dolores que sentía por los movimientos, menciona lo siguiente:</p> <p><i>“Me estuvieron inyectando porque pues sentía que no aguantaba al niño la verdad, el tiempo que tenía que estar”.</i></p>

d) Vivencia del parto

Da Rocha, Franco y Baldin (2011) refieren que el parto, a diferencia del embarazo, se caracteriza como siendo un evento que provoca cambios abruptos e intensos, marcando algunos niveles de simbolización, como la intensidad del dolor y la imprevisibilidad, causando el sufrimiento, la ansiedad y la inseguridad. La representación social sobre el parto se identifica como una etapa dolorosa del proceso fisiológico del embarazo, siendo que la respuesta comportamental sufre el influjo de la dimensión emocional y ambiental.

La relación intrínseca entre el dolor, el parto y el sufrimiento, el concepto puramente social, se origina a partir de los mitos, los prejuicios y la falta de información, y se aproxima de un discurso y de las prácticas primitivas e incluso hasta de las prácticas inhumanas. El miedo de no soportar el sufrimiento, de no poder estar a la altura del proceso y de perjudicar a su bebé, son los principales temores de las embarazadas, lo que contribuye para una conducta intervencionista del médico como medio de aliviar sus temores, principalmente cuando asume proporciones que involucran por entero la percepción de la mujer sobre el parto.

En la tabla 6 se presentan los resultados de esta categoría.

Categoría	Subcategoría	Resultados
Antecedentes de la conducta de apego	Vivencia del parto	La madre refiere haber tenido un parto desagradable en donde comenta haber tenido dolores, comenta lo siguiente: <i>“Fue un parto muy feo, horrible, me lastimaron mucho en el hospital, quedé muy lastimada”.</i>

Tabla 6. (Continuación)
Eje 2. Apego. Categoría antecedentes de la conducta de apego y subcategoría vivencia del parto.

Categoría	Subcategoría	Resultados
Antecedentes de la conducta de apego	Vivencia del parto	<p>La sujeto madre comenta que la vivencia de éste fue cansado, doloroso y molesto debido a las negligencias médicas por lo que la tuvieron por un periodo largo de tiempo sin darle la atención y cuidados necesarios, lo menciona en el siguiente párrafo:</p> <p align="center"><i>“Como 45 minutos antes de que naciera el niño me dijeron ya tiene enredado el cuello pero pues no baja, yo estaba cansadísima, adoloridísima y pues nunca bajó”</i></p> <p>Así mismo refiere la madre que incluso ya durante el parto siguió sintiendo sufrimiento y la volvieron a lastimar. Comenta lo siguiente:</p> <p align="center"><i>“Total ya estaba en la sala y le decía que ya pusiera el tijerazo de cuando el niño estaba pues ya afuera, le dije córtele, es que ya no podía más con el dolor, entonces pues como pudo, cortó mal, en eso llegó un ginecólogo y dijo hay que cortarla otra vez, volvió a cortar, ya estaba adoloridísima de todo”.</i></p> <p>La madre de Daniel hace una comparación respecto a cómo vivenció su otro parto con el hijo mayor, resaltando la agresión que sintió en el parto de Daniel , mencionando lo siguiente:</p> <p align="center"><i>“La diferencia que yo tuve con mi parto anterior pues fueron sumamente agresivos, fueron muy dolorosos, mucho, nada que ver con el primer parto, este o con lo que yo recordaba que había sentido con el primer niño”</i></p> <p>La sujeto madre comenta que pidió anestesia en el parto a consecuencia de los dolores comentando lo siguiente:</p> <p align="center"><i>“Háblenle al de anestesia, yo quiero anestesia porque ya no puedo”</i></p> <p>Finalmente la sujeto al hablar de cómo terminó su parto, menciona que al pasar Daniel por el canal fue una sensación traumática, dice lo siguiente:</p> <p align="center"><i>“Yo sentí mucha molestia, yo creo que estaba muy lastimada de todo, estaba muy dramatizada por tanto tacto, pero si fue algo muy traumático”</i></p>

La madre menciona que la experiencia del mismo parto fue traumático, refiere todas las consecuencias que surgieron por este embarazo, lo que la llevó a tener dolores insoportables durante el proceso del parto, sin duda para ella fue algo muy delicado que, no pensó que este embarazo sería así a comparación de su embarazo anterior. Se observa que hay una comparación de la tranquilidad que experimentó con su otro hijo y la experiencia que le tocó con el sujeto Daniel, refiriendo haber sido muy agresivo para ella. Hubo angustias por parte de la madre donde éstas han impactado en Daniel actualmente y es por eso que en algunas circunstancias la madre tiende a ser sobreprotectora con el sujeto Daniel.

2. Tipos de apego

En esta categoría se encuentran los siguientes tipos de apego:

- a) Apego seguro
- b) Apego evitativo-inseguro
- c) Apego ambivalente-resistente
- d) Apego desorganizado-desorientado

a) Apego seguro

Bowlby (s/f) (citado en Alvarado y Espinoza, 2010) donde clasificó los tipos de Apego, siendo el primero seguro. Este apego es donde los niños son activados por el juego, buscan el contacto incluso cuando se han angustiado después de una separación breve; enseguida quedan consolados y vuelven muy pronto a absorberse en el juego.

De esta manera y siguiendo al autor, son niños que exploran los lugares sin ningún conflicto, sin embargo siempre usan a la madre como base segura, no se angustian si está la presencia de un extraño, la madre puede alejarse y él bebe no tendrá conflicto en que esta se aleje porque tiene conciencia de su paradero. El niño seguro muestra

una organización de conductas con corrección de objetivos, lo que espera después de reencontrarla es que ésta lo coja de brazos y lo abrace cerca de ella.

b) Apego evitativo-inseguro

Ainsworth (1979) menciona que estos niños se les observa ansiosos pero en momentos también llegan a estar pasivos. Cuando llegan a sentir su ambiente estresante o amenazante, los infantes pierden el interés en el nuevo ambiente y aumenta la preocupación por la madre; la mayor parte del tiempo se muestran con rabia y llegan a presentárseles ansiedades, mostrando confusión ante situaciones extrañas. Cuando va haber separaciones o reuniones con la madre, estos infantes comienzan a mostrarse ansiosos.

c) Apego ambivalente-resistente

Bowlby (1998) es un apego ansioso y de rechazo hacia la madre, la respuesta ante la madre es ambivalente, quiere por un lado acercarse a ella y por el otro se resisten a ello. Estos niños están constantemente en contacto con la madre y luego se oponen al contacto y a la interacción con ella. Los niños de este grupo desean el contacto con ella pero suelen ponerse rechazantes y furiosos cuando la madre intenta que el bebé se interese por un juego lejos de ella. En ocasiones tienden a ser pasivos en situaciones en las que otros niños juegan de modo activo.

d) Apego desorganizado-desorientado

Main y Solomon (1990) propusieron añadir otro tipo de apego el cual llamaron apego desorganizado-desorientado. En este tipo de apego los niños presentan conductas desorganizadas y confusas ante la separación de la figura de apego, suelen sostener temor ante una figura parental aunque su apego sigue siendo ambivalente-evitativo.

Main y Solomon (1990) refieren que este tipo de apego se ubica entre los niños que muestran la mayor inseguridad, estos niños se muestran con conductas confusas cuando se encuentran con la madre, conductas que son contradictorias y que se aproximan a ella con una expresión triste y monótona.

A continuación se presentan los resultados del apego ambivalente-resistente, ya que se encontró mayor relevancia éste tipo de apego con el sujeto Daniel.

En la tabla 7 se presentan los resultados de esta categoría.

Tabla 7. Eje 2. Apego. Categoría tipo de apego y subcategoría apego ambivalente-resistente.		
Categoría	Subcategoría	Resultados
Tipo de apego	Apego ambivalente-resistente.	<p>La sujeto madre comenta que entre ella y su hijo, existe una cercanía muy fuerte, comenta lo siguiente:</p> <p><i>“En ocasiones me dice que me ama, que no sabría que hacer sin mí, que me agradece mucho porque él sabe todo lo que es y lo que tiene, bueno todo me lo debe a mí, que siempre estoy con él”.</i></p> <p>La sujeto comenta que hay aferramiento por parte del menor hacia con la madre, dejando a terceros para estar con ella, dice lo siguiente</p> <p><i>“Cuando me dijo que él se venía conmigo, me dijo que no quería dejar su escuela y a sus compañeros pero que prefería estar conmigo”</i></p> <p>La sujeto comenta que el menor no se separa de ella, llega al grado de querer hacer todo con la madre, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Cuando llegamos a vivir aquí a Morelia se apegó todavía más a mí porque todo fue nuevo y estaba y sigue estando muy solo, así que quiere hacer todo conmigo”</i></p> <p>La sujeto madre reconoce que cuando Daniel está en crisis, solo quiere estar con ella, expresa lo siguiente:</p> <p><i>“Emocionalmente es cariñoso, protector, se preocupa por los que están alrededor pero cuando está en crisis solo quiere estar conmigo. Creo que Daniel tiene la necesidad de sentirse protegido”.</i></p>

Tabla 7. (Continuación)		
Eje 2. Apego. Categoría tipo de apego y subcategoría apego ambivalente-resistente.		
Categoría	Subcategoría	Resultados
Tipo de apego	Apego ambivalente-resistente.	<p>Se observa en la madre que no existe paciencia con Daniel, mostrándose enojada, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Le hablo, le explico, a veces busco estrategias para distraerlo o motivarlo a que realice sus acciones sin el pleito, cuando él no se presta o no tengo la paciencia o no funcionó lo de hablar, le grito a veces, lo amenazo con que le voy a pegar”.</i></p> <p>La sujeto madre comenta que Daniel se angustió cuando lo separaron de su madre en la escuela, se observa inseguridad en él a partir del siguiente discurso:</p> <p><i>“Estaba angustiado, el si quería ir pero estaba como pero no te vas a ir, pero tú te vas a estar aquí conmigo, le dije yo voy a estar acá afuera y en esa piedra que está ahí voy estar sentadita y pues obviamente no estuve y ya cuando salía así de es que yo me salí y no te vi y se fue acostumbrando”.</i></p> <p>La madre comenta que al deprimirse Daniel, llegó en ocasiones a no querer salir de la casa, por miedo a lo que sucediera, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Después cuando se deprimió y que lo noté, me decía que tenía miedo de estar solo, de que saliéramos porque si me pasaba algo, él que iba a hacer, de que se metieran a robar a la casa y más se encerró, fue como si de pronto hubiera perdido el conocimiento o la capacidad de relacionarse con los demás.</i></p> <p>La madre percibe al menor con baja autoestima e inseguridad, así como miedo a cambiarse de escuela. Dice lo siguiente:</p> <p><i>“Creo que el niño perdió completamente la seguridad, tiene mucho miedo de volver a cambiar porque no se adapta y aunque en la escuela no le va muy bien, está renuente a cambiarse de escuela. Tiene altibajos en su estado de ánimo”</i></p> <p>La madre menciona que Daniel se pone constantemente irritable y en ocasiones llega a ser grosero con ella y los demás, teniendo cambios constantes de humor. Menciona lo siguiente:</p> <p><i>“Fuimos a almorzar y este se puso así como bien irritado y este estaba llorando se pone chillón, agresivo, grosero hasta contesta feo, grita llora, patalea, se pone así como muy desesperado, muy irritable”</i></p>

Tabla 7. (Continuación)		
Eje 2. Apego. Categoría tipo de apego y subcategoría apego ambivalente-resistente.		
Categoría	Subcategoría	Resultados
Tipo de apego	Apego ambivalente-resistente.	<p>La sujeto madre refiere que Daniel se pone en ocasiones impaciente y llegar a hacer berrinches, comenta lo siguiente:</p> <p><i>“Llora, patalea, etc. De la nada y después entro a donde esté, le hablo e intento calmarlo, normalmente un abrazo lo calma y después ya hablo con él. Si el berrinche sigue, lo abrazo nuevamente y lo tranquilizo un poco, después intento sacarlo de eso, a veces le digo que si caminamos o jugamos a algo o cualquier cosa”.</i></p> <p>La madre refiere que cuando Daniel se encontraba con otras personas, no mostraba interés en la madre, refiere lo siguiente:</p> <p><i>“Como a los siete meses, normalmente, no lloraba, ni lo regresaban porque llorara, más bien yo iba a verlo para verificar si el niño estaba bien y a veces ya ni quería irse conmigo”.</i></p> <p>La sujeto madre refiere que en ocasiones lloraba Daniel cuando se le negaba algo, haciendo berrinche, refiere lo siguiente:</p> <p><i>“Hace berrinche, llora y dice cosas como “es que nunca me escuchas, siempre es como tú quieres, ya que me muera”.</i></p> <p>La sujeto refiere que llegó Daniel a golpearse la cabeza contra la pared, refiere lo siguiente:</p> <p><i>“Si, la cabeza contra la pared pero ya no lo hace, no lo hacía cuando estaba enojado, más bien lo hacía como juego porque decía que no le dolía”.</i></p> <p>La madre expresa deseos ambivalentes hacia Daniel, se observa el aceptarlo como es y por otro lado quisiera cambiarlo</p> <p><i>“Le dije a él para mi eres perfecto como eres, hay cosas que pudieras modificar tú le digo pero así como eres me encantas y me encantan sus chinitos y ojos divinos (risas) me encanta tu sonrisa le digo ya nada más que se te corrijan tus dientitos pero te vas a ver bien guapo pero así como eres me gustas”.</i></p>

Tabla 7. (Continuación)		
Eje 2. Apego. Categoría tipo de apego y subcategoría apego ambivalente-resistente.		
Categoría	Subcategoría	Resultados
Tipo de apego	Apego ambivalente-resistente.	<p>La sujeto madre hizo un comentario desagradable hacia Daniel cuando éste nació, sin embargo aclara que era por lo chistoso que se veía, de igual manera con sentimientos ambivalentes hacia este dice lo siguiente:</p> <p><i>“Cuando lo vi dije ¡ay mi amor, tienes nariz de hongo, estás bien feito! Mi reacción o mi comentario no fue porque no lo quisiera, o porque ya le había batallado bastantito que sintiera algún rechazo o así pues no, este tenía la nariz muy chistosita muy chatita”. Le digo ay pues bien feito (risas) ay pero bien bonito es mi hijo.</i></p> <p>Se identifican algunas ambivalencias de la madre hacia Daniel, cuando dice lo siguiente:</p> <p><i>“Como que tiene una pinche tranquilidad para hacer todo, tiene mucha capacidad pero es huevón; Ay, yo siempre me he sentido muy orgullosa de mi niño, la verdad”</i></p> <p>Respecto a la familia se observa que no hay lazos de unión con los demás, sobre todo el sujeto se observa como perdido como si hubiera perdido la espontaneidad debido al sometimiento de las reglas rígidas que no permiten que se mueva y por lo tanto no hay contacto afectivo con ellos.</p> <p>Respecto al test realizado a la madre, se observa que la sujeto es poco clara en cuanto a la aceptación de su hijo, debido a que pueden existir conflictos relacionados con el menor cuando éste demanda a la madre y ella quiera alejarlo, sin embargo por quererlo tener lejos, no se ve la demanda y sobreprotección de ella hacia con su hijo, esto la lleva a ser neutra en no responder a los chantajes del menor o a las llamadas de atención que casi siempre realiza el paciente sin embargo existe muy poco rechazo en este ítem, lo que da a entender que es una madre que no lo acepta como es pero a la vez no lo rechaza, podría ser ambivalente con el menor sin embargo esto no la lleva a tener un dominio excesivo, es poco el dominio que ejerce en el menor pero a la vez es una madre que muestra confusión ante el cariño que le da al paciente, lo puede llegar a confundir respecto a que pudiera enfadarse en ocasiones ante los llamados del niño y por otro lado lo acepta con amor, generando en él sentimientos ambivalentes.</p>

Se observa que Daniel llega a tener conductas impulsivas donde se traducen en berrinches constantes y comienzan en ocasiones sin

ningún motivo por lo que la madre expresa que llega a pasarle y tiene que contenerlo y calmarlo para que éste pueda tranquilizarse, sin embargo se puede observar que es como si él quisiera la atención de la madre y es por eso que tiene que incurrir a estos actos para que ella pueda estar con él y así toda la atención esté depositada en él. Además de querer la atención de ella es como si Daniel a través de estas conductas necesitara de la madre porque él no logra tener una contención adecuada debido a que la madre no logra manejar sus crisis emocionales. Los cambios que llega a tener de su conducta son de querer estar con ella y otras veces quisiera alejarla, mostrando conductas ambivalentes hacia la figura materna por la confusión que hay en el sujeto debido a la relación misma que tiene la sujeto madre con él.

3. Relación madre e hijo.

Hernández (s/a) menciona que el apego se refiere a un vínculo específico y especial que se forma entre madre-infante o cuidador primario-infante. El vínculo de apego tiene varios elementos claves:

1. Es una relación emocional perdurable con una persona en específico.
2. Dicha relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer.
3. La pérdida o la amenaza de pérdida de la persona, evoca una intensa ansiedad. Los investigadores de la conducta infantil entienden como apego la relación madre-infante, describiendo que esta relación ofrece el andamiaje funcional para todas las relaciones subsecuentes que el niño desarrollará en su vida.

Respecto a la relación que hay existe entre las madres y sus hijos, Bowlby (1999) menciona que el vínculo que une al niño con su madre es producto de una serie de sistemas de conducta, cuya consecuencia es aproximarse a la madre. Sin embargo el mismo autor refiere más adelante que la conducta de apego es como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo

diferenciado y preferido. Con la madre se van creando determinados sistemas de conducta, que son activados en la conducta de apego por lo que el sistema de apego está compuesto de tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física de su madre o cuidadores.

En la tabla 8 se presentan los resultados de esta categoría:

Tabla 8.		
Eje 2. Apego y categoría relación madre-hijo.		
Eje	Categoría	Resultados
Apego	Relación madre-hijo	<p>La madre refiere que su hijo Daniel siempre le ha expresado amor a ella, siendo éste sumamente cariñoso y juguetón, enfadándola ocasionalmente, refiere lo siguiente:</p> <p><i>“El niño se agarraba de mí en una sesión de una hora de besos. Hasta a mí que soy su mamá en ratitos me enfada porque era mucho de decir y te quiero mucho, de repente jugamos por ejemplo a las cosquillas o así”</i></p> <p>Comenta la sujeto madre que también hubo un trato especial con Daniel debido al sufrimiento que había tenido con él durante embarazo y parto, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Este creo que con él tuve mucha paciencia desde el principio a lo mejor por tan complicado que fue el embarazo y lo trataba así como muchísimo amor, este lo dejaba llorar muy poco, nada más quería abrazarlo”</i></p> <p>La sujeto madre comenta que la relación entre Daniel y ella es afectiva y cercana, comenta lo siguiente:</p> <p><i>“La relación entre nosotros yo creo que muy buena, muy afectiva, este de mucha confianza, he ido aprendiendo a manejarlo pues de acuerdo a las situaciones que va presentando”</i></p> <p>La madre habla de la cercanía que hay y de protegerlo cuando éste se siente abrumado en situaciones, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Despertó una noche porque estaba ahí en mi cama llorando y le digo ¿qué tienes? “Es que soñé bien feo” ya me hice a un ladito y le dije vente, lo abracé y le dije ¿qué tienes, qué soñaste? Ya me empezó a decir”.</i></p>

Tabla 8. (Continuación)
Eje 2. Apego y categoría relación madre-hijo.

Eje	Categoría	Resultados
Apego	Relación madre-hijo	<p>La sujeto madre comenta que tras la separación y vivir solos ella y Daniel, compartieron cama por la economía, actualmente ya tiene él su cama y ocasionalmente se va con Daniel cuando lo pide, sin embargo reconoce que ella es la que no quiere dejarlo solo en su cama, dice lo siguiente:</p> <p align="center"><i>Cuando se empezó a quedar conmigo fue de que llegamos aquí a Morelia, fue hace año y medio, ya tiene él en su cama ahorita así a veces si me quedo con él a veces, a veces me dice vente conmigo, él refiere pues que ya es solito en su cama (silencio) el problema soy yo (risas).</i></p> <p>La mamá de Daniel comenta que hay cercanía y trata de dedicarle tiempo, comenta lo siguiente:</p> <p align="center"><i>“Ya trato de dedicar más tiempo y de repente así si le dedico una media hora o una hora que le digo sabes que vamos a salir a caminar, vamos a brincar en la cama, si requiere más de la atención me hago el espacio me aplasto con él y le digo vamos a platicar”.</i></p> <p>La madre comenta que en ocasiones hay dependencia entre ambos</p> <p align="center"><i>“Yo veo que él es muy dependiente de mí y yo soy muy dependiente de él (risas) si la verdad”.</i></p> <p>La madre se esfuerza en que exista un diálogo entre ambos y confianza, dice lo siguiente:</p> <p align="center"><i>“Creo que somos muy unidos porque soy a la única que tiene mucha confianza porque habla mucho, creo que ya soy la que le sé cómo buscarle para que me diga las cosas que yo quiero y que me interesan. Muchas veces lo veo irritable y le digo ¿qué tienes? Me dice nada y digo ok, ya entre platica después le busco y suelta, se desahoga conmigo.”</i></p> <p>La sujeto madre comenta que en ocasiones Daniel le decía que se iba a casar con ella y le expresaba que la amaba, sin embargo ella ponía límites, dice lo siguiente:</p> <p align="center"><i>“Él quería así un beso bien, me decía abre la boca y yo no sácate al cuerno, yo iba acomodándole salida porque pues yo sabía que se le iba a pasar, de repente había momentos que me decía mami cuando yo sea grande te vas a casar conmigo y yo ay dios me libre, ¡guacala! (risas) pero por qué mami si yo te amo, le decía yo también te amo pero yo soy tu mamá y tu mi hijo, tu naciste de mí, me gusta que me quieras mucho pero el cariño es diferente y ya así”.</i></p>

Tabla 8. (Continuación)		
Eje 2. Apego y categoría relación madre-hijo.		
Eje	Categoría	Resultados
Apego	Relación madre-hijo	<p>La madre comenta que constantemente está motivando a Daniel para que éste logre esforzarse en hacer las cosas, sin embargo piensa que en ocasiones es por flojera que no las hace. lo dice así:</p> <p><i>“Le digo no eres tonto, eres listo pero eres flojo, tú tienes esa capacidad, me dice es que tú quieres que sea perfecto y no, no quiero que seas perfecto, quiero que te des cuenta de la capacidad que tienes y la utilices para lo que es”.</i></p> <p>La madre comenta que llegaban a molestar a Daniel otros niños, sin embargo manifiesta que ella siempre le dio apoyo, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Lo llevaba a la natación y había chiquillos que lo molestaban porque le decían que pinto chiquito, le decía tú está bien, en realidad tu físico y tu pene están normal para la edad que tienes”.</i></p> <p>Se observa que hay contención por parte de Daniel hacia la madre más que la madre por él, menciona lo siguiente:</p> <p><i>“Es que yo siempre he sentido a ese niño como mi pequeño hombrecito, como que es muy protector, como si él fuera el adulto, algo así”.</i></p> <p>La sujeto madre refiere menciona que su hijo Daniel quiso irse con ella y dejar al padre por miedo a que se suicidara, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Su papá en una ocasión me dijo que Daniel le dijo que se vino conmigo porque me veía muy mal que tenía miedo que me suicidara”.</i></p> <p>Existe hostilidad principalmente hacia la figura materna cuando el sujeto rechaza la lámina diciendo:</p> <p><i>“No me gusta porque la mamá tiene la mirada siniestra”.</i></p> <p>Hay enojo con los padres ya que observa que no hacen nada respecto a la problemática presentada de la separación como es en la lámina sueño M donde menciona:</p> <p><i>“No me gusta ésta lámina por cómo está la mamá, feliz como si no hubiera pasado nada”.</i></p> <p>El sujeto probablemente esté buscando un personaje nodriza que la reemplace a la madre como de igual manera no siente la protección materna por el miedo al abandono o el sujeto no quiere una madre de sustitución al mencionar en una de las láminas que no le gusta la cabra <i>“porque tiene barba”</i>, lo cual indica que quiere a su madre, podría existir en él confusión del rol materno.</p>

Tabla 8. (Continuación)		
Eje 2. Apego y categoría relación madre-hijo.		
Eje	Categoría	Resultados
Apego	Relación madre-hijo	<p>Respecto al test de la familia, se observa que en el paciente ha perdido la espontaneidad debido a las reglas que le han marcado actualmente (madre) ya que ella es la que se encuentra viviendo con él y se hace cargo de las reglas en el menor por lo que muchas de las veces no lo deja ser.</p> <p>Respecto al test realizado a la madre, se observa que la sujeto es poco clara en cuanto a la aceptación de su hijo, debido a que pueden existir conflictos relacionados con el menor cuando éste demanda a la madre y ella quiera alejarlo, sin embargo por quererlo tener lejos, no se ve la demanda y sobreprotección de ella hacia con su hijo, esto la lleva a ser neutra en no responder a los chantajes del menor o a las llamadas de atención que casi siempre realiza el paciente sin embargo existe muy poco rechazo en este ítem, lo que da a entender que es una madre que no lo acepta como es pero a la vez no lo rechaza, podría ser ambivalente con el menor sin embargo esto no la lleva a tener un dominio excesivo, es poco el dominio que ejerce en el menor pero a la vez es una madre que muestra confusión ante el cariño que le da al paciente, lo puede llegar a confundir respecto a que pudiera enfadarse en ocasiones ante los llamados del niño y por otro lado lo acepta con amor, generando en él sentimientos ambivalentes.</p>

Respecto a los resultados, se observa que hay mayor relación del hijo con la madre más que con su otro objeto (padre) debido a la separación que se llegó a tener con el padre de Daniel, sin embargo en la dinámica entre ellos, se observa que la madre la mayor parte del tiempo da dobles mensajes, haciendo que en el paciente existan confusiones y esto genere ambivalencia en sus afectos, llegando actuar de manera tierna y otras veces no, observándose como una figura materna rígida y poco accesible. El Edipo aún no está resuelto por la ausencia del padre y por cómo está siendo la dinámica entre madre e hijo. Por otra parte se observa que Daniel ha tenido que sostener a la madre en algunas ocasiones, como ella lo menciona siendo él su hombrecito debido a que ella no ha podido sobrellevar el rol correspondido de madre y por la actitud misma de ella, haciendo que Daniel se vea obligado a protegerla por las inseguridades que

presenta la madre. Es claro que se ven los cambios de humor que hace ella con el menor.

4. Separación madre e hijo

Villanueva y Sanz (2009) mencionan que la ansiedad de separación hace referencia a un estadio del desarrollo infantil en el que los niños sienten angustia cuando se separan de su cuidador principal (generalmente la madre). Esta fase suele comenzar aproximadamente a los 8 meses de edad y durar hasta los 14 meses.

Antes de los 8 meses, el mundo es tan nuevo para los niños, que apenas son capaces de diferenciar lo que es peligroso de lo que no lo es, de manera que las nuevas situaciones, experiencias o personas no le asustan. Durante el desarrollo normal, esta etapa inicial les permite establecer una familiaridad con sus ambientes. Tras esa fase, la falta de una figura afectiva suele producir temor debido a que el niño es ya capaz de darse cuenta de que sucede algo inusual. Los niños reconocen a sus padres como las personas con quienes se sienten seguros. Cuando se separan de sus padres, sobre todo lejos de casa, se sienten inseguros y amenazados.

En la tabla 9 se presentan los resultados de esta categoría.

En relación a la subcategoría de la separación de madre e hijo, se puede percibir que a pesar de las separaciones, la madre no expresa dolor como tampoco se percibió sufrimiento. Las separaciones que se dieron entre ellos fueron por situaciones necesarias, sin embargo a pesar de haber sido pocas, en la madre se generó angustia ante la separación porque se llegó a afectar el pene del menor, traduciendo esto como una negligencia materna, lo que le generó culpa a ella y esto pareciera que ocasionó molestias con el padre de Daniel. Sin embargo hay incongruencias con este discurso ya que arriba en el apego ambivalente-resistente se observa como llegaba a reaccionar el menor ante las separaciones cuando iba a la escuela o cuando la madre no podía atenderlo, presentando angustias y miedos y es

cómo se puede percibir en algunas ocasiones actualmente. De nuevo la madre da dobles mensajes y confundiendo al sujeto.

Tabla 9.		
Eje 2. Apego y categoría separación madre e hijo.		
Eje	Categoría	Resultados
Apego	Separación madre e hijo	<p>La sujeto madre comenta que tras un accidente que tuvo el padre, se separó de Daniel y esto conllevó a no alimentarlo ella comenta lo siguiente:</p> <p><i>“Este después su papá tuvo un accidente y pues me tocó dejarlo de dar de comer, lo dejé encargado con una persona”.</i></p> <p>Se observa culpa y disgusto en la madre por haber abandonado a Daniel y no haber estado pendiente de la operación que le acababan de hacer a su hijo de la circuncisión, ocasionándole a éste una infección en su pene:</p> <p><i>“Le acababan de hacer este la circuncisión, y pues me tocó dejarlo con una vecina a los tres meses mientras yo me fui a cuidar a su papá, andar tarugueando con él, no estuve pendiente se le infectó su pene”.</i></p> <p>Otra de las separaciones que tuvo la madre con Daniel fue cuando inició el kínder. Refiere lo siguiente:</p> <p><i>“A los 4 años lo llevé, no lloró, pero sí creo que estaba poquito angustiado”.</i></p> <p>La madre habla de otra separación que tuvieron y lo difícil que fue para ella, lo expresa así:</p> <p><i>“El tener que irme a trabajar y dejarlo con su abuela, creo que fue difícil para los dos porque estaba más pequeño y solo yo lo cuidaba”.</i></p>

3.3. Eje 3. Vínculo

Jaroslavsky y Morosini (s.f.) la palabra vínculo viene del latín que significa unión o atadura de una persona con otra. En Freud el término utilizado es (ligazón) definido como la necesidad de trabajo psíquico para ligar pulsiones o ideas-trabajo correlativo a el de desligadura. Al referirse al fenómeno de masas, Freud (citado por Jaroslavsky y Morosini, s/a) menciona las ligaduras libidinales entre los

individuos por medio de la identificación. También habla del ligamen narcisista que une a los padres con su hijo y en relación a la cadena generacional.

Respecto a Winnicott (1972) en relación a sus aportes, se observa que tiene una importancia desde la perspectiva de la cura individual a cerca de la construcción del espacio entre la madre y el infante. La noción de espacio y objetos transicionales y la noción de que en un comienzo de su vida el bebé como tal no existe, lo que prima es la unión madre/bebé estando al comienzo ambos recíprocamente indiferenciados por lo que el desarrollo Winnicottiano está en consonancia con los desarrollos de Bleger acerca del vínculo simbiótico entre la madre y el infante.

Bion (citado en Jaroslavsky y Morosini, s.f.) fue el primer autor psicoanalista en mencionar el término vínculo por lo que empleó el término vínculo porque deseaba examinar o analizar la relación del paciente con una función, más que con el objeto que reemplaza una función, no interesándose en el pecho, pene o el pensamiento verbal, sino por la función, que es hacer un vínculo entre dos objetos.

Para esta investigación se plantearon las siguientes categorías y subcategorías y sus resultados se presentan en las siguientes tablas:

Categorías:

1. Vínculo madre-hijo
2. Vínculo familiar
Subcategorías:
 - a) Vínculo fraternal
 - b) Vínculo padre-hijo
3. Vínculo patológico
Subcategoría:
 - a) Vínculo depresivo

1. Vínculo madre-hijo

Vives, Lartigue y Córdova (1994) refiere que el vínculo materno infantil se establece durante la gestación, a partir del inicio de los movimientos fetales y se formaliza en el momento del nacimiento, atraviesa todas las vicisitudes del proceso de internalización en ambas figuras. Desde el periodo anterior a la concepción, dicho vínculo tiene sus precursores y es lo que se denomina fase del deseo, rastreándose diferentes motivaciones subyacentes al deseo de tener un hijo, constituyéndose lo psicodinámico y el motor primordial para que éste exista.

En la tabla 10 se presentan los resultados de esta categoría.

Tabla 10.		
Eje 3. Vínculo y categoría vínculo madre e hijo		
Eje	Subcategoría	Resultados
Vínculo	Vínculo madre-hijo	<p>La madre refiere que el tener contacto con el niño a la hora de amamantarlo le producía felicidad, dice lo siguiente.</p> <p><i>“Cuando ya pude empezar a amamantarlo realmente, huy pues feliz también, era bien padre cuando lo sentía”</i></p> <p>La madre refiere que en ocasiones llegaba a quedarse con Daniel para que éste durmiera y posterior se iba ella a su recámara, comenta lo siguiente:</p> <p><i>“Decía ya me voy a dormir, te quiero mucho y me daba el besito y le decía si yo también te amo y se regresaba a despedirse como 20 veces, a veces era así de ¿no te vas a subir conmigo? Y a veces que lo subía y lo cobijaba y me decía “no te vayas, cuéntame una historia o léeme o acuéstate conmigo” a veces me acostaba con él ya hasta que se quedara dormido”</i></p> <p>La madre comenta que Daniel siente el apoyo de ella así como entre ambos existe preocupación por el otro, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Entonces yo estoy aquí para ti, tu dime que ocupas, que necesitas, que puedo hacer por ti porque es que yo ya no sé y pues de repente se me corta la voz porque ps me duele y ya me abraza y me dice “ya mami, no te preocupes es que tú me has ayudado mucho y tú siempre estás conmigo, tu estas para ayudarme y siempre”.</i></p>

Tabla 10. (Continuación)		
Eje 3. Vínculo y categoría vínculo madre e hijo		
Eje	Subcategoría	Resultados
Vínculo	Vínculo madre-hijo	<p>La madre expresa el apego que Daniel tiene con ella, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Somos muy unidos yo creo pero él está muy apegado a mí, mucho, mucho mucho”.</i></p> <p>La sujeto madre comenta que existe mayor vínculo con Daniel que con su otro hijo, refiere lo siguiente:</p> <p><i>“Somos muy apegados desde bebé, yo la verdad quiero mucho a mis dos hijos, los dos son míos este son diferentes, los acepto y los quiero como son y he tratado en el camino modificando pero yo siento que como que hay un mayor apego, más paciencia y todo con Daniel más que con el otro hijo”.</i></p> <p>En el test de pata negra, existe una identificación hacia la figura materna ya que el menor respecto a la situación que ha pasado con los padres se ha enrolado con la madre y así mismo él percibe la protección de ella al mencionar:</p> <p><i>“Prefiero a la mamá porque trata de hacer lo posible porque no se burlaran de Juan y se preocupa por él, hizo el esfuerzo para que no se llevaran a Juan” siendo Juan el sujeto mismo y así mismo el decir que hizo el esfuerzo para que no se llevaran a Juan es porque se siente protegido con ella.</i></p> <p>En el test de la familia, se observa que con la figura materna no hay tanta cercanía aunque viven juntos, podría haber repulsión con la madre porque la siente muy apegado a ella donde él comienza a pelear su espacio.</p>

Respecto a lo anterior, se observa que madre e hijo si han logrado establecer un lazo de unión muy fuerte donde ambos han estado para apoyarse mutuamente y a la vez esto ha creado un vínculo cercano entre ellos, sin embargo se puede observar que las situaciones que se presentaron en el parto, fueron dolorosas para la sujeto donde a causa de esta situación, ella identifica una cercanía mayor con el sujeto Daniel que con su hijo mayor. Además se puede también observar que la madre no permite darle suficiente espacio a Daniel por lo que esto hace que a la vez él actúe diferente quizás por enojo o miedo al incesto y

porque de cierta manera hay inconscientemente un rechazo por las cercanías mutuas y dobles mensajes que la madre le da a él.

2. Vínculo familiar

Guzmán y Torres (2011) mencionan que son importantes las relaciones que se van estableciendo con las otras personas, entre ellas es importante que el bebé comience a ver a determinadas personas de manera selectiva, por medio del contacto es que el bebé va aprendiendo a tener cercanía con las demás personas, incluyendo a la familia como también irá diferenciando entre los miembros de esta y los que no pertenecen a ella. Se acerca a ellos y comienza a alejarse de los extraños.

Subcategorías:

a) Vínculo fraternal

Kancyper (citado por Fernández, 2008) define a este complejo fraterno como un conjunto organizado de deseos hostiles y amorosos que el niño experimenta respecto a sus hermanos.

Los resentimientos que surgen a partir de la dinámica vincular fraterna suelen tener tal relevancia en algunos sujetos, que hasta pueden determinar, en gran medida, el destino de sus vidas y de sus descendientes. No es difícil entonces suponer la existencia de un complejo fraterno.

Este complejo mencionado tiene fundamental importancia sobre la estructuración de la vida psíquica, dado que suele recubrir parcial o totalmente la estructura edípica, generando confusión, superponiendo roles y, como consecuencia, perturbando el proceso de la identidad. El complejo fraterno y el edípico se articulan y refuerzan entre sí.

Por último Kancyper (citado en Fernández, 2008) anuncia que el triángulo de rivalidad fraterna está conformado por el niño/a, los

padres y el hermano/a, mientras que el triángulo edípico está formado por el niño/a, el padre y la madre, y refiere a que no debe ser considerado cronológicamente anterior al triángulo sexual del Edipo.

En la tabla 11 se presentan los resultados de esta categoría:

Tabla 11.		
Eje 3. Vínculo y categoría vínculo fraternal		
Eje	Categoría	Resultados
Vínculo	Vínculo fraternal	<p>La sujeto madre comenta que Daniel siempre trataba de llamar la atención de su hermano a través de juegos, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Su hermano se sentaba en un sillón así hasta el suelo a ver la tele y pasaba Daniel, así que lo llegué a ver y le decía a su hermano y le decía Avei avón, (risas) o sea como diciéndole una peladez (cabrón) y como a su hermano siempre le molestó que le dijeran groserías pues era para pararse y seguirlo”.</i></p> <p>La sujeto madre comenta que a pesar de que los hermanos llegan a tener roces, siempre han sabido llevarse bien aunque ahora está más marcada la diferencia de edades, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Yo veo como normal, ratos se pelean, ratos se odian, ratos se aman, este no es mucho pero si es marcado en este momento la diferencia de edades porque pues obviamente aquel está en segundo de secundaria y este en cuarto de primaria”.</i></p> <p>La madre comenta que ahora que Daniel enfermó de depresión, el hermano comenzó a tenerle más paciencia, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Le explique qué Daniel estaba mal, estaba en tratamiento, que le tuviera paciencia, jugara con él porque el niño buscaba mucho esa compañía suya, creo que mejoró bastante”.</i></p> <p>La madre reconoce que Daniel comienza a imitar en todo a su hermano, como si lo extrañara, comenta lo siguiente:</p> <p><i>“Con el hermano, hay muchos comportamientos que imita del hermano hasta ahorita, veo que Daniel lo imita así con otras personas y yo le he dicho no lo hagas con otros niños porque a ti te molesta eso y tampoco vas a sustituir a tu hermano con otras personas.”</i></p>

Tabla 11. (Continuación)		
Eje 3. Vínculo y categoría vínculo fraternal		
Eje	Categoría	Resultados
Vínculo	Vínculo fraternal	<p>Respecto al test de pata negra, Daniel dice en su discurso que el hermano vio que pata negra estaba comiendo pero vio que era un sueño y lo ignoró, demostrando celos y rivalidad con el hermano.</p> <p>Existe agresión con el hermano cuando menciona:</p> <p><i>“Fueron en el camino los hermanos a buscar a pata negra y en el camino pasaron por unos gansos, el ganso recordó que pata negra había agarrado de su comida y le mordió la cola al hermano porque pensó que era pata negra”.</i></p> <p>De nuevo aparece la rivalidad fraterna cuando dice:</p> <p><i>“Beto (hermano) al día siguiente se dio cuenta de la mancha que tenía Juan (sujeto) al verlo se burló de él. Juan se enojó y mordió a Beto y Beto mordió a él”.</i></p> <p>Además de que se ve claramente que existe rivalidad con el hermano cuando comenta que no se siente comprendido por los padres, diciendo lo siguiente:</p> <p><i>“A pata negra no lo tomaban en serio y se sentía incomprendido porque su hermano era con su papá, pata negra se sentía raro”.</i></p> <p>Existe una rivalidad pequeña con el hermano cuando menciona lo siguiente:</p> <p><i>“El hermano es feliz porque no le pasan accidentes”.</i></p> <p>Siente tristeza al estar lejos de su hermano mencionando lo siguiente</p> <p><i>“Pata negra desearía que no se llevaran a los hermanos a otra granja”</i> esto en relación a la separación que hay entre los dos hermanos viviendo en distintos hogares.</p> <p>En el test de la familia, se observa que hay admiración hacia ese hermano, también existe rivalidad pero se observa que con quien tiene mayor identificación es con éste hermano.</p>

En relación a la tabla anterior se puede observar cómo existe una identificación con el hermano e idealización. Tanto Daniel como su hermano se encuentran distanciados debido a la separación de los padres por lo que se percibe que en el sujeto sigue siendo importante su hermano y que existe un extrañamiento profundo de

estar con él. También existe un enojo por parte de Daniel hacia éste hermano porque se encuentra viviendo con su padre, con quien también desearía pasar tiempo para tener mayor identificación con el sexo masculino, así mismo que sabe que es el único que está con la madre, por lo que podría estarle causando conflicto esto por la cuestión edípica. Hay duelo por el hermano, idealización y en grado mínimo rivalidad fraternal.

b) Vínculo padre-hijo

Fernández (2008) para hablar de la función paterna, al menos desde una visión psicoanalítica, es preciso recordar que el complejo de Edipo tiene un papel central. A partir del Edipo se da entrada en la cultura, en la exogamia y se da la característica viril o femenina del sujeto. Es en el Edipo donde resulta esencial la función del padre. No hay Edipo sin padre o sin alguien que cumpla su función. La relación entre el niño y el padre está comandada por el temor a la castración. Y es en tanto que el padre es amado, que el sujeto se identifica con él y llega a su término el Edipo. La función del padre en el complejo de Edipo, es ser un significante que sustituye a un significante anterior. Dicho de una manera más clara: separar al hijo de su madre como objeto incestuoso.

En síntesis, diremos que la función del padre en el Edipo será fundamentalmente la de separar a la madre del hijo, de tal modo que: por un lado el niño deje de tomar a esa madre como objeto de deseo incestuoso y, por otro lado, que la madre deje de tomar a ese hijo como falo. Aberastury (citado en Fernández, 2008) refiere que el ejercicio de la paternidad es importante a lo largo de toda la vida del sujeto y que la presencia del padre es importante en los siguientes momentos: a partir del nacimiento, durante el primer año de vida, durante el segundo año de vida, en la etapa escolar y en la adolescencia.

En la tabla 12 se presentan los resultados de esta categoría:

Tabla 12.		
Eje 3. Vínculo y categoría vínculo padre-hijo		
Eje	Categoría	Resultados
Vínculo	Vínculo padre-hijo	<p>La sujeto madre refiere que no hay cercanía con la figura paterna, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Con su papá no hay esa confianza y su papá no está al pendiente porque pues su papá trabaja .No se ha involucrado mucho. siempre la de la escuela he sido yo, entonces pues él sabe que salieron pero no sabe ni con que promedio, no sabe ni cuántos años tiene, él piensa que tiene como 8 o 8 y medio.</i></p> <p>Sin embargo la madre comenta que también Daniel llegaba a dar muestras de cariño al padre. Dice lo siguiente:</p> <p><i>“A su papá los abrazaba también mucho, a todos en algún momento nos empalagaba porque era muy efusivo.”</i></p> <p>En el test de pata negra, existe agresión hacia el padre cuando reafirma:</p> <p><i>“Pata negra se dio cuenta al despertar que estaban llevando la comida y vio un charco de lodo, vio agua, se subió, se resbaló y se manchó las dos patas negras y salpicó al papá”.</i></p> <p>Existe celos edipicos y agresión con los padres, sobre todo con la figura paterna cuando dice en la lámina de abrazo:</p> <p><i>“No me gusta porque los cerdos no se pueden abrazar”.</i></p> <p>Hay enojo con los padres ya que observa que no hacen nada respecto a la problemática presentada de la separación como es en la lámina sueño P, diciendo</p> <p><i>“No me gusta ésta lámina porque está igual que la de mamá, no importándole nada”.</i></p> <p>En el test de la familia, se observa que con la figura paterna hay distanciamiento pero Daniel tiene mayor necesidad de acercamiento con el padre, siente necesidad por la identificación del sexo masculino y así mismo se observa que el menor busca la cercanía con el padre debido a que lo siente distante a partir de la separación, extraña a la figura paterna.</p>

En relación a esta tabla, se observa que existen conflictos Edipicos aún con la figura masculina y como tal no se ha resuelto éste mismo, es claro que como se ha mencionado, la madre ha estado más presente con Daniel que el mismo padre por lo que se ha acrecentado más la distancia desde la separación de ambos padres. Daniel no tiene claro la identificación con la figura paterna pero también se observa la necesidad que tiene de poderse identificar con él, no hay ley del padre por lo que el sujeto necesita que éste mismo se haga presente para no cometer el incesto con la madre. Hay enojo con él pero también se observa que muestra añoro hacia su figura paterna.

3. Vínculo patológico

Levobici (1983) refiere que la psicosis simbiótica es el estado en el que el niño hacen con la madre una diada única, en la que se organiza una armonía rítmica de interacción pero, refiere Levobici (1983) que si en estos casos las representaciones del sí mismo del niño y de la madre comienzan a hacerse autónomas, la madre no puede separarse del hijo, ya que le presta una fuerza que va siendo acrecentada.

Pichón-Riviére (1985) explica respecto al vínculo depresivo, donde menciona que es el más fácil de sentir y de diagnosticar. Es un vínculo caracterizado por el hecho de que toda relación de objeto está colocada en el campo de la culpa y la expiación, en la preocupación de lo que el otro piensa y en la manera en que el otro va a administrar el castigo, el miedo del depresivo tiene que ver con la pérdida de la relación del objeto.

En la tabla 13 se presentan los resultados de esta categoría.

Tabla 13.

Eje 3. Vínculo. Categoría vínculo patológico y subcategoría vínculo depresivo

Categoría	Subcategoría	Resultados
Vínculo patológico	Vínculo depresivo	<p>Respecto al test de la pata negra, se observa lo siguiente cuando el sujeto refiere:</p> <p><i>“Pata negra se sentía incomprendido porque no lo tomaban en serio porque su hermano con su papá y la hermana con su mamá y pata negra se sentía raro”</i> agrega... <i>“su mamá y papá dijeron que todo iba a estar bien y que los hermanos no se iban a burlar pero se burlaron otra vez los hermanos y pata negra decidió escaparse”</i>.</p> <p>No hay una oralidad feliz y confiada sino es triste y pesimista y de esta manera expresa depresión como una manera agresiva dirigida contra él mismo debido a que siente el rechazo y abandono de la madre como lo expresa en el siguiente párrafo</p> <p><i>“Beto (hermano) recordó que no quería irse porque recordó que su mamá los iba a vender a otra granja y él pensó que por eso pata negra había escapado porque tenía miedo pata negra”</i>.</p> <p>El sujeto siente culpabilidad de ciertos conflictos que están sucediendo en la familia, principalmente con ambos padres y el hermano ya que se observa en una de las láminas cuando dice:</p> <p><i>“Los papás separaron a Beto y a pata negra y vieron que pata negra tenía una mancha negra y le preguntaron ¿qué es?”</i></p> <p>Lo que da entender que el mismo sujeto no supo que decir ante misma problemática, por lo que se observa que la forma en que expresa la culpabilidad y el grado de intensidad, lo llevan a la depresión y ansiedad.</p> <p>Se observa frustración en la relación con la madre y una tendencia sumisa de tipo depresivo donde el sujeto intenta recobrar el amor de la madre por medio de su actitud de aceptación, precisando que es mejor cuando todos están reunidos porque entonces la madre es feliz.</p> <p>Respecto al test de la familia, se observa que el sujeto se encuentra en neurosis o probablemente existe una mínima obsesión ya sea de palabras o ideas que no las puede liberar de la conciencia y que tienen que ver con los conflictos que tienen los padres de la separación y que no ha podido superarlos.</p>

Tabla 13. (Continuación)		
Eje 3. Vínculo. Categoría vínculo patológico y subcategoría vínculo depresivo		
Categoría	Subcategoría	Resultados
Vínculo patológico	Vínculo depresivo	En el dibujo de la familia, existe agresividad en el sujeto Daniel, la cual está siendo reprimida porque se da cuenta de ello y de que la familia lo sabe, queriendo tener siempre la razón. La actitud que llega a tener Daniel es de terquedad, malhumor y esto le generan impulsos que son proyectados al exterior, principalmente con la madre llevándolo a tener culpa y depresión. Al mismo tiempo se siente desalentado y desilusionado por los conflictos entre los padres, sin embargo el paciente siente necesidad de verse fuerte ante dicha problemática porque no logra ver a sus objetos con suficiente fuerza yoica para sostenerlo.

Se observan fuertes conflictos internos en el sujeto a causa de los problemas que se han estado presentado en su familia, pues Daniel siente culpa de los problemas que están pasando en casa, principalmente con los padres, quizás sienta que la misma separación de ellos fue por culpa de él y ahora busca la manera de reparar los daños provocados. Daniel se percibe como un estorbo en casa y pareciera que no quiere causarle conflictos a la madre. Se observa que el sujeto se muestra preocupado y a la vez que no quiere perder a su objeto (madre) como llegó a perder a su familia, por eso busca satisfacerla en la mayoría de sus necesidades. Hay conflictos internos en el infante.

3.4. Eje 4. Depresión

Fernández (2001) indica que entre los 5 y los 12 años, el detectar un estado depresivo requiere atender a dos vertientes, de una parte, la interno-subjetiva, sobre todo en lo que se refiere a las quejas y expresión del niño sobre su estado de ánimo. De otra, la externa-objetiva, que supone prestar atención a cuatro dimensiones básicas, sobre las que es muy valiosa la información proporcionada por padres, cuidadores y profesores: humor depresivo (tendencia al llanto, sentimiento de indefensión y miedos), anergia (escasa participación en juegos y

actividades, dificultad para concentrarse), discomunicación (silencio, dificultad para hacer amigos) y ritmopatía (falta de apetito, alteración del sueño).

Categorías:

1. Diagnóstico

En la tabla 14 se presentan los resultados de esta categoría:

Tabla 14.		
Eje 4. Depresión y categoría diagnóstico		
Eje	Categoría	Resultados
Depresión	Diagnóstico	<p>La madre comenta que ha aprendido a reconocer la sintomatología depresiva y así mismo hacerle comprender a Daniel que lo apoya en todo momento. La sujeto menciona lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;"><i>“He aprendido a reconocer la sintomatología depresiva, trato de platicarle, de hacerle entender que hay momentos buenos, momentos malos pero no tiene que dejarse caer por un momento malo, tienes que aprender a enfrentar esas cosas”.</i></p> <p>La sujeto madre cree que la separación de los padres le ha afectado como también la poca relación que llevan entre los mismos, comenta lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;"><i>“El niño me ha preguntado y creo que si le afecta que por qué yo no dejo que su papá entre a la casa”.</i></p> <p>La sujeto madre expresa que Daniel no es feliz, la madre comenta lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;"><i>“Si yo creo que no es feliz, no porque no lo sea sino porque yo creo que no se da cuenta, no se da cuenta de, o se da cuenta de todo lo que tiene pero pues ahí implica la otra parte que si se da cuenta y es feliz a su manera pero está siempre esperando y deseando tener siempre otras cosas en vez de estar contento con lo que tiene ahorita”.</i></p> <p>La madre refiere que a partir de la separación entre ella y el padre de Daniel, lo puso muy triste, al grado de caer en la depresión, dice lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;"><i>“Lloraba mucho, después tomó la actitud de si tú estás bien, para mí está bien y al final se deprimió y yo porque lo conozco a veces le pregunto cómo está y le saco algo pero no expresa ya sus emociones, si sus sentimientos. Lo siento muy negativo.</i></p>

Tabla 14. (Continuación)
Eje 4. Depresión y categoría diagnóstico

Eje	Categoría	Resultados
Depresión	Diagnóstico	<p>La madre expresa impaciencia cuando Daniel se pone mal, trata de hablarlo con él</p> <p><i>“Me dice Daniel es que con eso me estás haciendo sentir más mal en vez de ayudarme y es que tú no me entiendes le digo si te entiendo, yo lo pase por muchos años hijo y si lo sé y créeme que ya no sé cómo ayudarte y es que yo hago lo más que puedo pero pues tampoco puedo hacerlo por ti, si yo pudiera quitártelo y yo sentirlo diez veces, yo te lo quitaba y lo sentía con tal de que tú no lo sintieras pero yo no puedo hacer lo que a ti te toca”.</i></p> <p>La madre expresa que Daniel expresa cosas negativas y a la vez piensa que es una manipulación, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Hace berrinche, llora y dice cosas como es que nunca me escuchas, siempre es como tú quieres, ya que me muera, siento que de verdad lo siente pero que también inconscientemente lo hace para manipular”.</i></p> <p>La madre refiere que constantemente se encuentra en cambios de humor, dice lo siguiente:</p> <p><i>“Ya no sé si son berrinches o es por la irritabilidad que tiene, en ocasiones está muy tranquilo, en otras está malhumorado, en otras berrinchudo, inestable pero si es muy cariñoso”.</i></p> <p>La sujeto madre refiere que anteriormente Daniel, tendía a realizar conductas muy marcadas, dice lo siguiente:</p> <p><i>“En rechazo de alimentos y orinarse en la cama de noche solo cuando estaba más deprimido”.</i></p> <p>Respecto a la prueba CDI (Inventario de Depresión Infantil), se encontró una puntuación de 33, lo que indica una presencia de síntomas depresivos mínimos y moderados:</p> <p>Se encontró en el paciente un grado leve de disforia con puntuación de 18, lo cual indica que hay un grado leve de disforia en el estado emocional, como es la expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo, lo que lleva al niño o a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad.</p> <p>En el dibujo de la familia, Existe depresión en el paciente por los instintos de conservación.</p>

En el sujeto existe depresión desde la separación de los padres, la madre notó los cambios de humor drásticamente y es con ella con la que Daniel ha manifestado su sintomatología. Se observa desesperación en la sujeto madre, no sabe de qué manera ayudar a Daniel por lo que trata de tenerle paciencia e irlo apoyando en el tratamiento, sin embargo parte de la depresión que se alcanza a percibir en él, es por la separación de los padres y posiblemente porque hay culpa interna manifestando dicha depresión con enojo hacia la madre porque ésta se volcó hacia él con sobreprotección y porque no le ha dado su espacio, su independencia y esto le han generado conflictos internos a Daniel, además de que tuvieron que abandonar la casa donde se encontraban viviendo con su padre y hermano, la distancia que ha habido con estos miembros de la familia y la falta de interacción con ambos es lo que lo ha llevado a no sentirse completo por la falta de integración de sus objetos, tanto internos como externos.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de resultados obtenidos se presenta a continuación en base a los ejes temáticos y categorías planteadas.

4.1. Eje 1. Maternidad

Respecto a la maternidad se observa que había un deseo de ella hacia el hijo pero inconscientemente también había pensamientos de que no quería a ese bebé porque no lo veía cuando éste ya estaba en el vientre, ella en varias ocasiones menciona no haberse querido ilusionar con ese bebé por el miedo a la pérdida de éste, así como también porque la madre pudo estar presentando conflictos internos relacionados con su infancia lo cual no la hacía capaz de enfrentar otra

maternidad, acrecentándose los miedos cuando ésta comenzó a tener problemas en su embarazo. Las funciones que ha ejercido la madre con él han sido de cuidado pero no ha funcionado como una madre que de un buen holding y handling como lo mencionó Winnicott (1995) ya que la sujeto hasta hoy en fecha no ha podido sobrellevar una confianza segura por los mismos sentimientos que ella proyecta respecto a sus problemas psíquicos internos. El niño ha percibido inseguridades, miedos, agresiones, etc. De su figura materna y ésta es la manera en como él ha aprendido a relacionarse con su mundo externo.

Le ha sido difícil al sujeto Daniel poder enfrentar los problemas actuales de su mundo externo, principalmente de sus objetos madre y padre, es por eso que a causa de esto es que él no ha tenido la suficiente fuerza yoica para confrontar dichos conflictos, tenido que caer en depresión por el vacío interno, abandono y como una manera de atención de la misma madre para que ésta lo pueda sostener y levantar de la tristeza profunda en la que se encuentra, sin embargo existe una catexis que la madre ha depositado en él desde mucho antes del nacimiento, es decir que incluyendo el nombre mismo del sujeto va encaminado a una traducción del “elegido de Dios”, siendo este una “salvación” quizás de dicho matrimonio que la madre iba depositando en él, en sus fantasías preconceptivas, ya que desde entonces se venían observando los conflictos que presentaban los padres y por ende la situación no funcionó de la manera que la madre esperaba, por lo que ahora Daniel presenta una culpa inconsciente por no haber podido sobrellevar dicha relación, depositando también la sujeto madre en él toda la culpa.

4.2. Eje 2. Apego

Con base en la teoría que se ha revisado, se puede entender que la relación que se va dando desde el nacimiento del niño con su madre es de suma importancia como así mismo la convivencia es lo que va generando un apego entre el cuidador y el bebé, en el caso estudiado se observa que la mamá de Daniel aunque no

planeaba el embarazo como ella lo esperaba, realmente lo deseaba como lo menciona en varias ocasiones, por lo que fue un niño deseado por ella principalmente ya que el padre se mostró ausente la mayor parte del embarazo o si es que casi todo debido a que existían conflictos entre ellos desde antes de la concepción y esto se vio afectado en el deseo por la figura paterna.

La madre de Daniel a pesar de esperar la llegada de su hijo se mostró angustiada la mayor parte del tiempo, ya que fue un embarazo complicado, había preocupaciones por la salud de ella y de su hijo debido a los problemas que se le vinieron presentando como los sangrados y las contracciones. En ella se generaron una serie de emociones ambivalentes debido a que por una parte deseaba a ese bebé pero por otro lado pareciera como si no quisiera al niño por los comentarios que llegó a realizar, refiriéndose en algunas ocasiones hacia el hijo con palabras fuertes, demostrando así mismo como fue ese sufrimiento para ella, provocándole ansiedades y a la vez temores de perderlo.

El embarazo en la mayoría de las mujeres, sucede esperarlo con felicidad y difícilmente llegan a tener pensamientos negativos hacia el bebé. Sin embargo en la madre del sujeto se observa que la interacción que se dio entre ellos durante su embarazo fue de amor y odio, de ambivalencias, provocando enojo en la sujeto madre cada vez que él se movía donde dicho enojo la madre lo internalizaba y se lo expresara al menor, provocando la mayor parte del tiempo agresión; el niño proyectaba esa agresión hacia la madre en base a sus movimientos, era como un ir y venir donde se fue creando ésta dinámica entre ambos, que así mismo se observa que la madre presentó depresión en el embarazo, lo que pudiera ser que ocasionó una no interacción profunda con Daniel y así mismo pudo haber influido esto en la interacción del menor hacia los demás, con su mundo externo.

Existió miedo en la mamá del sujeto a la hora del parto, miedo que se generó desde que Daniel hizo acto de presencia en el vientre de su madre por las experiencias traumáticas que refiere haber vivido, se suman aún más angustias y preocupaciones a la hora del parto, lo que hace ver que existía miedo en la señora de que el menor no pudiera nacer, lo que en su fantasías se observa que ya

existían esos deseos inconscientes de que probablemente el sujeto no lograra llegar hasta el término del embarazo, refiriéndolo ella con temor a perderlo y lo que la llevo a no ilusionarse con la llegada de él hasta que pasaron los cinco meses de embarazo, creándose hasta este entonces la ilusión del hijo. Fue un parto difícil, hubo negligencia por parte de los médicos tratantes y del personal de enfermería. Comenta haberlo vivido de cierta manera traumático ya que además de que siempre sintió dolor, la sensación de cuando el niño pasó por el canal, no fue algo agradable a comparación como lo sintió con el otro hijo, haciendo aquí una comparación entre ellos debido a que con Daniel fue algo que lo recuerda muy doloroso y que le causó impacto en su vida.

Hay cercanía entre madre e hijo, pues se observa preocupación maternal y ha existido apoyo de la madre hacia Daniel cuando este lo requiere, se observa que el menor se siente bien con la presencia de su figura materna y así mismo se puede ver que el menor está en una simbiosis aún con la sujeto madre. La figura materna actúa en ocasiones como una madre engolfante, seduciendo al menor a través de los cuidados excesivos que se han dado en el transcurso de su vida pero que han aumentado a raíz de la separación con el padre de Daniel, durmiendo juntos. Sin embargo, por otro lado se observa ambivalencia principalmente de la sujeto madre porque se muestra presente en los llamados de él y por otro lado pareciera que lo quisiera alejar, como si se encontrase cansada de las crisis que el menor presenta. Pudiera ser que a raíz de la separación de los padres, es que la madre siente mayor carga y responsabilidad de Daniel por las situaciones que ha presentado el menor como la depresión que se instauró tiempo atrás, causándole conflicto a la figura materna.

Las separaciones que tuvieron madre e hijo fueron en ocasiones tranquilas y otras preocupantes, pues se observó una angustia de la sujeto madre al dejar al menor con terceras personas donde había culpa en ella al haberlo descuidado cuando Daniel estaba recién operado de la circuncisión.

Daniel no lloraba cuando se iba con extraños, respecto al discurso de la figura materna se observa que en ocasiones quería estar con la madre y otras

veces no, pues el niño buscaba el contacto con la madre pero a la vez se resistía a tener contacto afectivo, pues pareciera como si quisiera alejarla también él por el rechazo que la figura materna le llegaba a proyectar de manera inconsciente por lo que entre la sujeto madre y Daniel se llegó a crear un apego ambivalente-resistente debido a los dobles mensajes que la sujeto madre mandaba al menor, siendo en ocasiones muy maternal y en otras mostrándole rechazo y desesperación ante los llamados del niño, pues esto ha creado en él confusión respecto a cómo relacionarse con ella misma y ha mostrado incluso dificultad para socializar con las demás personas, pareciera como si el menor necesitara la presencia de la madre para poder hacer todas las cosas, sino se siente solo, inseguro y con predominio de ansiedad cada vez que ella no está presente con él pero también se perciben conductas infantiles como berrinches, pataleos y llanto cuando se encuentra con ella, pues el menor se siente confundido y de cierta manera también ha hecho esto que tenga menos contacto con su mundo externo, incluso esto lo menciona la madre cuando dice “fue como si de pronto hubiera perdido la capacidad para relacionarse con los demás”. La madre ha sido fría en algunas ocasiones con Daniel, como otras veces cuando ve que él se encuentra en crisis puede mostrarse sensible y cálida, es por eso que en los discursos mencionados por la figura materna se alcanza a percibir que el menor aun estando con ella en éstas crisis, no se tranquilizaba, por el contrario podría mostrarse enojado u otras ocasiones buscando la proximidad con su mismo objeto madre.

Probablemente Daniel tiene miedo al abandono de ésta y constantemente busca la aprobación de su madre a través de sus llamadas de atención, pues la separación de los padres incrementó inseguridades en Daniel y el miedo a ser abandonado. Su figura materna ha sido la principal responsable de dicha relación, pues ella es la que ha estado siempre presente en la educación del menor, brindándole por un lado atención pero también llega a reaccionar con enojo cuando Daniel no logra entender las cosas y comienza a tener las crisis, el menor no la siente segura y esto lo ha llevado a tener inestabilidad emocional.

4.3. Eje 3. Vínculo

Hay cercanía entre madre e hijo como también posible resistencia de afecto entre ambos, los cuidados maternos están presentes hacia con Daniel, sin embargo se percibe que la madre tiende a ser ambivalente con él, está pendiente de él y se lo demuestra pero también existen llamadas de desesperación que se observa como si la madre quisiera de repente abandonarlo. Desde la concepción, no se estableció un vínculo ya que en la madre las fantasías que más predominaron sobre ella fueron las negativas, inconscientemente pareciera que en el fondo no deseaba que el sujeto naciera por los conflictos internos que la madre ya presentaba y que no los resolvió previo a la concepción, conflictos personales y conflictos con la pareja, la madre se sintió sola, sin el apoyo de los demás, traduciéndose en que en el menor no era visto por el padre y su mundo externo (familia) más que por la sujeto madre, por eso el menor no presenció a los demás y esto se observa ahora con sus relaciones personales.

Respecto a la relación de los padres se observa que ya venía el problema de años atrás y se fue acrecentando, es decir que desde que la madre decidió embarazarse de Daniel, ya existían problemas en la pareja y esto le causó a ella conflictos internos al llegar al grado de deprimirse como lo mencionó, “estaba muy deprimida desde hacia más de cuatro años antes de la separación” lo que pudiera ser que el embarazo se vivió en soledad, sin el apoyo del esposo y estos sentimientos se fueron generando desde que el niño estaba en el vientre, por eso es que el sujeto pareciera como si no existiera. A un inicio la madre dice que fue un hijo deseado por ambos y posteriormente dice que no esperaban hijos, una contradicción en el discurso así como posibles sentimientos ambivalentes.

No hay un vínculo con la figura paterna debido a las ausencias que éste ha tenido por cuestiones laborales y actualmente la separación de los padres. El padre no deseaba a Daniel, no fue un niño que el padre lo esperara como tampoco el padre quiso ir a recibirlo en el momento del nacimiento, el sujeto quedó fuera del contorno del padre y esto se observa en las dinámicas que se dieron cuando el menor vivía con él, sin embargo es claro que sí existe la necesidad de

Daniel de recuperar a su figura paterna, queriendo identificarse con la figura masculina pero continúan prevaleciendo rivalidades del menor hacia con el sujeto padre, entre ellas está el conflicto del Edipo que aún no se resuelve donde Daniel sabe que mamá ahora le pertenece ya que se observa en la dinámica de dormir juntos, pues no hay ley del padre y esto es lo que también ha ocasionado enojo en Daniel con la madre porque ésta no impide nada para dormir juntos, pues quizás inconscientemente piensa que él le quito a su papá su figura materna. El sujeto muestra angustias con este objeto madre por miedo al incesto y por haber abandonado a su figura paterna junto con el hermano. Los berrinches que llega a tener es por enojo hacia la madre principalmente por todo lo que le fue internalizando, el niño muestra agresiones con ella y la sujeto no ha sabido contenerlo por cuestiones de conflictos que ella no ha resuelto.

Aquí se aprecia que también hay una necesidad de identificarse con su hermano, de nuevo con la figura masculina. Hay unión entre ellos pero pareciera que a Daniel le causa conflicto el haberse separado de él cuando la madre y él salieron de la casa, pues conviven muy poco y esto le ha generado problemas que se pueden observar en la agresión que llega a hacer Daniel con el hermano, no es que en realidad sienta enojo de destruirlo sino porque éste se encuentra lejos y la agresión es una manera de manifestar que lo extraña, pues el menor trata de querer ser como su hermano, de imitarlo y así mismo de ver que es fuerte ante la separación de los padres. Daniel idealiza al hermano, hay mayor identificación con él que con el padre, sin embargo también hay conflictos y celos por envidia de que el padre está con él, ya que desea poder tener a la figura paterna y recuperarlo.

Respecto a lo social Daniel ha tenido problemas para adaptarse al mundo externo y es como se mencionó anteriormente, probablemente esté ensimismado a la figura materna y esto no le permite poder relacionarse y contactarse con las demás personas, pues hay una fuerte simbiosis entre madre e hijo pero con afectos ambivalentes y no hacen posible que dicho sujeto logre vincularse con los demás, pareciera como si algo le impidiera lograrlo, pues tiende más bien a alejarse por la inseguridad de él mismo y que tiene que ver con los cuidados

maternales, los cambios de la madre en relación al cariño que le da y esto le llega a crear confusiones.

Solo ha tenido cercanía con tres amigos de los cuales termina alejándose por situaciones como el cambio de escuela, lo que se traduce en que Daniel tiene miedo a que lo abandonen los demás porque terminaron yéndose los compañeros, por eso no quiere vincularse porque con los objetos que sintió que había amor (padre y madre), se fueron distanciando y ahora no quiere hacerlo por no volverse a sentir abandonado. Además de que también percibe a la madre insegura y quizás tenga miedo de dejarla porque ella le trasmite inseguridad y el sujeto se percibe así con los demás. Ella lo controlaba cuando se encontraban viviendo en el rancho, ahora no puede seguir haciéndolo porque el ambiente no se lo permite.

No ha podido establecer vínculos seguros Daniel con las demás personas, ni con la familia cercana a él, esto en parte porque la mamá lo tiene controlado, así mismo comenta la figura materna que los compañeros de su clase no son buenos, poniendo pretextos para que éste no se vincule, lo que hace que el menor lo vea como malo y pudiera ser que por las mismas experiencias que vivió en el embarazo la sujeto madre y las situaciones mencionadas, generaron en ambos ansiedad de separación pero con mayor prevalencia de la madre hacia el hijo.

4.4. Eje 4. Depresión

Se observa que fue un embarazo de alto riesgo, lleno de angustias y tristezas por parte de la figura materna, pues la relación de los padres hasta ese entonces ya no era sana y así mismo la madre del menor se llegó a sentir sola, transmitiéndole toda una serie de sentimientos negativos a Daniel los cuales lo han llevado también a sentirse abandonado, sin ánimos de hacer las cosas y con miedo a quedarse solo por los deseos inconscientes que la madre fue introyectando a él, pareciera que la depresión que la madre vivió durante el embarazo del menor, se la fue transmitiendo al sujeto y ahora éste presenta también dicho trastorno, el cual es desencadenado por algunos factores, el primero por la relación que se fue

estableciendo con la madre y el tipo de apego que se generó entre ambos, apego ambivalente-resistente como se mencionó anteriormente y segundo por la pérdida de sus objetos (madre y padre); es decir que a raíz de la separación de ambos padres es que se desencadenó dicho padecimiento, llevándolo a tener un vacío emocional profundo.

Finalmente es bien claro que Daniel ha presentado síntomas de la depresión de los cuales se manifiestan en él como los continuos enojos, agresiones, berrinches, tristezas, sentimientos ambivalentes, etc. Los cuales son el resultado de lo que la figura materna le fue proyectando en el transcurso de su vida. Es claro que la depresión se manifestó desde la separación pero previo a esto, la madre no le dio la suficiente fuerza yoica para que éste pudiera enfrentar los conflictos que se le presentasen en el futuro, la estructura psíquica que la madre formó en él no fue suficientemente fuerte y al presentarse un evento como el sucedido en su vida, causó un impacto en él por no haber tenido el sostén adecuado y del que hasta hoy en fecha le ha sido difícil recuperarse.

Se necesita el apoyo del padre para que éste cumpla con el papel de rol que le corresponde aun estando separado de la madre de Daniel. El menor añora a su figura paterna para poder romper con la simbiosis que hay entre él y su madre y así mismo éste padre ejerza un papel fuerte y logre darle la fortaleza que necesita, es por eso que no hay identificación con el sujeto padre porque nunca ha estado presente para Daniel, la madre lo tiene en simbiosis y no permite que el sujeto se relacione con las demás personas.

CAPITULO 4. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.

1. DISCUSIONES

En relación a la maternidad se puede mencionar que es un deseo que predomina en toda mujer durante toda la vida, lo que hace que en ella prevalezca éste pensamiento inconsciente de tener un bebé para poder sentirse plena como persona. Se observa que en la sujeto madre probablemente al inicio de la concepción llegó a experimentar el deseo de tener a ese bebé, quizás como lo planteó ella mencionando que desde edades muy tempranas lo buscaba y es por eso que el deseo existía, tal como lo mencionó Hays (1998) donde refieren la importancia de la maternidad, siendo ésta uno de los objetivos principales en la vida de las mujeres debido a que al realizarse ésta, hay deseos inconscientes y recompensas, llevándose a cabo las necesidades de madre e hijo. Sin embargo se observa que en la madre se presentaron dificultades en el embarazo, lo que la fue llevando a tener deseos inconscientes de rechazar al bebé en algunos momentos ya que se fue creando una experiencia traumática por los dolores insoportables que presentaba tal como lo mencionó en su discurso, y en parte porque no sentía el apoyo de su expareja, ya que no existía el deseo pleno de la figura paterna de procrear otro hijo, tal como lo menciona Molina (2006) que, para el padre, no es importante la procreación como para la figura materna.

Su experiencia respecto al parto, confiesa que fue traumático que fue para ella pasar por este proceso donde se percibe que desde antes de que naciera Daniel, ya había pensamientos negativos acerca de si podría lograr llegar a su término total de la gestación. Para ella hubo intensos dolores, angustias y considera que desde el momento de ingresar al hospital, hubo negligencia médica por parte del personal médico, teniendo un mal trato y así mismo se encontraba sola sin el apoyo de la pareja. Todo esto generó en ella cambios intensos y así mismo se observa que la sujeto llegó a sentirse insegura ante la problemática presentada, lo que afirman Da Rocha, Franco y Baldin (2011) el parto provoca en ellas cambios abruptos, teniendo miedo de perjudicar al bebé; así mismo ellos refieren que el papel del médico es tener una conducta intervencionista para poder

apoyarlas en aliviar sus temores, situación que no fue apoyada por el personal médico y que por el contrario fue un evento traumático para ella, provocando que la sujeto intensificara sus angustias y todo ello lo introyektara hacia el menor.

En la sujeto madre se observó que a pesar de las crisis mencionadas y situaciones difíciles que presentaba con su expareja, luchó porque el menor lograra sobrevivir al final del parto, así mismo Carrillo (2008) menciona que en la madre existe un deseo de ser amada por este hijo, donde es capaz de sacrificarse por él sin recibir nada a cambio; se puede observar que aquí no coincide con lo que menciona el autor debido a que en la madre probablemente esperaba inconscientemente que éste hijo la rescatase de su tristeza, pues la madre de Daniel presentaba una depresión refiriendo que cuatro años antes del embarazo padecía de dicho trastorno debido a los conflictos que estaba pasando con el padre del menor, por lo que la madre pudo haber depositado en Daniel todas sus expectativas de salvar dicho matrimonio, llevando a cabo sentimientos ambivalentes en el menor.

Desde que se concede el embarazo existen miedos en la mayoría de las mujeres respecto a la vivencia del parto, lo que las lleva a ir teniendo una preparación mental para la llegada del bebé. La situación de la sujeto respecto a la vivencia del embarazo la llevaron a no crear fantasías preconceptivas, es decir que ella en su discurso refirió que no quería hacerse ilusiones del bebé, por lo que a su vez no existía en ella una imagen de saber cómo iba a ser Daniel como tampoco imaginaba que el bebé llegara al término del embarazo, por lo que no coincide con lo que Vives, Lartigue, y Córdova (1994) comentando que en el embarazo las madres llegan a tener fantasías acerca de sus hijos, creando ideas, pensamientos e imágenes. Sin embargo, es hasta el quinto mes que la sujeto se hace a la idea de que Daniel realmente estaba en su vientre por lo que aún con esto, no llegó a fantasear la madre de su existencia, refiriendo solo pensar en el nombre lo cual no había una fase de fantasía pura y estadio objetal, por el contrario pareciera que aunque existía el deseo en la sujeto de tener al bebé, fue más bien en su fantasía la idea de que el menor la ayudase de su depresión y

problemas en su matrimonio, depositando en este objeto todas las expectativas mágicas omnipotentes. Sin embargo al nacer Daniel, los conflictos entre los padres continuaron y la madre inconscientemente culpaba al sujeto por dichos problemas con la pareja. Así mismo Freud (1967) menciona que los padres depositan en el futuro hijo fantasías inconscientes, sobre todo fantasías de la madre que pueden ir cargadas de cavidad libidinal o agresiva Hart (2011). En la madre del sujeto se observa que existieron fantasías más agresivas, las cuales impactaron en la interacción entre ella y Daniel, la sujeto no llevó a cabo una relación real porque no existía tampoco dicha relación con el padre del menor, por lo tanto, fue afectada la unidad de prerrepresentación porque el menor no satisfacía las demandas de ese ideal del yo de los padres, quizás porque en ambos ya había deseos insatisfechos de su desarrollo del ideal del yo y existía carencia afectiva desde sus propios progenitores. Vallejo (s/a).

Sin embargo los autores López y Sueiro (2008) mencionaron que durante el desarrollo de la gestación del infante es que se va dando una comunicación con la madre por lo que ésta comunicación se relaciona con los pensamientos y respuestas biológicas de ella hacia con el hijo. La madre del menor a pesar de los pensamientos negativos que llegó a tener hacia Daniel, también logró atender en el nacimiento los llamados de él, aunque se observa que predominó la mayor parte del tiempo situaciones de estrés y angustias por los conflictos internos que presentaba ella y que estos llegaron a impactar en el menor, como los mencionan Hays (1998) donde hay madres que pueden llegar a tener una maternidad patológica que pueden impactar negativamente en el desarrollo del menor causándoles desórdenes psicológicos tanto individuales como sociales, por lo que la figura materna es la culpable de ello.

Al nacer Daniel, la madre hizo comentarios negativos sobre el paciente, pero también mostró alegría de tener a su hijo sano y salvo; aquí se observan los primeros sentimientos ambivalentes de la madre hacia con el niño, sin embargo posteriormente se observó que también estuvo pendiente del paciente y así mismo respondió a las necesidades de él, creando un vínculo como lo manifiesta

Cyrulnik (2005) que durante los primeros tres meses de vida el hijo expresa sus necesidades fisiológicas que manifiesta hacia su madre. Sin embargo cuando Daniel cumple tres meses, es cuando surge un conflicto familiar y la madre tiene que dejarlo al cuidado de otras personas, sucediendo así la primera separación de ambos y esto generó angustia en la madre, transmitiéndole dicha preocupación al menor y actualmente un conflicto que presenta él son las angustias al separarse de la figura materna. Barudy y Dantagnan (2005).

En algunos momentos la madre del menor llevó a cabo el instinto maternal, ya que no hubo abandono completo por parte de la figura materna de Daniel, de cierta manera la sujeto se preocupaba por éste e hizo la función nutricia correspondiente, pero no se sintió segura, no tuvo el apoyo del padre del menor y no se adaptaba fácilmente a la sociedad, por lo que coincide con Winnicott (2005) que al no presentar estas características la figura materna, va afectando el comportamiento del menor y así mismo se van creando distorsiones en su desarrollo personal. El yo del menor no es un yo fuerte, puesto que en su madre ya había un yo débil y así mismo en Daniel no se originaron buenas defensas, quebrantándose fácilmente ante los conflictos que se le fueron presentando.

Bowlby (2006) de la misma manera al referirse al concepto de apego, menciona la importancia de dicho apego entre madre e hijo por lo que también refiere que cuanto más se da la interacción entre el bebé con una persona, será mayor el apego, es por esta razón que la madre del sujeto difícilmente dejó a Daniel al cuidado de otras personas, así como también la figura paterna se ausentó y las consecuencias es que el apego mayor que realizó Daniel fue con la madre y desde aquí se observa la distancia que se generó desde el inicio entre el sujeto y su figura paterna, por lo que no se generó un apego adecuado entre ambos.

En relación a lo anterior se puede mencionar que a pesar de que la madre fue la principal cuidadora del sujeto Daniel, no proporcionó un apego seguro, ya que entre los autores que mencionan este tipo de apego como Ainsworth (1979) refiere que el infante es capaz de realizar conductas exploratorias en presencia de

la figura de apego como de igual manera el infante es capaz de tener contacto con las demás personas, mostrando fortalezas para establecer relaciones de confianza con extraños. Para el menor actualmente le es difícil poder tener separaciones sanas con la madre, por el contrario al encontrarse en situaciones de separación con ella, manifiesta Daniel conductas de miedo, enojo, llanto, lo que a su vez no le permite poder tener relaciones sanas con los demás, teniendo como consecuencia una ausencia de vínculo con los de su alrededor, entre ellos familiares y personas externas a la familia llevando a cabo un apego ambivalente-resistente. Así mismo López (2014) refiere la importancia del afecto y protección que debe generar la madre en el hijo para que éste pueda tener un desarrollo de vida adulta sano, en Daniel se ha ido desarrollando el carácter débil, inseguro, de tal manera que la madre no ha ayudado a la vinculación con externas personas de su alrededor.

En relación al apego seguro y siguiendo con los autores Ainsworth et al. (1971) mencionan que es normal que surjan los llantos cuando los hijos se alejan de su objeto, pero la conducta que debieran tener los sujetos al regreso de la madre, debería ser de tranquilidad, de sonrisas, de estabilidad emocional. Sin embargo en el caso del menor se observa que difícilmente se encuentra en esta postura ya que como se fue analizando en el discurso, Daniel se encuentra triste y enojado la mayor parte del tiempo cuando se encuentra con la madre, como a su vez se observa que estos sentimientos surgieron con mayor predominio desde la separación de ambos padres, es decir que el sujeto desde que comienza a vivir solo con la madre, mostró miedo, angustia de separación e inseguridades de estar solo sin ella. Así mismo Ainsworth et al. (1971) recalcan la idea de que no deberían de suceder estas situaciones cuando el niño se encuentra con la madre, mencionó que las angustias deberían estar tranquilizadas cuando se encontrase con extraños o sin la madre, sin presentarse en el infante miedos persecutorios y a la vez considerar al mundo como potencialmente bueno y no peligroso. Es como si de repente sucediera que el sujeto mostrase miedo de que la madre también lo abandone como lo hizo el padre y es lo que ha generado confusión en el aferramiento con su objeto, por lo que la madre inconscientemente le ha transmitido a Daniel inseguridades y ambivalencias en sus afectos y

probablemente es lo que hace que el sujeto actúe de esta manera porque es lo que la misma figura materna le ha transmitido con sus conductas al menor, quizás porque existe en ella enojo con él por no haber cumplido las expectativas de salvar ese matrimonio o por conflictos internos que ella misma cargaba desde tiempo atrás. Su manera de tratar a Daniel es confusa y es por eso que actúa de la misma manera que el menor lo hace con ella, como se observa en relación al test de ROTH donde es una madre que muestra confusión ante el cariño que le brinda al menor por lo que es ambivalente con éste mismo.

El afecto que se genera entre el infante y su madre es de suma importancia desde el inicio del nacimiento pero a partir de los tres primeros meses, la madre debe cubrir las necesidades del infante, estar al pendiente de él tal como lo menciona Cyrulnik (2005) se observó en la figura materna que le fue difícil poder cuidar a Daniel cuando el padre de éste tuvo un accidente, llevándolo a tener una infección en el pene del niño, lo cual la madre no se encontró al pendiente de ello y esto pudo afectar al menor de manera inconsciente, sintiéndose abandonado por su cuidadora. Así mismo los menores tienden a buscar cuando son pequeños a alguien como refugio, sobre todo cuando se encuentran en momentos de alarma para sentirse ellos seguros, la madre pocas veces se encontraba al pendiente de él y Daniel tenía que recurrir a ella, pues no había nadie más que lo protegiera porque no había apoyo de ningún familiar para la madre del sujeto.

Con lo mencionado anteriormente, se puede decir que en el sujeto predomina el apego ambivalente-resistente debido a que se observó en el discurso de la madre que el paciente muestra conductas de aferramiento hacia su objeto y otras veces manifiesta en ocasiones conductas agresivas o berrinches continuos, de manera que es como si Daniel tratara de buscar el contacto con su figura materna pero a la vez pone resistencia la cual como lo menciona Ainsworth (1979) que es expresada por gestos de enfado o de frialdad.

Bowlby (1989) hablaba de este apego mencionando que si no se lograba un apego seguro con la madre y por el contrario fuera un apego tardío y malo, llevarían a que el menor no tuviera confianza en su mundo, así mismo sería un

infante ansioso y aprensivo, sobre todo teniendo temores de los demás o de su mismo objeto. El sujeto muestra la mayor parte del tiempo miedo, la madre comenta que a veces no quiere soltarla ni dejarla sola, se aferra excesivamente a ella por lo que siguiendo a mismo Bowlby (1989) refiere que el individuo llega a presentar aferramiento y a su vez, su mismo objeto puede utilizar el abandono como una forma de control; sin embargo aunque no se observa que existan continuos abandonos por parte de la figura materna hacia el sujeto, es claro que la madre llega a utilizar otras formas de control hacia el menor lo que pudiera traducirse que esto mismo genera miedo en Daniel, principalmente de abandono como se ha mencionado anteriormente.

De la misma manera Oliva (2004) refiere que el comportamiento que las madres tienen cuando se encuentran en apego ambivalente-resistente con sus hijos, describiéndolas como madres que pueden presentar conductas de contacto afectivo y en otras ocasiones podrían mostrarse frías e insensibles. La madre del sujeto cuando llegaba a casa y se encontraba Daniel solo la mayor parte del tiempo, tendía a consolar al menor cuando éste se encontraba triste o intranquilo como en otras ocasiones pareciera tener desesperación y no manteniendo un afecto con éste mismo. Estas conductas se incrementaron cuando se fueron a vivir a Morelia él y su madre a causa de la separación que habían tenido los padres del menor, la madre era quien tenía que estar al pendiente y cuidado del participante, pues para Daniel no era fácil tranquilizarse aunque estuviera con ella, es decir que aunque estuviera en contacto y proximidad con su figura materna, era más grande su ansiedad de separación y esto le hacía mostrarse resistente en la interacción y contacto con ella, Enríquez et al (2008).

Ainsworth et al (1971) hacen mención respecto a la actitud que llegan a tener las sujetos madres de los menores, las cuales una de las conductas que sobresaltan en este apego es que las figuras maternas no permiten ni favorecen la autonomía del bebé, por lo que llevan a que los infantes no tengan interacción con otras personas y fue lo que sucedió con Daniel, donde le ha sido difícil poder adaptarse a nuevos ambientes y relacionarse con los compañeros, pues la madre

tenía que irse cuando era pequeño a cuidarlo fuera de la escuela o en recreo para darle el almuerzo y no permitía que éste tuviera amigos y es uno de los problemas actuales que presenta el menor, le ha sido difícil establecer relaciones sanas con compañeros porque la madre no promovió desde etapas anteriores de su vida a tener confianza y a establecer relaciones sanas que permitan establecer vínculos sanos con su mundo externo.

A pesar de haber señalado el predominio de estilo de apego que se ha generado entre la madre y el sujeto, cabe señalar que también ha habido ocasiones en que la madre ha tenido conductas positivas con el paciente, aunque éstas no predominaron en el menor, tales como el acercarse a él cuando éste se encuentra en crisis, la madre trata de ir a su llamado cuando éste no puede controlarse, sin embargo no ha dado el suficiente Holding como lo mencionó Winnicott (2005) para calmar las crisis del paciente.

Bowlby (1989) mencionó que se va dando la conducta de apego entre madre e hijo conforme ésta responda a los llamados del menor, es decir que si se intensifican las preocupaciones y angustias en el infante, la madre es la que debe reconocer lo que sucede en el hijo, acudiendo a su llamado con un abrazo y protección, la sujeto lo ha hecho en algunas ocasiones pero no ha funcionado dicha conducta, pues debido al apego que se fue generando entre ambos, no ha logrado la figura materna darle la contención y afecto adecuado.

Como se ha venido mencionando, los vínculos son importantes para poder tener mejor relación y contacto con las demás personas. Manzo (2010) refiere la importancia entre el vínculo madre e hijo ya que dependiendo del vínculo que se dé entre ellos, será el que irá determinando la personalidad del menor. Pues por su parte López y Sueiro (2008) refieren que el vínculo se va iniciando desde la gestación por la acción genética y hormonal, como también se irá reforzando en el parto y la lactancia a través de la respuesta biológica de la madre y reclamos del hijo. En relación a Daniel y su madre, se observa que desde el inicio de la gestación hubo problemas en éste y pudo haber impactado de manera negativa en su apego-vínculo, pues ambos sufrieron en el transcurso del embarazo, en el parto

y en la lactancia y esto es lo que ha tenido en parte como consecuencia que el menor no haya podido establecer una relación sana con su objeto materno, pues ya existían pensamientos negativos de la madre hacia con el menor como se ha mencionado anteriormente y esto aumentó las probabilidades de un mal apego entre ambos.

Así mismo Enríquez et al. (2008) Refiere la importancia de la interacción que debe darse entre madre, lactante y padre, pues la intimidad de esta triada ayudará al establecimiento del vínculo simbólico postnatal, donde en el participante no se observa ésta dinámica, pues el padre abandono siempre a la madre de Daniel y ella no tenía apoyo de nadie, lo que aumentó la probabilidad de un desapego porque no se experimentó la vinculación y porque el padre no ayudó a la madre en su recurso afectivo.

Pichón-Riviére (2002) destaca que es importante que en el vínculo exista una diferenciación entre el sujeto y el objeto, se observa que entre el sujeto y la madre no se ve clara esta diferenciación, es como si ambos permanecieran simbiotizados y no permitió que Daniel lograra como tal una individuación, así mismo la figura materna no ayudó a establecer vínculos con más personas, como lo mencionó Bowlby (1999) donde afirma que debería ser de ésta manera.

Por su parte Klein (1937) mencionó que el primer vínculo del niño es con el pecho y la leche de su madre, pues esto establecerá la base de todas las relaciones amorosas; en el sujeto no sucedió de esta manera, la madre lo alimento poco tiempo debido a que tuvo que cuidar a su esposo de un accidente que éste presentó, dejando a Daniel a cargo de un familiar por lo que el poco tiempo que lo alimentó, la madre tenía depresiones y continuos enojos que fueron proyectándosele al sujeto y este quizás los recibió como pecho malo desde Klein, lo que a su vez se traduce en que Daniel percibió su mundo interno como persecutorio, inseguro y es de la manera en como ahora observa su mundo real.

La madre de Daniel debió haberse dando cuenta desde el primer momento en que él comenzó con sentimientos de tristezas y tal vez no hubiera llegado hasta el pensamiento que él manifestaba de suicidio, sin embargo no fue sensible ante

su necesidad y no pudo poner atención al sufrimiento que presentaba Daniel desde que se cambiaron de residencia y haber abandonado al padre y al hermano. Esto no coincide con lo que Bowlby (1989) mencionó acerca de las sensibilidades de la madre hacia con el bebé, donde ésta debe entender sus necesidades, pues cuando sucede una ruptura o situaciones de separación como lo menciona Lafuente y Cantero (2010), se llega a generar ansiedad y tristeza porque los infantes se sienten amenazados de abandono, sucediendo no solo en etapas de la infancia sino en cualquier etapa de la vida.

Por su parte Vives (1992) habla de un vínculo que existen en las madres con sus infantes llamado vínculo adhesivo que muestra relación con la sujeto y el paciente, donde menciona que éste vínculo tiene que ver con esas fantasías de miedo donde la madre no quiere que algo malo le pase a su hijo, sobre todo cuando el niño no se encuentra cerca de ella, la madre manifiesta preocupación por lo que intentará que ésta no se aleje, como sucede en el sujeto, difícilmente existen separaciones entre la madre y el menor debido a que ambos se encuentran con los mismos sentimientos de miedo como también existe el vínculo de control el cual la madre controla al menor y lo domina para que no se genere ansiedad en ella misma, llevando a cabo la manipulación total con el hijo para no quedarse sola.

El vínculo que también se da entre ambos es el depresivo que genera culpa y que como se ha venido explicando hay una culpa cargada en el sujeto, tal como lo mencionó Pichón-Riviére (2002) donde además existe preocupación por la madre y en la manera en cómo ésta madre va administrar el castigo. Aquí predomina un miedo porque lo abandone su objeto y que sería un vínculo patológico debido a los conflictos y coaliciones intergeneracionales inadecuadas de la familia que la conforman, tal como lo mencionó Umbarger (2008).

Se ha observado que la madre de Daniel llegó a brindarle cuidados favorables desde el nacimiento de éste, estuvo al pendiente de él y en cierta manera esperaba la llegada del sujeto, sin embargo hubo situaciones que no permitieron que la madre pudiera brindarle un apego seguro y por el contrario las

circunstancias que se le fueron presentando, lograron que en él se crearan situaciones inseguras y constantes ansiedades, sobre todo en momentos de separación con ella. Respecto a esto, un concepto que maneja Winnicott (1960) es el de mostración de objetos o realización donde la madre de Daniel no logró lo que Winnicott proponía respecto a impulsar al infante a tener una creatividad para relacionarse con los demás objetos para llevarse a cabo un verdadero self en el sujeto. Siguiendo al autor, el holding que brindó no fue el adecuado por lo que no ayudó a la maduración del yo del lactante; de esta manera se entendería que la sujeto, no presentó cualidades sanas y positivas de relación con sus objetos, no creando respuestas afectivas y por lo tanto no fue capaz de dar una respuesta sensible o aliviar la angustia del sujeto, tal como lo mencionaban Bowlby y Fonagy, (citado en Molina, 2006) mencionando la importancia de cualidades sanas que debe poseer la madre para llevar a cabo una calidad de cuidado materno y así mismo ser sensible a las llamadas del infante.

A pesar de que el sujeto se encuentra en la etapa de latencia misma que mencionaron Bornstein (1951) y Buxbaum (1980) que se consolida dicha etapa cuando se ha superado el complejo de Edipo, se observa que en el caso del sujeto Daniel dicha etapa del Edipo no se encuentra establecida debido a que nunca hubo como tal un padre presente en el sujeto que pudiera poner como tal la ley paterna, por el contrario la madre siempre lo ha tenido apegado a ella, como se mencionó anteriormente, como una especie de simbiosis donde posiblemente se han ido intensificando estos deseos incestuosos desde la separación de los padres, funcionando Daniel como si fuera la pareja de la madre, al grado de dormir y estar siempre juntos por lo que no hay un superyó establecido en su totalidad y quizás de la misma manera el sujeto es por eso que anhela al padre porque inconscientemente quiere que el padre intervenga para poder poner un fin a la diada entre él y su figura materna. No hay una latencia temprana aún instaurada como lo refirió Urribarri (1999) donde en ésta el niño comienza a tener mayor capacidad reflexión y comienza a tener interés por el diálogo, el yo se supone que debería estar tranquilo controlando las pulsiones y así aliándose con el superyó,

pero como aún el Edipo no está resuelto, el sujeto no ha intentado tener un equilibrio, su yo no ha tomado fuerza y estabilidad.

En relación a lo anterior, no hay un autoestima fuerte en el sujeto, por lo que el hecho de encontrarse aislado de los demás, hacen que no sea capaz de ver su propia personalidad y es cuando se rinde ante las situaciones que no puede manejar, cayendo en crisis. Papalia, Wenkos y Duskin (2005), situaciones que se han presentado en Daniel donde no puede controlar sus crisis y la madre en ocasiones no sabe qué hacer o cómo reaccionar.

Santrock (2003) refiere que es importante que se les enseñe a los niños a manejar su estrés, donde los padres deben crear alternativas y utilizar estrategias cognitivas, situación que no sucede con la madre, por el contrario pareciera como si ella ocasionalmente se desesperara del paciente y termina con gritos o enojos.

Para Abraham (1924) la depresión es causada por experiencias desagradables en la infancia del paciente, de tal manera que mismo Freud (1915) hace énfasis a la pérdida del objeto.

Al sujeto se le diagnosticó con depresión moderada, lo cual es claro que se observa en sus conductas tales como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad, síntomas que fueron encontrados en los años sesenta y que Solloa (2001) refiere que le llamaron depresión enmascarada donde se aceptaba la depresión infantil. Así mismo los síntomas que se han manifestado en el sujeto tiene que ver con dicha enfermedad y como causa pudo haberse dado por la pérdida de un objeto como lo mencionó Freud (1915) lo cual lleva a la falta de interés por el mundo externo, misma situación que se observa en el menor, donde al no tener sus objetos totales, ha mostrado pérdida de la capacidad de amar, que en este caso sería consecuencia del divorcio de los padres y a quien pierde es al padre, donde le causó un dolor insoportable del que no ha podido recuperarse como también duelo por la figura materna al ver que ésta no cubre las necesidades afectivas que resiente.

En Daniel se observa que el espectro comportamental de su depresión ha sido el llanto, miedo, desobediencia, rebeldía, irritabilidad, ansiedad y en ocasiones ha manifestado autoagresiones, sobre todo cuando era más pequeño, pues la madre comentó que éste se llegaba a golpear la cabeza en momentos de enojo por lo que estos síntomas son los que más se han manifestado en el participante, de los cuales Fernández (2001) (citado en Martínez, 2007) considera los más importantes en la depresión de los menores.

La situación de la madre en cuanto a su depresión también afectó al paciente, mismo dice Arfouilloux (1986) que la tristeza puede transmitirse al niño mencionando una frase que dice “padres tristes hijos tristes” teniendo una tristeza abrumadora que no es la suya, sino de su figura materna, pues Daniel ha tenido que sostener en ocasiones a la madre de esa depresión que ha manifestado ella desde antes de la gestación del menor, como si funcionara éste como un adulto, ya que misma figura materna refirió en la entrevista que él era quien en ocasiones le daba apoyo a ella, “como si fuera un hombrecito” Así mismo siguiendo a Arfouilloux, subraya que los efectos de la separación y la carencia de cuidados maternos, convierten a la madre en la principal responsable de las depresiones del niño, por lo que como se ha mencionado con anterioridad, la madre ha sido la responsable de mismas carencias afectivas por el apego generado. Sin embargo Bowlby (1993) toma en cuenta los estudios de Freud y menciona que la depresión tiene relación con la pérdida de un objeto en donde en los infantes se observan relaciones cargadas de ansiedad y ambivalencia con los que llegan a amar, tal es el caso de las relaciones que se presentan con el sujeto, principalmente con la madre.

En el caso de Daniel la depresión lo ha llevado a aislarse de los de su alrededor, pues se siente triste o infeliz al estar con terceros y prefiere la soledad, así mismo lo refieren Kolb y Brodie (1985) quienes mencionan que les es difícil para los menores poderse integrar a lo social, debido a que piensan que nadie los quiere y los aceptará y en ocasiones como manera de defensa, llegan a ser agresivos con los de su alrededor para no mostrar sus verdaderos sentimientos.

En Daniel varias ocasiones ha sucedido ésta conducta, sobre todo con su figura materna, ya que lo mencionó Abraham (1924) el melancólico potencial está dispuesto a sentirse decepcionado, traicionado o abandonado, principalmente por sus objetos de amor.

2. CONCLUSIONES

¿Cuál es el impacto del vínculo afectivo diádico madre e hijo en un caso con depresión infantil?

En relación a lo analizado anteriormente, se puede observar que la relación entre la madre y el infante fue aparentemente sana en el sentido de que se observó cómo la madre cubrió las necesidades fisiológicas de Daniel y estuvo pendiente de éste cuando el sujeto la necesitaba. Sin embargo la diada que se estableció entre los dos no fue suficientemente sana debido a las situaciones que fue manifestando la madre de él, es decir que se alcanza a percibir que desde el momento de la concepción, la madre ya presentaba conflictos con el padre de Daniel, como a su vez mostraba conflictos internos en relación a las vivencias con sus objetos (madre y padre), principalmente con su cuidadora debido a cómo llevó a cabo la maternidad y en cómo la madre fue estableciendo la relación con Daniel, por lo que esto se vio afectado en el menor debido a situaciones internas de ella misma. La madre del menor no profundizó en cómo fue su relación con sus objetos, sin embargo se alcanza a observar que desde antes de ser madre ya presentaba conflictos intrapsíquicos debido a que ella había comentado que tendía a la depresión y dichas depresiones aumentaron cuando decidió vivir con el padre de Daniel, lo que da entender que desde etapas anteriores de su vida ya venía presentando un yo débil, frágil con poca tolerancia a las frustraciones y con algunas conductas impulsivas como parte de su ello, lo que conllevó a que así mismo parte de sus conflictos tenían que ver con abandono.

Se desconoce la relación que mantuvo con cada uno de sus progenitores pero se identifica que parte de ello fue arrastrando durante su vida y con el padre

de Daniel pensó que éstas frustraciones, tristezas, sentimientos de vacío y ambivalencias desaparecerían debido a que decidió irse a vivir con él desde muy chica porque se encontraba embarazada, lo cual realizó conductas impulsivas e inconscientes, como una manera de salir de su casa y por creer que podría mejorar todo, queriendo depositar todo en una persona donde solo buscaba que la amaran y entendieran, sin embargo como su yo se mostraba débil, inconscientemente buscó un hombre donde se volvió a repetir dicho patrón de conducta debido a los abandonos que siempre estuvieron presentes en su vida y que finalmente aumentaron aún más sus depresiones y frustraciones que al momento de llevar a cabo el papel de madre, quizás no estaba preparada para llevar a cabo el rol de protección y cuidado hacia con sus hijos, en especial con Daniel.

Así mismo en relación a su estructura psíquica de la figura materna, hay un predominio del ello por encima del yo donde la madre no controla ni tolera calmar sus frustraciones, esto se observa en cómo se relaciona con Daniel, teniendo poca tolerancia y siendo agresiva en ocasiones cuando no tolera dichas frustraciones. Respecto al superyó se le ve nulo, no muy presente debido a la dinámica entre el ello y el yo. Muchas de las conductas que ha tenido han sido impulsivas por lo que esto es lo que no fue ayudando a que Daniel también tuviera tolerancia y control de sus emociones. En relación a los abandonos de la figura materna, se observa que no mantuvo de igual manera vínculos sanos, esto quizás por la pobre relación que hubo con sus objetos, posiblemente no llegó a verlos totales sino parciales y de igual manera influyó en la relación con los demás ya que cuando habló respecto a su vivencia del embarazo de Daniel, se observó que no tenía el apoyo de la familia, amigos, sino que se encontraba sola y es por eso que parte de éstas pobres relaciones vinculares, la llevaron a que depositara todo con Daniel y éste recibió dichas frustraciones y enojos por lo que es una parte entendible de su conflicto actual.

Tal vez como se ha venido mencionando, quizás para la madre existía en su pensamiento el deseo de tener a Daniel, sin embargo no fue como tal un niño

planeado por ambos padres debido a que ya no había una relación sana entre los progenitores, por el contrario la madre mencionó en su discurso que cuando se trataba de su cuerpo, ella tenía el control de hacer lo que quisiera con él y así mismo fue como inicio a querer tener este bebé, tomando la decisión sola donde se puede observar que probablemente puso en el hijo todas las expectativas de que la salvase de una ruptura con el padre de Daniel, haciendo mención que desde antes de que el menor naciera, probablemente ya existían pensamientos o fantasías inconscientes de que él pudiera ser el salvador de dicha relación.

El padre por su parte se observa que desde el inicio no tuvo participación en la elección de la concepción, por lo que podemos mencionar que ya existía antes del nacimiento de Daniel, un distanciamiento entre él y su figura paterna. Nunca fue el padre partícipe de situaciones relacionadas con el embarazo, por un lado supondríamos que fue la madre quien no dejó acercarse a él y así mismo pensó que ese futuro hijo le perteneciese solamente a ella y por otro lado pensaríamos que en realidad el padre no deseaba este hijo y así mismo actuó como si éste no existiera porque además la madre en parte no lo hizo partícipe de la crianza del menor quizás porque quería tenerlo solo para ella.

De cierta manera, la madre de Daniel actuó con sobreprotecciones desde el inicio con el infante y así mismo las separaciones que se llegaron a realizar entre ambos, eran cargadas de angustia porque la madre era la que no quería realmente separarse de Daniel y les transmitía todas esas angustias; de ésta manera Daniel no tuvo la suficiente confianza de poder establecer relaciones con las demás personas porque la madre no sabía cómo vincularse por lo que no ayudó a la autonomía del paciente y por lo tanto siempre procuraron estar juntos porque les fue difícil a ambos separarse uno del otro.

Pareciera que la relación entre la madre y Daniel siempre fue unida pero no sana, quizás por las situaciones que la madre pasó durante el embarazo donde se observa que hubo ansiedades y sufrimientos por parte de ambos (madre e hijo) donde se creó en ella una cercanía intensa por la situación en la que se encontraban, con dificultades durante la gestación y hasta el parto,

acrecentándose dolores intensos y que como ella lo menciona, fueron siempre dolores y sufrimientos, lo que generó en la sujeto madre constantemente miedo de perder a su hijo y probablemente se quedó con la idea de no querer que algo malo le pasara, por eso existían esas sobreprotecciones con Daniel para no perderlo.

En relación a las vivencias del embarazo y toda la parte que la madre describió de situaciones estresantes y continuos dolores, generaron en ella enojos con el sujeto desde que éste se encontraba en el vientre, pues siempre hubo discusiones y problemas con el padre de Daniel, donde se puede entender que en la figura materna había enojos y frustraciones y esto se lo trasmitía a Daniel, lo que a su vez él pudo haber respondido con movimientos bruscos en el vientre de su madre, interpretándose por una parte que el menor se sentía abandonado y de cierta manera triste porque la madre transmitía estos sentimientos, y por otro lado se encontraba enojado y era también una parte de agresión hacia con ella por tener estos pensamientos negativos; pareciera que el hecho de moverse Daniel era también para sentirse vivo, para que la madre reconociera que él se encontraba ahí y que era como una señal de que ella no iba a estar sola, sin embargo es claro que la figura materna también tenía pensamientos negativos hacia el menor manifestando en ocasiones insultos hacia con éste por lo que también pudo haber creído el sujeto que no era un hijo querido y deseado en la familia, pues aquí se interpreta el rechazo que llegaban a tener sus objetos desde la gestación del menor.

De cierta manera, se puede mencionar que ya venía cargado en el sujeto un factor que desencadenaría la depresión, es decir que la manera en cómo fue la relación del menor con su objeto maternal, formándose un apego ambivalente-resistente por los cambios drásticos de humor que tenía la madre hacia con él en el embarazo y que se han descrito anteriormente estas conductas que manifestaba Daniel como miedos, aferramientos, enojos, sobreprotección en la infancia, no relaciones vinculares con más personas, etc. Y principalmente el ambiente familiar donde la madre sufría constantemente de depresiones por los conflictos con el padre de Daniel, fueron trasmitiéndosele al sujeto y su yo fue

siendo más débil por tener que cargar con los problemas, incluso problemas que la madre pudo adjudicarle inconscientemente, es decir que estos conflictos no ayudaron a que la psique del menor pudiera tener fortalezas por lo que el yo se encontró vacío y venía cargado con todas las dificultades que se mencionaron causando una depresión a consecuencia de la separación de los padres, manifestándose de ésta manera su yo como una salida de que ya no podía resistir, pues ya presentaba sufrimiento Daniel al tener que soportar la depresión de la madre y posterior los conflictos de sus objetos.

El desequilibrio emocional que se presentó en el niño fue porque la madre tampoco pudo ayudarlo a él, es como si dijera “ya no puedo seguir sosteniendo a mi madre”, prefiriéndose dejar caer, ya que en un párrafo la madre comentó que en ocasiones Daniel le decía que él la iba a cuidar y que no quería verla triste más, así mismo la figura materna lo veía como un hombrecito pequeño que la cuidaba, poniéndolo en un rol que no le correspondía al menor, esto se puede observar incluso cuando la madre decide traerse a Daniel que a su otro hijo a vivir con ella por lo que se entiende que en realidad ella llegó a poner al menor inconscientemente en un rol que no le pertenecía, adjudicándole responsabilidades de las que él no estaba preparado y acostumbrado, como hacerse de comer, quedarse la mayor parte del tiempo solo y encerrado porque ella se vio en la necesidad de trabajar y Daniel pasaba la mayor parte en su cuarto, sin querer convivir con sus familiares que se encontraban viviendo en la misma casa, además de que cabe mencionar que el hecho de llegar a una ciudad a vivir, era todo diferente a lo que ambos estaban acostumbrados, la madre entre ésta situación, tuvo que trabajar y esto ocasionó que abandonara al paciente, situación de la que no estaba acostumbrado anteriormente Daniel, ya que se la pasaban siempre juntos madre e hijo por lo que él temía a la soledad.

Se puede mencionar que lo que desencadenó la depresión en el sujeto, fue que de antemano su aparato intrapsíquico se veía ya desorganizado en cuanto a su yo, en el menor se fue estableciendo un yo desorganizado por lo que parte de su conflicto tenía que ver entre su yo y su ello, pues como venía presentándose un

yo débil y desorganizado debido al apego ambivalente-resistente que se formó entre él y su madre, comenzaron a generarse en Daniel sentimientos de culpa siendo un vínculo depresivo por pensar que él era el responsable de la separación de los padres por la manera en que la madre venía relacionándose con el menor, así como también por la forma en la que sigue conviviendo con su figura materna, conviviendo solamente ellos dos, durmiendo juntos, siendo la compañía de su madre por lo que se observa además de que no existe una relación estrecha con su figura paterna, probablemente la mayor culpa establecida en él es por haberle quitado a su padre su figura materna, pues finalmente Daniel fue quien se quedó con ella y el padre fue abandonado, es decir que el Edipo no ha sido resuelto y por lo tanto sigue habiendo una relación simbiótica entre madre e hijo y esto le puede estar causando un conflicto fuerte en su yo interno, pues la dinámica de las instancias psíquicas conllevan que el superyó no se haya aún instalado completamente, por lo tanto puede funcionar como un superyó débil, quebrantable, teniendo también exigencias de la figura materna y sobre todo porque no hay ley establecida por la figura paterna. Así mismo el ello se encuentra al borde, sobre todo en circunstancias de estrés y ansiedad donde llevan al sujeto a actuar con impulsividad, sin pensar las consecuencias, pues no hay reglas ni límites que la madre establezca de la mejor manera con el menor por dicha desorganización de la madre y por ende el yo se mostró quebrado ante el evento presentado que fue la separación de los padres, pues no ayudaron sus objetos a contenerlo, principalmente la figura materna a mantener un yo estructurado, que se mostrara fuerte ante cualquier conflicto, por lo contrario llevaron a que Daniel cayera en depresión como defensa, debido a las exigencias que el yo tenía entre las dos instancias ello y superyó.

Así mismo se observa rivalidad en ocasiones con la figura paterna y celos edípicos sin embargo parece que el sujeto desea y anhela poder tener una relación estrecha con su figura paterna, por un lado porque extraña a ese objeto que ha perdido y que no hay con quien identificarse y por el otro para que imponga la ley del padre, que sea alguien que lo ayude a instaurar el superyó para no tener deseos incestuosos con la madre como así mismo tener una mayor organización.

Por todo lo anterior, y en respuesta a la pregunta de investigación, se puede mencionar que el apego que se llegó a generar en Daniel es de tipo ambivalente-resistente debido a los dobles mensajes que la madre le mandaba al menor, siendo cambiante ella en sus estados de ánimo con él y llegándole a crear confusión ante la dinámica afectiva entre madre e hijo como se mencionó anteriormente, la madre de cierta manera es perversa ante su función materna debido a que los cambios de estado de ánimo que presenta ella como tristeza, felicidad, amor y odio, han mostrado confusión al menor ya que esto le genera incertidumbre al no saber cómo reaccionar ante la actitud de la sujeto madre, por lo que la conducta que presenta Daniel es reaccionar de la misma manera como se le fue enseñando a él, la madre no permaneció estable en un mismo estado afectivo, no ayudó a que éste tuviera confianza desde la infancia, pues como se ha observado en la relación de ellos anteriormente fue de amor y odio, creándose ambivalencia en la diada madre e hijo y posterior fue la manera en como él aprendió a relacionarse, por tal motivo le cuesta trabajo poder estabilizarse porque no se le enseñó hacerlo, lo cual fue una situación que venía cargando desde etapas muy tempranas de su vida por lo que el conflicto pareciera que ya estaba instalado desde mucho tiempo atrás y fue hasta ahora que ante una crisis como fue la separación de ambos padres, es que él no supo cómo reaccionar ante dicha situación por lo que parte de su defensa fue caer en dicha depresión por la misma debilidad yoica, carencia afectiva de ambos objetos y tener que ser el sostén de la madre desde casi el nacimiento, siendo comprensivo ante las circunstancias conflictivas que se le iban presentando a la figura materna, por tal motivo al momento de pasar él esta crisis de separación, es que cae en depresión por miedo mismo al abandono, como una manera de sentirse solo, perdiendo a sus objetos madre y padre y con el temor a que ésta madre siga usándolo para apoyarse de él porque ella misma no tiene sostén propio, por tal motivo quizás fue una defensa para no seguir siendo él quien sostiene a su figura materna sino que busca que ella comprenda su conflicto y que así mismo logre contenerlo afectiva y emocionalmente.

En relación al vínculo se puede decir que en el menor no hay de inicio, vínculos seguros por lo que no existe un vínculo intrasubjetivo debido a que no muestra relaciones estables entre lo que son sus instancias psíquicas y objetos, por lo que esto conlleva que no haya vínculo intersubjetivo y transubjetivo por las pobres relaciones que hay con su mundo externo, incluyendo amigos y familiares ya que le cuesta trabajo tener relaciones estables con los demás y por consiguiente es significado del apego que se generó en el menor con su figura materna, por tal motivo si el apego no fue seguro o estable sino ambivalente-resistente, el vínculo con la madre será de la misma manera y como resultado le será difícil poder establecer relaciones sanas con los demás ya que a la misma madre le cuesta trabajo tener una estabilidad emocional y mostrar vínculos con los demás, por tal motivo esta situación viene afectándole a Daniel debido a situaciones que la madre nunca resolvió que tienen que ver con su dinámica familiar como es con su madre y padre ya que ella también ha padecido de depresiones desde tiempo atrás por mismas carencias afectivas, volviéndose a sentir abandonada por su pareja, el padre de Daniel quien ella misma lo expresa al no haber sentido nunca el apoyo de pareja y así mismo en la crianza y cuidado de los hijos, pues pareciera de pronto que no estaba preparada la madre de Daniel para llevar a cabo la maternidad debido a las angustias internas que tenía ella misma y porque no se sentía completa y segura para llevar a cabo el rol materno. Por tal motivo estos conflictos que la sujeto madre ha presenciado y no resuelto, los fue depositando en el menor, siendo él una de las personas más importantes en la vida de la madre y con el único que sintió apoyo por la misma personalidad que el sujeto muestra, con un yo frágil y con falta de decisiones, poniendo a Daniel como la única persona que la podría comprender y en la que se aferró para sentirse querida y amada.

Además tomando en cuenta el tipo de vínculo que se da en los sujetos, se puede decir que el vínculo que se creó en el sujeto Daniel fue un vínculo adhesivo ya que en la relación con su madre ella fue la que inició a mostrar sus miedos y angustias al menor, por lo que desde sus fantasías preconceptivas y los deseos que ella tenía hacia con Daniel, se creó este vínculo adhesivo porque sentía temor

cada vez que él se separaba de ella o que algo malo le sucediera a él, incluso antes del nacimiento, por lo que esto fue aumentando durante el transcurso del desarrollo del paciente e intentó tenerlo cerca siempre de ella, incluso cuando se dio la separación, la sujeto madre hizo que permaneciera Daniel con ella y así mismo en él hubo miedo a la pérdida de sus objetos y a quedarse solo, por tal motivo es que él llega a tener conductas hostiles que las demuestra a su mundo, siendo esta la manera en que siente que tendrá un vínculo adhesivo, es decir que el sujeto no sabe cómo reaccionar ante el temor a la pérdida, inconscientemente es la forma en la que él intenta protegerse por el miedo a enfrentar su mundo de manera solitaria. Sin embargo como lo menciona uno de los autores, los vínculos directos con las madres se dan de distintas maneras, por eso es que además de que hay este vínculo entre ellos, se observa otro en relación al vínculo del control, usando en él la manipulación para no quedarse sola y así mismo viceversa en el caso de Daniel. No hay un vínculo de amor debido a la nula resolución del Edipo, dando como resultado una no separación entre madre e hijo y por la carencia de ternura y amor de la madre hacia con el menor.

Así mismo se creó un vínculo depresivo en Daniel por la culpa interna que ha sentido a raíz de la separación de los padres y que probablemente lo atribuye a su responsabilidad, quizás porque presenciaba los deseos inconscientes de los padres, donde no fue un niño deseado y planeado por ambos padres, principalmente por su figura paterna y porque dicho padre no se involucró en el embarazo. Los problemas maritales ya se venían presentando previo a la concepción y se acrecentaron cuando nació el menor; la madre refirió que se encontraba deprimida tiempo atrás antes de haber nacido Daniel lo que conllevó a que se generara más culpa en el niño por haber nacido y además por los conflictos que se han presentado en su familia. La culpa está presente en él y es algo que no ha podido soltar, es por eso que el menor cubre las necesidades de la madre para que ésta no lo vaya a abandonar como lo hicieron su padre y hermano y es así como se él ha aprendido a vivir con su figura materna, sintiendo que al satisfacer los deseos de la madre es como él se sentirá amado y que nunca estará solo si se somete a los deseos de ésta figura materna.

A raíz de la separación de sus figuras parentales es que Daniel lleva a cabo una depresión pero con anterioridad se observa que la madre nunca se mostró como una madre segura y paciente ante las conductas del niño sino por el contrario parte de sus conflictos internos que no ha resuelto con sus objetos es que han impactado en el menor y en lugar de haberle dado seguridad al sujeto, un sostén adecuado y confianza con su mundo externo, fue lo contrario porque las estructuras psíquicas de ella no lograron formar un yo fuerte.

Respecto a la depresión, observamos que ésta comenzó a partir de la separación de sus padres, dando como resultado una serie de conductas en las que Daniel comenzó a realizar, tales como berrinches, rebeldía, desobediencia, cambios en el estado de humor, agresión con la madre y con los externos a ella y así mismo falta de interés por lo que viene siendo el mundo externo por lo que esto comenzó a ser un conflicto para la figura materna debido a que no sabía cómo reaccionar ante estas conductas, ya que en todos lados Daniel no se adaptaba, incluyendo el ámbito escolar y esto comenzó a ser perjudicial para el menor. Como consecuencia ante ello, buscaba una solución como fue el querer suicidarse debido a que no veía sentido a su vida, el mundo se le vino abajo y con ello esperaba ser salvado por la figura materna, situación que comenzó a ser muy tarde porque la madre no veía lo que le sucedía a su hijo. Le ha sido difícil a Daniel poder adaptarse al mundo externo, de pronto quiere estar solo con su figura materna y otras veces desea estar lejos de ella, es decir que no encuentra un lugar donde se sienta cómodo, tranquilo, seguro, y esto, porque la familia no ha podido entender la problemática del menor, principalmente la madre.

El paciente actualmente no está en tratamiento por lo que sería importante que éste regresara para poder trabajar estos conflictos internos que él está sufriendo y que no ha podido superarlos como es la pérdida de dicho objeto el padre, y reparar las culpas internalizadas que le ha adjudicado la madre, trabajar su duelo por el que él está pasando y lograr que el yo se restablezca, buscando la fortaleza yoica. Además de trabajar también aún los conflictos que presenta en la etapa fálica-genital para poder resolver el Edipo y ayudar a resolver estas

angustias por las que él se encuentra hasta el momento. Además es importante mencionar que se necesita principalmente del apoyo de los padres para poder funcionar en el tratamiento, como de igual manera que la madre tomara terapia para que pueda resolver ella misma sus conflictos internos que no ha resuelto el relación a su infancia. Con el padre es importante rescatar la relación entre él y su hijo para que el sujeto Daniel logre identificarse con ese objeto y la relación entre ambos sea sana. La madre por su parte necesita brindarle su espacio y privacidad al sujeto, ayudándole a darle la confianza y seguridad que él espera que la madre le adjudique.

Por lo tanto la depresión que se manifestó en el paciente tiene que ver más con la situación familiar que vivieron ante la separación de los padres, así como el distanciamiento que se ha ido presentando entre los mismos miembros de la familia, el sujeto Daniel añora al padre y hermano y respecto a los cambios que vivieron tanto la madre como él, fueron los que el menor resintió y provocó dicha depresión además de que no había fortaleza Yoica. Sin embargo es importante mencionar que el tipo de apego que se instauró entre madre e infante fue lo que ocasionó que el paciente no tuviera suficientemente capacidad de afrontamiento ante las circunstancias por lo que esto venía cargado en su psique pero el evento de la separación de los padres fue el que se encargó de instaurar dicho padecimiento.

De antemano es importante mencionar que el trastorno de la depresión es causado por múltiples factores que no mencionaré en éste trabajo pero si comentar que en este trabajo se encontró un factor que tiene que ver con la relación y apego que se da entre la madre y el infante, pues como se mencionó anteriormente si no hay un apego seguro, es más probable que el niño(a) padezca de una depresión por no sentirse suficientemente seguros con su objeto materno, por tal motivo si la madre que es la principal cuidadora no ayuda a fortalecer el aparato psíquico del bebé durante el desarrollo de su vida, contando principalmente los primeros años de vida, será difícil que para el niño(a) afrontar los conflictos que se le vayan presentando en la vida adulta, es por ello que es

importante que se le dé la suficiente fuerza y oiga para que ante cualquier adversidad que haya en la vida del menor, pueda tener las herramientas y recursos psicológicos para afrontarlo y que pueda mantener así mismo relaciones vinculares sanas con su mundo externo.

CAPITULO 5. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1. LIMITACIONES

Respecto a las limitaciones se puede mencionar que se generaron algunos obstáculos en relación al trabajo de investigación, al inicio Daniel se encontraba en tratamiento conmigo por lo que ya se había planeado trabajar con este paciente, sin embargo por cuestiones de la institución y orden de su tratante, decidió darlo de baja en el tratamiento psicológico por lo que fue difícil después contactar a la madre del sujeto, sin embargo se pudo localizar a la señora posteriormente y accedió a trabajar en la investigación.

Cabe resaltar además que fue difícil encontrar un consultorio donde se permitiera llevar a cabo las entrevistas y la aplicación de pruebas psicológicas por lo que afortunadamente se encontró un lugar donde rentaban horas y al inicio se tuvo éxito pero después fue más difícil continuar en el lugar porque no coincidían los tiempos, finalmente se logró concretar todo el trabajo de campo en un consultorio que ya era mi espacio. Sin embargo en relación a la madre casi siempre nos pudimos ver y coincidir con los tiempos, salvo una ocasión pero no fue larga la espera, por el contrario los sujetos siempre fueron accesibles en la colaboración con el proyecto.

En relación a la búsqueda de la teoría fue algo difícil encontrar algunos temas ya que el material que se encontraba al inicio no tenía mucha información o casi no había datos relacionados al estudio que es depresión y vinculo, son escasas las literaturas y artículos por lo que fue difícil abarcar todo el marco teórico, sin embargo se logró investigar lo más que se pudo de dichos temas.

2. SUGERENCIAS

Finalmente como sugerencia, se puede mencionar que sería de utilidad tener más trabajos de campo en relación a este tema, casi no se encontraron o al menos en la ciudad de Morelia literatura suficiente de depresión infantil así como escritos del tema de apego y vínculo, por lo que pudiera ser que este trabajo impacte en la investigación para ayuda de otros lectores.

Se sugiere además que se puede trabajar con las madres ahora que se tuvo el conocimiento amplio del tema donde se pueda hacer un taller a las madres de los infantes con los que se trabaja en la institución para que así teniendo el conocimiento del padecimiento y los factores principales que influyen en la depresión de los menores, las madres prevengan este trastorno y así mismo lleven a cabo una relación de apego con los infantes sano y tengan los conocimientos y recursos para poder apoyar a sus hijos.

3. REFERENCIAS

- Abraham, K. (1924). Revisión crítica de “la formación de la personalidad y el carácter”, de H. Delgado (1920): *Intertiationale Zeitschrift fur Psychoanalyse*. 7: 308-309.
- Ainsworth, M. D. (1963). *The develompment of infant-mother interaction among the ganda*. Nueva york: Wiley.
- Ainsworth, M. D. (1967). *Infancy in Uganda: infant care and the growth of Attachment*. Press, Baltimore.
- Ainsworth, M. D; Bell, S. M y Stayton, D. (1971). Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. In H. Schaffer (ed.), *the origins of human social relations*. London: Academic press.

- Ainsworth, M.D. (1979). Infant-Mother Attachment. *American Psychologist*, 34 (10): 932-937
- Ajuriaguerra, J. (1972). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- Albanese, M.A., y Mitchell, S. (1993). Problem-based learning: A review of literatura on its outcomes and implementation issues. *Academic medicine*, 68: 52-81.
- Alvarado, A y Espinoza, M. (2010). *Las fantasías preconceptivas y su impacto en la formación del vínculo madre-hijo en niños con síndrome de down: estudio de caso* (Tesis de Licenciatura). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. Barcelona: Masson.
- Aparicio, M. (2008) Test de la familia. España: *Psicología Online*. Recuperado el 02 de Mayo del 2015, de <http://www.psicologia-online.com/articulos/2014/test-de-la-familia-corman.html#>.
- Arfouilloux, J. (1986). *Niños tristes: La depresión infantil*. México: Fondo de cultura económica.
- Arévalo, E. (2005). Adaptación y estandarización de la escala de actitudes hacia la relación madre-niño (R.ROTH): México, D.F: *Psicosystem*. Recuperado el 19 de Octubre del 2016 de <http://www.psico-system.com/2012/12/escala-de-actitudes-hacia-la-relacion.html>.
- Badinter, E. (1980). *Amor y más historia del amor maternal XVIIe-XXe siglo*. París: Flammarion.
- Balint, E. (1969). Las posibilidades de la medicina centrada en el paciente. *Royal colleague of general practitioners*. 17: 269-276. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/>
- Bar-Din, A. (1989). *La madre deprimida y el niño*. México: siglo veintiuno editores.

- Barudy, J., y Marquebreucq, A. (2006). *Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa
- Bayo, C. (2006). *Temperamento y alimentación. Una mirada desde la primera infancia*. 7mo congreso virtual de psiquiatría.
- Belda JC. (2007). *La información como prevención primaria en salud mental infantil. Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. 10: 63-69.
- Benjet, C., Borges, G., Medina, Ma., Fleiz, C y Zambrano, J. (2004). "La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento". *Revista salud pública*. 46 (5): 417-424. México, D.F. Recuperado de: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000099>.
- Bentacourt, L., Rodríguez, M. y Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Revista universidad médica*. 48 (3): 261-276. Bogotá, Colombia, Recuperado de: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/8-INTERACCION.pdf>.
- Berenstein, I. (1991). Reconsideración del concepto de vínculo. *Revista psicoanálisis*. 17 (2). APdeBA.
- Berenzon, S., Asunción, M., Robles, R y Medina, M. (2013). Depresión: estado de conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Revista de salud pública*. 55 (1): 74-80. México, DF, Recuperado de: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002796.
- Bermúdez, E. (2016). *Reflexiones acerca de la experiencia emocional de la maternidad: gestación y parto* (tesis de maestría). Pontificia universidad javeriana. Colombia, Bogotá.

- Bernat, M. (2014). *Actividades psicológicas*. México, D.F: Centro Eleia. Recuperado el 07 de Enero del 2016 de <http://www.centroeleia.edu.mx/pag/151/blg/85>.
- Berry, T., y Bertrand, G. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. España: Paidós psicología profunda.
- Bixler, R. H. (1949). *Limits are therapy*. *Journal of consulting psychology*. 13 (1): 1-11.
- Bornstein, B. (1951). *On latency*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 6: 279-285.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. España: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. España: Editorial nueva traducción.
- Bowlby, J. (1999). *Vínculos afectivos*. Barcelona: Morata.
- Bowlby, J. (2004). *Sexualidad infantil y apego*. Argentina: Morata.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Editorial Morata.
- Buxbaum, E. (1980). Between the Oedipus complex and adolescence: The “quiet” time. In *The Course of Life*. Volume II: Latency, Adolescence and Youth, Eds. S. I. Greenspan & G.H. Pollock. Washington, D.C.: U.S. pp. 121-135.
- Calderón, G. (1985). *Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Camacho, M y García, T. (2010). *Fantasías preconceptivas y su impacto en la formación del vínculo Madre-hijo adoptivo*. (Tesis de licenciatura). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.
- Cammer, L. (1969). *Desde la depresión*. Nueva York: Simon y Schuster.

- Cantero, M y Lafuente, M. (2010). *Vinculaciones afectivas: Apego, Amistad y Amor*. España: pirámide.
- Carrillo, A. (2008). *La vivencia del miedo en madres solteras para enfrentar la maternidad*. (Tesis de licenciatura). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.
- Cesio, S. (2000). Acerca del psicoanálisis de las relaciones vinculares. *Revista internacional de psicología*. 1 (2): 01-09. Guatemala. Recuperado de: <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/8/6>
- Chango, S., Stephany, P., Bravo, S y Geisy, G. (2012). *Propiedades psicométricas de un instrumento de apego para niños*. (Tesis de Pregrado). Universidad Rafael Urdaneta, República Bolivariana de Venezuela, Recuperado de: <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-12-05219.pdf>
- Collazos, D y Jiménez, A. (2015). Depresión infantil: caracterización teórica. *Revista gastrohnp*. 15 (2): 15-19. Palmira, Colombia, Recuperado de: <http://revgastrohnp.univalle.edu.co/a13v15n2/a13v15n2art3.pdf>.
- Cyrułnik, B. (2005). *El amor que nos cura*. Barcelona: Gedisa.
- Cytrin, L y Mcknew, DH. (1972). *Clasificación de la depresión infantil*. *Amer J psiquiatría*. 129: 149-55.
- Dallal, E y Castillo. (1997). *Caminos del desarrollo psicológico 1: de lo prenatal al primer año de vida*. México, D.F: Editorial plaza y Valdés.
- Da Rocha, R., Franco, C y Baldin, N. (2011). El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. *Revista brasileira de anestesiología*. 61 (2): 204-210. Univille, Brasil. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf
- Deutsch, H. (1994). *Psicología de la mujer*. Volumen 2. Buenos Aires: Paidós.
- Dicaprio, N. (1989). *Teorías de la personalidad (2a Ed.)*. México: McGraw-Hill.
- Dolto, F. (1996). *La causa de los niños*. España: Paidós.

- Eisler, R. (1996). *El cáliz y la espada*. Santiago: cuatro vientos.
- Enríquez, A., Padilla, P. y Montilla, I. (2008). Apego, Vinculación Temprana y Psicopatología en la Primera Infancia. *Informaciones psiquiátricas*. (3) 193: 249-292. Recuperado de: http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/03_193_03.htm.
- Estudio de caso*. (s.f.). N/a. Consultado el 02 de Mayo del 2015. Disponible en: <http://www.udlap.mx/intranetWeb/centrodeescritura/files/notascompletas/estudiodeCaso.pdf>.
- Evans, T., Whittingham. y Boyd, R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted. *Revista infant behavior & development*. 35: 1-11. Brisbane, Australia, Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638311001202>.
- Fazio, G. (s.f.). Las organizaciones psicóticas en la infancia. Recorrido teórico desde la perspectiva Winnicottiana. *Psicomundo Argentina*. Argentina. Recuperado de: <http://www.psicomundo.com/argentina/articulos/fazio.htm>.
- Feeney, J y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. España: Desclée de Brouwer.
- Fernández, F. (2001). *Claves de la depresión*. Madrid: cooperación editorial.
- Fernández, D. (2008). La importancia del padre en psicoanálisis. *Revista internacional de psicología*. 9 (2): 1-4. Guatemala. Recuperado de: <file:///C:/Users/Cyndi/Downloads/52-200-1-PB.pdf>
- Fernández, D. (2008). La importancia del vínculo fraterno. *Revista de psicología sociedad y cultura*. México, D.F. Recuperado de: <https://abraxasmagazine.wordpress.com/2008/04/25/la-importancia-del-vinculo-fraterno/>.
- Fonagy, P. (1999). "Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría". *Revista de psicoanálisis. Aperturas psicoanalíticas*, nº 3.
- Fonagy, I. (1993). *Le lettere Vive*. Bari: Dedalo.
- Freud, A. (1965). *Normalidad y patología en la niñez*. Paidós.

- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Obras completas, tomo IV (pp. 598-609). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901-1905). *Tres Ensayos Para Una Teoría Sexual*. Obras Completas, tomo VII (pp. 160-182). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). *Duelo y melancolía*. Obras completas, tomo XIV (pp. 241). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1967). *Acting Out*. En estudios psicoanalíticos. (pp. 97-107). México: Paidós.
- García, L. (2008). *Prevención de la depresión infantil*. (Tesis de licenciatura). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.
- Garibay, J., Jiménez, C., Vieyra, P., Hernandez, M y Villalón, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. *Revista de medicina e investigación*. 2 (2): 107-111. México, D.F. Recuperado de: http://www.uaemex.mx/RevMedInvUAEMex/docs/Vol2Num2/06_AO_DISFUNCION_FAMILIAR.PDF.
- Gastón, F. (s.f.). *Psicomundo Argentina*. Recuperado el 03 de Abril del 2015, de <http://www.psiconet.com/argentina/articulos/fazio.htm>.
- Guerra, NB. (2008). Sintomatología autista. Una mirada integrativa. *Interpsiquis*. 1.
- Gutiérrez, L. y Galleguillos, D (2011). *Desarrollo del vínculo de apego en la diada madre-bebé prematuro, que practicaron el método madre canguro (MMC) en la Unidad de Neonatología del Hospital San José*. (Tesis de pregrado). Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/168/Tesis.pdf?sequence>.
- Guzmán, N y Torres, A. (2011). *Fantasías preconceptivas y su relación en la formación de la imagen corporal en niños obsesos: un estudio comparativo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, México.
- Hart, S. (2011). *The Impact of Attachment*. New York: Norton.

- Hays, Sh. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- Hennessy, M., Deak, T y Schiml, P. (2010). Early attachment-figure separation and increased risk for later depression: Potential mediation by proinflammatory processes. *Revista Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 34: 782–790. Estados, Unidos. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763415001001>.
- Hernández, R. (s/a). *El Apego: El vínculo especial madre – hijo*. Recuperado el 25 de Mayo del 2016 de: <http://www.psicologia-online.com/infantil/apego.shtml>.
- Herrera, E., Losada, Y., Rojas, L y Gooding, P. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Revista de avances en psicología latinoamericana*. 27 (1): 154-164. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3>.
- Hildebrand, A.V (s.f.). Maternidad espiritual. *El llamado de cada mujer*. Recuperado de: <https://www.plough.com/es/temas/cultura/d%C3%ADas-feriados/dia-de-la-madre/maternidad-espiritual>.
- Jacobson, E. (1943). *El influjo de conflictos infantiles en estados depresivos y recurrentes*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jaroslavsky, E y Morosini, I. (s.f.). El vínculo en psicoanálisis. Buenos Aires: *Psicoanálisis e intersubjetividad. Familia, pareja, grupos e instituciones*. Recuperado de: <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=242&idd=6>.
- Klein, M. (1932). El psicoanálisis de niños. *Obras completas*. (pp.208). Paidós.
- Klein, M. (1937). Amor, culpa y reparación. En M. Klein (Ed.), *amor, culpa y reparación y otras obras 1921-1945*. (pp. 306-343). Nueva York: The free press.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniacodepresivos. *Obras completas*. (pp. 270-302). Buenos Aires: Paidós-Hormé.

- Knibiehler, Y y Catherine Fouquet. (1980). *Historia de madres medievales en nuestros días*. Paris: Montalba.
- Kolb, L. y Brodie, H.K. (1985). *Psiquiatría clínica*, sexta edición. México, D.F: interamericana.
- Ladrón, E., Alcalde, S y De la Viña, P. (2002). Depresión infantil. Un estudio en la provincia de Soria, *Revista de salud mental y psiquiatría comunitaria*. 4 (14): 31-34. Soria, España. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-iv/revista-14/031-depresion-infantil-un-estudio-en-la-provincia-de-soria%20.pdf>.
- Lafuente, M.J. (2010). *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor*. Madrid: pirámide
- Laing, R.D. y Esterson, A. *Cordura, locura y familia*. México, D.F: fondo de cultura
- Lang, M. y Tisher, M. (2014). CDS. *Cuestionario de Depresión para Niños. Manual, 8.ª edición* (Seis dedos, N., adaptador). Madrid: TEA Ediciones. (Obra original publicada en 1978).
- Laplanche, J., Fonagy, P., Colombo, E., Scarfone, D., Fedida, P., André, J y Squires, C. (2004). *Sexualidad infantil y apego*. Argentina: Editorial siglo veintiuno.
- Laplanche, J y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lartigue, T y Vives, J. (1994). *Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil durante el embarazo*. México, D.F. Universidad Iberoamericana.
- Lebovici, S. (1983). *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Lickenbrok, D. y Braungart, J. (2015). Examining antecedents of infant attachment security with mothers and fathers. An ecological systems perspective.

- Revista infant behavior & development*. 39:173-187. Estados, Unidos.
Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638314200075>
- López, M. (2012). *Noticias de la Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C.* México, D.F: recuperado de: <http://boletinesapm.blogspot.mx/2012/12/el-embarazo-y-sus-vicisitudes.html>.
- López, M. (2014). *El impacto del vínculo patológico temprano en las relaciones de objeto en los adolescentes: Estudio de caso*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, México.
- López, N. y Sueiro, E. (2008). Células madre y apego en el cerebro de la mujer. Universidad de Navarra. Recuperado de: http://unav.es/noticias/natalialopez_cerebroembarazada.pdf
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedimientos para identificar a los bebés como desorganizados/ desorientados durante Ainsworth strange situation. *Apego en la edad preescolar: teoría, investigación e intervención*. Chicago: Prensa de la universidad de Chicago.
- Malmquist, C.O. (1983). Depresión mayor en la infancia: ¿por qué no sabemos más?. *American Journal of Orthopsychiatry*. 53 (2): 262-68.
- Manzo, M.C. (2010). *El impacto de las fantasías preconceptivas en el vínculo madre – hijo*. Reporte de investigación. México: UMSNH.
- Manzo, M.C. (1995). *La depresión infantil y su relación con la familia disfuncional*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Vasco de Quiroga. Morelia, México.
- Manzo, M.C., Torres, A y Dennis, N. (2013). *El impacto de las fantasías preconceptivas y el vínculo en la formación de la imagen corporal infantil en niños obesos: un estudio comparativo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo. Morelia, México. Recuperado de: http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congreso/po16-maria-del-carmen-manzo-chavez-annelisse-torres-fernandez-nancy-dennis-guzman-torres.pdf.

- Martínez, J., Fuertes, A., Orgaz, B., Vicario, I y González E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Revista Scielo*, 30 (1): 211-220.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI Facultad de Psicología*, 9 (1): 123-146.
- Martínez, V. (2007). Sintomatología depresiva en niños: estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 10 (3): 73-88. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num3/art6vol10n3.pdf>.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14 (1): 321-332. Recuperado de: <file:///C:/Users/Cyndi/Downloads/24815-44667-1-PB.pdf>.
- Mead, M. (1962). Educación y Cultura. Buenos Aires: Paidós.
- Molero, J., Sospedra, R., Sabater. y Plá, L. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *INFAD Revista de psicología*, 1 (1): 511-520. Recuperado de: http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen1/INFAD_010123_511-520.pdf.
- Molina, M. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la identidad de la mujer. *Revista Psykhe online*. 15 (2), 93-103. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200009
- Morosini, I. (s.f.). Psicoanálisis e intersubjetividad. n.a. *Vincularidad simbiótica filial: El infante capturado por el deseo y el discurso materno*. Disponible en: <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulop.asp?id=162&idioma=&idd=1>.
- Muñoz, M., Poo, A., Baeza, B y Bustos, L. (2015). Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Revista Child*

- pediatric*. 86 (1), 25-31. Temuco, Chile. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-pediatria-219-articulo-riesgo-relacional-madre-recien-nacido-estudio-90407020>.
- Oates, J y Woodhead, M. (2005). *Relaciones de apego. La calidad del cuidado en los primeros años*. Reino Unido: Thanet Press Ltd, Margate.
- Ogden, CL., Flegal, KM., Carroll, M., y Johnson, CL. (2002). *Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents*. 288 (1): 728-732.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*. 4 (1): 65-81. Sevilla, España. Recuperado de: <http://revgastrohnp.univalle.edu.co/a13v15n2/a13v15n2art3.pdf>.
- Ortiz, J., Borré, A., Carrillo, S. y Gutiérrez, G. (2006). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista latinoamericana de psicología*. 38 (1), 71-86. Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n1/v38n1a05>.
- Palomar, C. (s.f.). *“Malas madres”: la construcción social de la maternidad*. Recuperado de: http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/030_02.pdf.
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2005). *Desarrollo Humano*. 9a Edición. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D., y Wendkos, S (1997). *Psicología*. 1ª Edición. México: McGraw-Hill.
- Péndola, M. (2015). La importancia del vínculo en pareja. *Revista flappsip*. Volumen 3. Buenos Aires. Recuperado de: <http://intercambiopsicoanalitico.com/2015/articulos/la-importancia-del-vinculo-en-pareja/>.
- Pérez, M., y García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 13 (3): 493-510. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>.

Pichón-Riviére, E. (2002). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial nueva visión.

Programa de Estudios Desarrollo y sociedad (PREDES). (2007). *Facultad de ciencias de la Universidad de Chile*. Recuperado de: http://campus.aldeasinfantiles.org.bo/upload/files/doc_interes/Proteccion%20Social%20y%20Primera%20Infancia.pdf.

Ramírez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista IIPSI*, 13 (2), 221-230. San Marcos, Perú. Recuperado de: <http://www.e-thinkingformacion.es/wp-content/uploads/2014/03/LAS-RELACIONES-OBJETALES-Y-EL-DESARROLLO-DEL-PSIQUISMO.pdf>.

Raznoszczyk, C. (2006). Regulación afectiva diádica madre-bebé y autorregulación del infante en la estructuración psíquica temprana. *Revista latinoamericana de psicología*. 13: 185-191. Buenos Aires. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862006000100050.

Repetur, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista digital universitaria*, 6 (11): 1-15. Recuperado de: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf.

Reyes, N. (2000). *Observación de bebés*. México, DF: Plaza y Valdez.

Riva, C., Lerardi, E., Gazzotti, S. y Albizzati, A. (2014). Motherhood in adolescent mothers: Maternal attachment, mother-infant styles of interaction and emotion regulation at three months. *Revista infant behavior & development*. 37: 44-56. Milan, Italy. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638314000022>.

Robles, E., Oudhof, H y Mercado, A. (2015). Vínculo parental y tareas de crianza en una muestra de mujeres mexicanas. *Revista electrónica de psicología*

- Iztacala*. 18 (3): 1285-1300. México, D.F. Recuperado de: <file:///C:/Users/Cyndi/Downloads/52696-148450-1-PB.pdf>.
- Robles, R. (2012). Maternidad: ¿un deseo femenino en la teoría freudiana? *Revista Nomadías*. 16: 119-135. Chile. Recuperado de <http://www.nomadias.uchile.cl/index.php/NO/article/viewFile/24966/26317>.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. España: McGraw-Hill.
- Sandler, J., y Joffe, W. (1965). Notas sobre la depresión infantil. *Int. Psycho-Anal.* 46: 88-96.
- Sánchez, J. (2008). Los vínculos sociales como formas de regulación. Reflexiones sobre el poder de los vínculos en la sociedad colombiana. *Revista de ciencias sociales y humanidades*. 17 (34): 204-234. Ciudad, Juárez. Recuperado de: <file:///C:/Users/Cyndi/Downloads/Los%20v%C3%ADnculos%20sociales%20como%20formas%20de%20regulaci%C3%B3n.%20Reflexiones%20sobre%20el%20poder%20de%20los%20v%C3%ADnculos%20en%20la%20so.pdf>.
- Santamaría, R. (2002). Acerca del método psicoanalítico de investigación. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Redalyc.org)*. 23: 49-63. Distrito, Federal. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/373/37302307.pdf>.
- Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. Ciudad de México: Trillas.
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida*. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Spitz, R. y Wolf, K.M. (1946). Depresión analítica: una investigación sobre la génesis de las condiciones tempranas, II. *Estudio psicoanalítico del niño*. 2: 313-342.
- Stake, R (1999). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Morata.
- Stern, D.N., Bruschiweiler, N y Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te cambia la vida para siempre*. Barcelona: Editorial Paidós ibérica.

- Tomas, U. (3 de Noviembre, 2011). El Psicoasesor. Recuperado el 02 de Mayo del 2015, de <http://elpsicoasesor.com/test-de-apercepcion-infantil-c-a-t-a-y-c-a-t-s/>.
- Tomas, U. (18 de Abril del 2012). El psicoasesor. Recuperado el 09 de Junio del 2015 de: <http://elpsicoasesor.com/test-de-pata-negra/>.
- Tomas, U. (03 de Junio del 2014). El psicoasesor. Recuperado el 08 de Junio del 2015 de: <http://elpsicoasesor.com/guia-de-test-psicometricos-y-proyectivos/>.
- Tooten, A., Hall, R., Hoffenkamp, H., Braeken, J., Vingerhoets, A. y Van, H. (2014). Maternal and paternal infant representations: A comparison between parents of term and preterm infants. *Revista infant behavior & develompment*. 37: 366-379. Nederland. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638314000472>.
- Umbarger, U. (2008). *Terapia familiar estructural*. Amorrourtu editores.
- Urribarri, R. (1999). Descorriendo el velo sobre el trabajo de latencia. *Revista Latino-Americana de Psicanálise-FEPAL*, 3 (1): 257-292.
- Valencia, M. Y González, W. (2008). Etiología del apego y del reconocimiento en el ser humano. *El hombre y la máquina*. 31: 40-51. Cali, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/478/47803104.pdf>
- Vallejo, A., Osorno, R y Mazadiego, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Revista redalyc*. 13 (1): 91-105. Xalapa, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213108>
- Vallejo, R. (s/a). Narcisismo y relaciones parentales. *Uaricha Revista de psicología*, Morelia, Michoacán. Recuperado de: http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_03_038-041.pdf
- Vidal, A. (2015). Historia de vida. Qué es y cómo hacerla. México: *simbólicos psicoterapia*. Recuperado de <http://www.simbolics.cat/cas/historia-de-vida-que-es-y-como-hacerla/>

- Villanueva, C y Sanz, L.J. (2009). Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. *Revista Pediatría Atención Primaria*. XI (43): 457-469. Madrid, España. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n43/8_revisiones.pdf.
- Villareal, A. (s/a). *Fantasías preconceptivas, intersubjetividad, y el nacimiento del complejo de Edipo*. Recuperado el 06 de Enero del 2015, de http://www.fepal.org/images/2004mitos/fantasias_preconceptivas_-_alberto_villareal.pdf.
- Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, H., Trujillo, C y Quiceno, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression inventory” –CDI-. *Revista redalyc*. 2 (2): 217-227. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920203>.
- Vives, J., Lartigue, T y Córdova, A. (1994). *Apego y vínculo*. En Vives, J., Lartigue, T (coord.). *Apego y vínculo materno-infantil*. México: Udg-APJ, pp 13-25.
- Vives, J. (1992). Los precursores del vínculo humano. *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*. XXXI (1-2): 25-35.
- Wallace, K. (2014). Depresión y Ansiedad, las Enfermedades Silenciosas en Niños y adolescentes en CNN México. Recuperado de: <http://mexico.cnn.com/salud/2014/08/14/depression-y-ansiedad-las-enfermedades-silenciosas-en-ninos-y-adolescentes>.
- Widlocher, D., Laplanche, J., Fonagy, P., Colombo, E., Scarfone, Dominique., Fedida, .P., André, J y Squires., (2004), *sexualidad infantil y apego*, Argentina: siglo veintiuno.
- Winnicott, D. (1957b). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Lumen.
- Winnicott, D. (1972). *Objetos transicionales y fenómenos transicionales*. Buenos Aires: galerna.
- Winnicott, D. (1960). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador (2 Ed.)* Barcelona: Gédisa.
- Winnicott, D. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Argentina: Lumen Horné.

Winnicott, D. (2005). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Yan, D., Xiu, X., Zheng, Hui, L. y Wei, W. (2012). Study of mother-infant attachment patterns and influence factors in shanghai. *Revista early human development*. 88: 295-300. China. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378211002933>.

4. ANEXOS

Anexo 1. Test de la familia.

Test hecho por el menor



Roberto era sordo ¡ le gustaba estudiar a los 23 se casó con María
a los 3 meses se en bñaso tubo un hijo llamado Juan Carlos des pves
hacia Jose era un gran estudio como su hermano. Actualmente viven
en una casa de Zipitón / San Felipe.

Anexo 2. Inventario de Depresión Infantil

9

CDI: INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

A = 0
B = 1
C = 2

Instrucciones de Aplicación:

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti"

- DISTONIA*
- A 1-De vez en cuando estoy triste.
B Muchas veces estoy triste. X
C Siempre estoy triste.
- DISTONIA*
- C 2-Nunca me va a salir nada bien.
B No estoy muy seguro de si las X
cosas me van a salir bien.
A Las cosas me van a salir bien.
- DISTONIA*
- A 3-La mayoría de las cosas las
hago bien.
B Muchas cosas las hago mal. X
C Todo lo hago mal. X
- DISTONIA*
- A 4-Muchas cosas me divierten. X
B Algunas cosas me divierten.
C Nada me divierte.
- Autorstima*
- C 5-Siempre soy malo o mala.
B Muchas veces soy malo o mala. X
A Algunas veces soy malo o mala.
- DISTONIA*
- A 6-A veces pienso que me X
puedan pasar cosas malas.
B Me preocupa que pasen cosas
malas.
C Estoy seguro de que me
pasarán cosas muy malas.
- Autorstima*
- C 7-Me odio. X
B No me gusta como soy.
A Me gusta como soy.
- Autorstima*
- C 8-Todas las cosas malas son por X
mi culpa.

B Muchas cosas malas son por mi culpa.

A Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.

Autoestima
A 9-No pienso en matarme.

B Pienso en matarme pero no lo haría. X

C Quiero matarme.

Disforia
C 10-Todos los días tengo ganas de llorar.

B Muchos días tengo ganas de llorar. X ✓

A De vez en cuando tengo ganas de llorar.

Disforia
C 11-Siempre me preocupan las cosas.

B Muchas veces me preocupan las cosas. X ✓

A De vez en cuando me preocupan las cosas.

Disforia
A 12-Me gusta estar con la gente.

B Muchas veces no me gusta estar con la gente. X ✓

C Nunca me gusta estar con la gente.

Autoestima
C 13-No puedo decidirme. X

B Me cuesta decidirme.

A Me decido fácilmente.

Autoestima
A 14- Soy simpático o simpática.

B Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.

C Soy feo o fea. X

Autoestima
C 15-Siempre me cuesta hacer las tareas.

B Muchas veces me cuesta hacer las tareas. X

A No me cuesta hacer las tareas.

Disforia
C 16-Todas las noches me cuesta X ✓

dormir.

- B Muchas veces me cuesta dormir.
- A Duermo muy bien.

DISFONIA

- A 17- De vez en cuando estoy cansado o cansada. X
- B Muchos días estoy cansado o cansada.
- C Siempre estoy cansado o cansada.

DISFONIA

- B 18- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
- C Muchos días no tengo ganas de comer. X
- A Como muy bien.

DISFONIA

- A 19- No me preocupan el dolor ni la enfermedad. X
- B Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.
- C Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.

DISFONIA

- A 20- Nunca me siento solo o sola.
- B Muchas veces me siento solo o sola.
- C Siempre me siento solo o sola. X

DISFONIA

- C 21- Nunca me divierto en el colegio. X
- B Sólo a veces me divierto en el colegio. X
- A Muchas veces me divierto en el colegio.

DISFONIA

- A 22- Tengo muchos amigos.
- B Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- C No tengo amigos. X

Autocriticas

- A 23- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- B Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. X
- C Llevo muy mal los cursos que

antes llevaba muy bien.

^{Autostima}
C 24-Nunca podré ser tan bueno X
como otros niños.

B Si quiero, puedo ser tan bueno
como otros niños.

A Soy tan bueno como otros niños.

^{Autostima}
C 25-Nadie me quiere.

B No estoy seguro de que alguien X
me quiera.

A Estoy seguro de que alguien me
quiere.

^{Dif. F. C.}
26-Generalmente hago lo que
me dicen.

B Muchas veces no hago lo que X
me dicen.

Nunca hago lo que me dicen.

^{Dif. F. C.}
A 27-Me llevo bien con la gente.
Muchas veces me peleo. X
Siempre me peleo.

TOTAL: 33

Presencia de síntomas Depresivos

Anexo 3. Test de Pata Negra

Test de

PATA NEGRA

Hoja de anotación

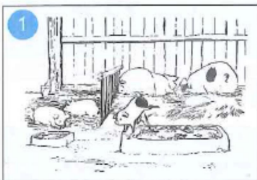
Apellidos y nombre: _____

Edad: 9 Fecha de examen: 10/05/16

Examinado por: Cynthia Alejandra Ferras

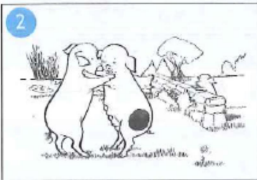
PORTADA

FAMILIA VERDADERA



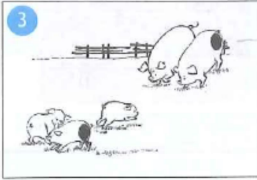
Temas Un día Juan estaba comiendo y como no encontraba bien se subió donde estaba la comida de los cerdos y se le resbaló la pata y se manchó y luego la sacó y se bajó. Sin saber q se había manchado se acostó otra vez.
 Que le sea Juan 79 no le importa mancharse la pata, "yo feliz de la vida"

A NA PN 1º BL 2º BL P M F N



Temas No gusta xq los cerdos no se pueden ablarar

A NA PN 1º BL 2º BL P M F N



Temas Al día siguiente Beto se dio cuenta de la mancha q tenía Juan, al verlo se burló de él y cuando después Julia se burló, Juan se enojó y mandó a Beto y Beto mandó a él, los papás los separaron, y vieron q tenía una mancha y ¿a q? los dijeron los papás a Beto y a Julia q no se burlaran de él.

A NA PN 1º BL 2º BL P M F N



Temas P.N en la vida durmía y comenzó a sufrir como si estuviera en la gineja. una prisiona lo vio y lo metió una caja y los papás llegaron y todos, hasta q después y decidió regresar aunque duró mucho en llegar y durmía.

A NA PN 1º BL 2º BL P M F N



Temas No le gusta x' q' la cabra tiene barba

A NA PN 1° BL 2° BL P M F N



Temas uno vez ya escapado, vio a lo lejos los árboles y fue a ver. En lo fondo estaba el medio camino q' no sabía x' cual de 4 caminos iba, cuando entró a uno, vio q' había muchos árboles y fue para la derecha y preguntó: ¿Dónde estoy? Se subió a la montaña y vio una granja y pensó registrar y se hizo de noche, se dio vuelta y durmió en una curva.

A NA PN 1° BL 2° BL P M F N



Temas P'ro se sentía incomprendido x' q' no lo querían en su casa x' q' su hermano con su papa y hermano con su mamá y él se sentía solo. Su papá le su sintió mal y su mamá le dijo q' iba estar bien todo, q' ya había dicho q' no se burlaran de él x' q' una vez ellos (hermanos) se burlaron y PN decidió escaparse.

A NA PN 1° BL 2° BL P M F N



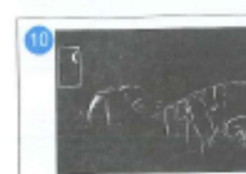
Temas Al día siguiente, notaron q' Juan no estaba y al ver iban los hermanos a buscar a los papas y ellos estaban durmiendo. Fueron los hermanos a buscarlo y en el camino pasaron a unas granjas, al girar se acordó q' PN había pasado de su comida y le mandó la nota. Los papas fueron a ver y le explicaron al girar y pensaron q' era Juan y los y fueron a buscarlo a PN.

A NA PN 1° BL 2° BL P M F N



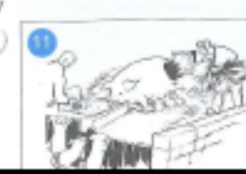
Temas PN se dio cuenta al despertar q' estaban llevando la comida y vio un charco de agua y vio agua y se subió y se resbaló y se manchó dos 2 platos mejor y culpó a su papá. El hermano vio y se fue también al charco.

A NA PN 1° BL 2° BL P M F N



Temas x' q' todo está oscuro y no me gusta

A NA PN 1° BL 2° BL P M F N



Temas P'ro estaba recordando q' no quería irse x' q' recordaba q' su mamá los iba a venir a esta granja y él pensó q' a eso PN había escapado x' q' tenía miedo PN.



12 Temas Pa como está el pogo. feliz está el pogo como si no hubiera pasado nada

A NA PN 1° BI 2° BI P M F N



13 Temas no le gusta x q' está igual q' el del pogo.

A NA PN 1° BI 2° BI P M F N



14 Temas No le gusta x q' tiene miedo si mira a la mamá

A NA PN 1° BI 2° BI P M F N



15 Temas Ganamos los 2 hermanos arrojados vienen a Juan y lo vieron aterrado, en la tarde dijo que iba a salir x q' los hermanos lo vieron al hermano lo siguió y luego está hermano y vio al hermano q' PN estaba comiendo pero vio q' era un sueño y lo ignoró

A NA PN 1° BI 2° BI P M F N



16 Temas Al dormir PN, Juan q' estaba en donde estaba más en un camino de árboles, se acordó q' fue a la derecha y se subió a la montaña a la taja vio la granja y bajo y no durmió, se fue luego luego y se trajo un queso y agua y en su sueño tardó horas en bajar la granja pero cuando usó vio una luz q' se estaban hablando

A NA PN 1° BI 2° BI P M F N

ya despierto le preguntaron si aún había estado y se alegró de verlo



18 Temas Porque luego se cae PN.

A NA PN 1° BI 2° BI P M F N

¿Quién es el más feliz?	¿y el menos?
¿Quién es el más simpático?	¿y el menos?
¿A quién prefieres?	
¿Qué será de PN cuando sea mayor?	
¿Qué piensa de su pata negra?	



EL HADA

- 1º deseo: ① no se los lleven a los hermanos a de ^{granja}
- 2º deseo: ① logre encontrar la granja (Su Hogar)
- 3º deseo: ① todos los de su familia sean felices

SÍNTESIS

- 1- El más feliz Juan y su hermana x'q' Juan juega en muchos parques y la hermana no le pasa nada de accidentes.
- 2- La mamá x'q' está muy preocupada x' PN.
- 3- Juan x'q' está chivo y no comprendía lo de la mancha.
- 4- El hermano x'q' lo maldice al pata, el hermano y su papá.
- 5- La mamá x'q' trata de hacer lo posible x'q' no se bulicem de Juan y se preocupa x' el, hizo el esfuerzo al q' no se lo lleven a Juan.
- 6- Si va hacer grande, va a hacer otra familia y será feliz de la vida.
- 7- Le da risa al principio, ya luego q' se bulicem de él y le pusieron apodos su capote a enfadar y no sabía x'q' la tenía a le hacen bullying. (ya luego el papá y el hermano comprenden la mancha)

Anexo 4. Entrevista de Historia del Desarrollo

ENTREVISTA DE HISTORIA DEL DESARROLLO

Este cuestionario tiene la finalidad de recabar información sobre la historia del desarrollo de su hijo (a), conteste con la mayor precisión y sinceridad que le sea posible.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del menor: _____ Sexo: M () F ()

Edad: Años _____ Meses _____ Días _____ Fecha de Nacimiento _____

Escolaridad _____ Escuela _____

Estado general de salud _____

Nombre del Padre _____ Edad _____

Estado general de salud _____

Hábitos viciosos _____

Ocupación _____ Escolaridad – Profesión _____

Nombre de la Madre _____ Edad _____

Ocupación _____ Escolaridad – Profesión _____

Estado general de salud _____

Hábitos viciosos _____

Domicilio _____

Calle Número Colonia

Código Postal Ciudad y Estado Teléfono (s)

Estructura de la pareja:

() Casados () Separados () Viudo () Unión libre

() Divorciados () Madre soltera

Con quién vive el niño (a):

II. DATOS DE LOS HIJOS

HIJOS	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD RENDIMIENTO	EDO DE SALUD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

ENFERMEDADES	PADRE	MADRE	QUIÉN
Diabetes			
Tuberculosis			
Meningitis			
Encefalitis			
Epilepsia			
Hipoacusia			
Deficiencia mental			
Trastornos mentales			
Sífilis			
Alcoholismo			
Drogadicción			

IV. EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

No. De embarazo de la madre: _____ Abortos: _____ Causa de abortos: _____

Embarazo deseado: Sí () No () Gesta No. _____

Edad de la madre al embarazarse _____ Actitud de la familia ante el embarazo: _____

V. PADECIMIENTOS DE LA MADRE:

Náuseas		Mareo		Vómito	
Sangrado		Dolor abdominal		Amenaza de aborto	
Erupciones		Intoxicaciones		Toxoplasmosis	
Cefalea		Gripe		Amigdalitis	
Irritabilidad		Estrés		Trastornos emocionales	
Hipotensión arterial		Hipertensión arterial		Cardiopatías	
Anemia		Incompatibilidad sanguíneas		Leucemia	
Varicela		Albúmina		Fiebre	
Rubeola		Sarampión		Trastornos del riñón	
Infecciones		Reumatismo		Trastornos del hígado	

¿De qué tipo? _____

En caso de haber sufrido alguna enfermedad describa cuadro _____

Sufrió la madre: Accidentes () Traumatismos () Radiaciones ()

Describe

Se administró algún medicamento durante el embarazo: _____

VI. CONCEPCIÓN Y EMBARAZO

Al enterarse de su embarazo:

1.-La situación de la familia era:

Estable ()

Inestable ()

Satisfactoria ()

2.-Explique:

3.- ¿Había planeado tener ese niño (a)? _____

4.- ¿Cuál era la disposición de tener al niño, tanto del padre como de la madre?

5.-¿Cuál sexo preferiría que fuera? _____

6.-¿Terminó el embarazo a tiempo? _____

7.-¿Cómo fue la salud de la madre durante el embarazo? _____

8.-¿Tuvo vómitos? _____ ¿Sangrados? _____ ¿Nerviosismo? _____

9.-¿Qué problemas tuvo durante el embarazo? _____

VII. NACIMIENTO

10.-¿Cómo fue el parto? Espontáneo () Inducido () Cesárea ()

11.-¿Se utilizó anestesia? _____ ¿Qué tipo de anestesia? _____

12.-¿Se utilizó fórceps? _____

13.-Describa sus recuerdos acerca del parto _____

14.-¿Cuántas horas duró el trabajo de parto? _____

15.-¿Hubo complicaciones? _____ ¿Cuáles? _____

16.-¿Cuánto midió y pesó el niño al nacer? _____

17.-¿Respiró pronto? _____ ¿Nació sano? _____

18.-¿Qué complicaciones hubo? _____

19.-¿En cuál hospital nació? _____

20. ¿Cuál fue la primera reacción o impresión de la madre al ver al bebé? _____

21.-APGAR al nacer: _____ ¿Tomó algún curso de parto psicoprofiláctico? _____

VIII. ALIMENTACIÓN

22.-Se le alimentó: con pecho () con biberón () ambos ()

23.-Explique la razón de su elección _____

24.-¿Cuándo se le empezó a dar otros alimentos? _____

25.-¿Cuándo se le quitó el pecho definitivamente? _____

26.-¿De qué manera se le quitó el pecho? _____

27.-¿Cuál fue la reacción del niño cuando le quitaron el pecho? _____

28.-¿Hubo cólicos? Si () No (). ¿Qué tan frecuentes? _____

29.-¿Alergia a alimentos? _____

30.-Indique si hubo otras complicaciones en el área alimenticia _____

31.-¿Cuándo se le quitó definitivamente el último biberón? _____

32.-Explique cómo era y ha sido el apetito del menor hasta ahora: _____

33.-¿Fue o ha sido necesario forzar la alimentación? ¿Por qué? _____

IX. SUEÑO

34.-Horario: Diurno _____ Nocturno _____

35.-Ritual para irse a la cama _____

36.-¿Precisa la luz para dormir? _____

37.-¿Fue o ha sido inquieto al dormir? _____

38.-¿A qué edad durmió por primera vez sin interrupciones durante toda la noche? _____

39.-¿Es sonámbulo o lo ha sido? _____ ¿A qué edades? _____

40.-¿Ha presentado o presenta resistencia para ir a la cama? _____

41.-¿Habla durante el sueño? _____

42.-¿Se despierta gritando? _____ ¿Dice por qué? _____

43.-¿Dice tener pesadillas? _____ ¿Sobre qué? _____

44.-Terror nocturnos () Sueño intranquilo () Rechina los dientes ()

45.-Reacción de los padres ante alguna de estas manifestaciones _____

46.-¿Con quién ha dormido durante las diferentes edades? _____

47.-¿En la misma cama? _____

48.-¿Ha tenido o tiene miedo de dormir solo? _____

X. ENTRENAMIENTO DE ESFÍNTERES

49.-¿Cuándo empezó a educarlo para que fuera al baño? _____

50.-¿Cuándo para que obrase en el baño? _____

51.-¿Cuándo estuvo completamente educado para ambas cosas? _____

52.-¿Qué métodos se usaron para esta educación? _____

53.-¿Cómo reaccionó él para esta educación? _____

54.-¿Se siguió orinando en la cama? _____ Explique _____

55.-Una vez que aprendió, ¿volvió en ocasiones a hacerse en la cama o en los pantalones?

No () Si (). Explique _____

56.-Lateralidad: Zurdo () Diestro () No definida ()

XI. LENGUAJE HABLADO

57.-¿A qué edad trató de darse a entender? _____

58.-¿A qué edad dijo palabras por primera vez? _____

59.¿Cuáles fueron? _____

60.-¿A qué edad dijo frases o logró unir palabras? _____

61.-¿A qué edad dijo su nombre por primera vez? _____

62.-¿Ha notado usted que el niño tenga algún trastorno del habla? _____

63.-¿Cuál? _____

64.-¿Desde cuándo? _____

XII. DESARROLLO MOTOR

65.-¿A qué edad logró sostener la cabeza? _____

66.-¿A qué edad logró voltearse solo? _____

67.-¿A qué edad se sentó con ayuda? _____ ¿Sin ayuda? _____

68.-¿A qué edad gateó? _____

69.-¿A qué edad logró ponerse de pie? _____

70.-¿A qué edad logró caminar con ayuda? _____ ¿Sin ayuda? _____

71.-¿Cómo son sus movimientos en general? _____

72.-¿Cómo ha sido su crecimiento? Explique: _____

73.-¿Cuáles han sido y cuáles son sus actividades físicas preferidas? _____

74.-¿A qué edad aprendió a andar en triciclo? _____

75.-¿A qué edad aprendió a andar en bicicleta? _____

XIII. DESARROLLO SOCIAL

76.-Tiempo que la madre dedica a su hijo _____

77.-Tiempo que el padre dedica a su hijo: _____

78.-Describa la relación padre madre: _____

79.-Describa la relación padre e hijo _____

80.-Describa la relación madre e hijo _____

81.-Describa la relación hermanos hijos _____

82.-Describa la relación del niño con otros familiares _____

83.-¿Quién se hace responsable del niño el tiempo que permanece en casa? _____

XIV. COMPORTAMIENTO SOCIAL:

Obediente		Extrovertido		Sociable		Hiperactivo	
Tímido		Introverso		Dependiente		Hipoactivo	
Miedoso		Berrinchudo		Agresivo			

XV. DESARROLLO SEXUAL

84.-¿A qué edad se dio cuenta de la diferencia entre los niños y las niñas? _____

85.-¿Cómo lo expresó? _____

86.-¿Cuándo y cómo mostró curiosidad sobre el origen de los niños? _____

87.-¿Cómo respondieron los padres a esta curiosidad? _____

88.-¿A qué edad notaron los padres que el menor tuviera tendencia a tocarse los genitales? _____

89.-¿Cómo manejaron los padres esta tendencia? _____

90.-¿Con cuál miembro de la familia se notó que el menor tendía a copiar la manera de ser? _____

91.-¿Qué preparación se le ha dado al menor acerca de lo sexual? _____

92.-En caso de ser niña: ¿Se le preparó para la menstruación? ¿Cómo? _____

93.-En caso de ser niño. ¿Se le preparó para las primeras eyaculaciones? _____

94.-¿Qué actitudes ha presentado el menor hacia su sexo y su crecimiento? _____

XVI. HISTORIA ESCOLAR

95.-¿A qué edad se llevó por primera vez al jardín de niños o a la escuela? _____

96.-¿Cómo reaccionó? _____

97.-¿Cuál ha sido su aprovechamiento escolar en los diferentes grados? _____

98.-¿Superior o inferior a sus capacidades? _____

99.-¿Cómo se relaciona con sus compañeros de la escuela? _____

100.-¿Cómo se relaciona con sus maestros? _____

101.-¿Cómo se han sentido los padres hacia los éxitos o fracasos que el menor ha tenido en la escuela? _____

102.-¿Cuáles son las materias que más se le dificultan? _____

XVII. HISTORIA DE LA SALUD

103.-¿Qué enfermedades ha sufrido el menor y a qué edades? _____

104.-¿Qué tratamiento se le dio a éstas enfermedades? _____

105.-¿Qué accidentes ha tenido y a qué edades? _____

106.-¿Qué efectos produjeron estas enfermedades o accidentes en el niño y en la familia? _____

107.-¿Ha estado alguna vez hospitalizado? _____ ¿Dónde? _____

_____ ¿Cuándo? _____

¿Porqué? _____

108.-¿Fue separado de los padres durante la hospitalización? _____

109.-¿Qué se le dijo al menor acerca de que iba a ser hospitalizado? _____

110.-¿Ha sufrido operaciones? _____ Explique _____

111.-¿Ha sufrido procedimientos dentales complicados? _____

Explique _____

112.-¿Qué se le dijo, cómo fue operado? _____

XVIII. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

113.-¿Le gustaba al menor abrazar a su madre desde los primeros meses? _____

114.-¿A otras personas? _____

115.-¿Respondía con gusto cuando sus padres se acercaban o se abrazaban? _____

116.-¿A qué edad se sonrió por primera vez? _____

117.-¿A qué edad se notó que la sonrisa hacia la madre era más intensa y diferente (que reconocía a la madre)? _____

118.-¿A qué edad se notó que mostraba reacción de miedo frente a los extraños? _____

119.-¿Qué tan intensamente expresaba sus sentimientos cuando era pequeño? _____

120.-¿Y en la actualidad? _____

121.-¿Cómo fue reaccionando a diferentes edades cuando se le negaba algo o no se le daba gusto en algo? _____

122.-¿Qué tan frecuente presentaba berrinches? _____

123.-¿Presenta berrinches en la actualidad? _____

124.-¿Se golpeaba la cabeza contra la pared o contra el piso? _____
¿lo hace actualmente? _____

125.-¿Qué hacían o hacen los padres cuando el niño tiene berrinches? _____

126.-¿Cómo describe el carácter del menor en la actualidad? (temperamento estable, berrinchudo, mal humorado, afectuoso, reservado, alegre, etc.) _____

XIX. PATRONES DE JUEGO

127.-¿Qué juguetes preferidos ha tenido en las diferentes edades? _____

128.-¿Qué juguetes le llaman la atención en la actualidad? _____

129.-¿Qué cosas o actividades le interesan? _____

130.-¿Le gustan los animales? _____ ¿Qué animales prefiere? _____

131.-¿Cómo trata a los animales? _____

132.-¿A mostrado crueldad hacia algún animal? _____

XX. DISCIPLINA

133.-En las diferentes edades, ¿Quién ha sido responsable de la conducta del menor? _____

¿Quién ha impuesto las órdenes? _____

134.-¿Cómo se hacen los padres obedecer? _____

135.-¿Qué castigos utilizan? _____

136.-¿Cómo reacciona el menor cuando se le castiga? _____

XXI. CONDUCTA

137.-Describa cómo es el niño física y emocionalmente: _____

138.-El niño ha presentado alguna de las siguientes conductas con cierta frecuencia:

Berrinches () Mentir en exceso () Agresividad () Llanto excesivo ()
Masturbación () Rechazos de alimentos () Orinarse en la cama ()
Orinarse de día () Incontinencia Intestinal () Exceso de alimentación ()
Morderse las uñas () Succión del pulgar ()

139.-Actitud de los padres: _____

XXII. RELACIONES

140.-¿Quién se relaciona con el menor en forma más cercana? _____

141.-¿Cómo se relaciona el menor con sus padres? _____

142.-¿Cómo se relaciona el menor con sus abuelos? _____

143.-¿Cómo se relaciona el menor con sus hermanos y hermanas? _____

144.-¿Ha tenido nana el menor? _____ ¿Cómo se relacionó con ella? _____

145.-¿Tiene amigos? _____ ¿Cómo se relacionó o se relaciona con ellos? _____

146.-¿Tiene un mejor amigo? _____ ¿Tiene o ha tenido un amigo imaginario? Si () No (). ¿Hasta qué edad? _____

147.-¿En qué actividades escolares participa? _____

148.-¿En qué actividades sociales participa? _____

149.-¿En qué actividades religiosas participa? _____

XXIII. EVENTOS SIGNIFICATIVOS

150.-¿Qué cosas importantes han ocurrido durante la vida del menor? Explique ____

151.-¿Ha habido separaciones de personas importantes? _____

152.-¿Están o han estado separados los padres? _____

153.-¿Desde cuándo? _____

154.-¿Por qué? _____

155.-¿Cómo reaccionó el menor ante estos eventos? _____

156.-¿Ha habido defunciones importantes en la familia? _____

157.-¿De quiénes? _____

158.-¿Qué efecto tuvieron sobre el menor? _____

159.-¿Quiénes viven en la casa donde habita el menor? Dé usted sus nombres, edades y parentesco o relación con el menor:

Nombre		Parentesco o relación		Edad

160.-Nombre de la persona que llenó éste cuestionario y su parentesco con el paciente: _____

161.-Fecha actual: _____

162.-Observaciones o comentarios adicionales: _____

Anexo 5. Entrevista de Fantasías Preconceptivas

Ficha de identificación

i.-Datos generales.

Nombre del niño:

Sexo:

Edad:

Fecha y lugar de nacimiento:

Posición del niño:

Domicilio:

Nombre de la madre:

Edad:

Estado civil:

Domicilio:

Escolaridad:

Ocupación:

Tel:

Nombre del padre:

Edad:

Domicilio:

Escolaridad:

Ocupación:

Tel:

Entrevista

I.-ESTADIO ANOBJETAL

Fase del deseo

- 1.-¿Desde cuándo imaginabas que ibas a ser mamá?
- 2.-¿Cómo imaginabas que sería tu hijo en la niñez o en la adolescencia?
- 3.-¿Tu embarazo te hizo sentir como una mujer completa?
- 4.-¿Tu hijo fue deseado? ¿Tu hijo fue planeado?
- 5.-¿Cómo imaginabas que sería tu hijo física y psicológicamente? ¿Se parece al hijo que imaginabas en tu infancia / adolescencia?
- 6.-¿Qué nombre pensabas ponerle a tu hijo y por qué?
- 7.-¿Había alguna expectativa tuya que esperabas que este hijo cubriera? ¿Lo has logrado?
- 8.-¿Este hijo vino a llenar algún vacío por alguna pérdida? ¿De quién?

II.-FANTASÍA PURA (4 MESES DE EMBARAZO).

- 1.-¿Cuál fue tu reacción al saber que estabas embarazada?
- 2.-¿Cuándo empezaste a sentir los movimientos fetales? ¿Cuál fue tu reacción ante éstos?
- 3.-¿Cómo fue tu estado de salud durante el embarazo?
- 4.-¿De quién recibiste apoyo en tu embarazo?
- 5.-¿Llegaste a pensar en que tu bebé podría tener algún daño/enfermedad? ¿De qué tipo?
- 6.-¿Cuál sexo te imaginabas para tu hijo? ¿Por qué?
- 7.-¿Esperabas que tu hijo viniera a renovar, salvar o cambiar algo en tu familia?
- 8.-¿Pensabas en qué tipo de madre querías ser?
- 9.-¿Qué lugar iba a ocupar tu hijo en la generación de tu familia? ¿Esto que implica?

10.-¿Cuáles eran las metas que querías que tu hijo lograra?

III.-ESTADIO OBJETAL.

1.-¿Qué pensabas del parto?

2.-¿Cuál fue tu primera reacción al ver a tu hijo?

3.-¿Tu hijo se parecía al hijo que habías imaginado? ¿En que se parece y en que no?

4.-¿Cómo fueron los primeros días con tu bebé?

5.-¿Cuáles de los planes que tenías para tu hijo los has podido realizar?

6.-¿Cómo ha sido la relación con tu hijo?

Anexo 6. Test de la Relación Madre e Hijo (Roth)



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Departamento de Psicología Básica
Centro de Evaluación e Investigación Psicológica



XVI. TEST DE LA RELACIÓN MADRE - HIJO.

Nombre:

Edad: 34 años

Años de casada: 14 años

Fecha: 17/05/16

Domicilio:

Teléfono:

Nombre del niño:

Edad: 9

Entrevistador: Cynthia Aparicio Zamora

INSTRUCCIONES:

A fin de poder tener un mejor entendimiento del niño y de su relación con él, trate de contestar con sinceridad las siguientes preguntas. Recuerde que no existen respuestas "correctas" o "incorrectas", solo marque lo que en realidad siente, piensa o realiza habitualmente. Deje que su experiencia personal sea lo que decida sus contestaciones. Mantenga la idea que dependiendo de la sinceridad de sus respuestas será la posibilidad de brindarle ayuda al niño.

No se detenga mucho tiempo en cada uno de los reactivos. Si tiene dificultad para expresar lo que siente en alguna de las preguntas déjela pasar, para ser contestada posteriormente. **ESTE SEGURA DE HABER CONTESTADO TODOS LOS REACTIVOS ANTES DE ENTREGAR ESTA EVALUACIÓN.**

Lea cada una de las preguntas cuidadosamente, una vez que sepa la contestación, dibuje un círculo alrededor del inciso que más cerca se encuentre a su realidad.

Si está **TOTALMENTE DE ACUERDO** con la pregunta, haga un círculo sobre el inciso **TA**, si solamente está de **ACUERDO** con el reactivos, marque un círculo en la letra **A**; si Ud. está **CONFUSA** marque la **NS**; si se encuentra en **DESACUERDO** con el reactivo, marque la letra **D**; finalmente si se encuentra **TOTALMENTE EN DESACUERDO** marque la letra **TD**.

Usted tendrá tiempo suficiente para contestar la evaluación. Cuando haya terminado **DE VUELTA A LA PÁGINA Y COMIENZE**.

		5	4	3	2	1
1- OP	De ser posible, una madre debe darle a su hijo todas las cosas que ella nunca tuvo.	TA (A)	A	NS	D	TD
2- R	Los niños son como animales pequeños y pueden ser entrenados lo mismo que los cachorros.	TA	A	NS	D	(TD)
3- OP	Los niños no pueden escoger las comidas por sí mismos.	TA	(A)	NS	D	TD
4- R	Es bueno que un niño se separe de su madre de vez en cuando.	TA	(A)	NS	D	TD
5- OP	"Divertirse" es una pérdida de tiempo para el niño.	TA	A	NS	D	(TD)
6- OP	Una madre debe de defender a su hijo de toda crítica.	TA	A	NS	(D)	TD
7- OI	Un niño no tiene la culpa cuando hace algo mal.	TA	A	(NS)	D	TD
8- R	Cuando la madre no aprueba la actividad de su hijo, ella debe de sobre - enfatizar el peligro de ésta.	TA	A	(NS)	D	TD
9- OP	El niño no puede bastarse así mismo sin mi.	TA	(A)	NS	D	TD
10- R	Mi hijo (A) no se lleva tan bien con otros niños, como debería llevarse.	TA	(A)	NS	D	TD
11- A	Una madre debe resignarse al destino de su hijo.	TA	A	NS	D	(TD)
12- OP	Una madre debe ver que la tarea de su hijo se hizo correctamente.	(TA)	A	NS	D	TD
13- R	Para educar a un niño bien, la madre debe saber bastante bien lo que ella quiere que su niño sea.	TA	A	NS	D	(TD)
14- OI	Una madre debe de mostrar a su hijo (a) cada oportunidad.	SA	A	NS	(D)	TD
15- OI	Toma mucha energía disciplinar a un niño épropiadamente.	TA	A	NS	(D)	TD
16- OP	Una madre nunca debe de dejar a su niño sólo.	TA	A	(NS)	D	TD
17- R	Con el entranamiento correcto, se puede hacer que un niño haga casi cualquier cosa.	TA	A	(NS)	D	TD
18- OI	Es bueno que la madre le corte el cabello a su niño, si a él no le gusta ir con el barbero.	TA	A	(NS)	D	TD
19- OI	Seguido amensazo con castigar a mi niño pero nunca lo hago.	(TA)	A	NS	D	TD
20- R	Cuando un niño desobedeca en la escuela la maestra debe castigarlo.	TA	A	(NS)	D	TD
21- R	Mi niño (a) me molesta.	TA	A	NS	D	(TD)
22- OP	Es la responsabilidad de la madre ver que su niño nunca esté infeliz.	TA	A	NS	(D)	TD
23- R	Un niño es un adulto en forma pequeña.	TA	A	NS	(D)	TD
24- OI	Una madre no puede pasar mucho tiempo leyéndole a su niño.	TA	A	NS	D	(TD)
25- OP	Un niño necesita más de dos exámenes médicos por año.	SA	A	NS	D	(TD)
26- OP	A los niños no se les puede confiar que hagan las cosas por sí mismos.	TA	A	NS	(D)	TD

27-R	La madre debe parar de dar pecho lo más rápidamente posible.	TA	A	NS	D	(TD)
28-OP	Los niños deben de mantenerse calmados.	TA	A	NS	D	(TD)
29-OI	Un niño no debe tener un semanario fijo.	TA	A	NS	(D)	TD
30-R	Yo seguido le juego bromas a mi hijo.	TA	A	NS	D	(TD)
31-OI	La madre se debe de recostar con su hijo, si este no puede dormir.	TA	(A)	NS	D	TD
32-R	Seguido los niños se hacen los enfermos cuando no lo están	TA	A	NS	D	(TD)
33-OP	Los niños nunca se pueden bañar como debiera de ser.	TA	A	NS	(D)	TD
34-OI	A un niño no se le debe de regañar por arrebatarse las cosas a un adulto.	TA	A	NS	(D)	TD
35-A	Cuando una madre tiene problemas con su niño, que ella no puede manejar. Debe buscar la ayuda apropiada.	(TA)	A	NS	D	TD
36-OI	Cuando un niño llora, debe de sonar la atención inmediata de su madre.	TA	(A)	NS	D	TC
37-OI	De alguna manera no puedo resistir, ninguna petición que mi niño haga.	TA	A	NS	(D)	TC
38-A	Los niños tienen sus propios derechos.	(TA)	A	NS	D	TD
39-O	Una madre debe de ver que las peticiones de su hijo sean concedidas.	TA	A	NS	(D)	TD
		1	2	3	4	5
40-O	Un niño no debe de enojarse con su madre	TA	A	NS	(D)	TD
41-A	Los pequeños, son como los juguetes, para la diversión de sus padres	TA	A	NS	D	(TD)
42-A	El procrear hijos es una responsabilidad del matrimonio.	TA	A	NS	D	(TD)
43-A	Hay ciertas formas correctas de educar a un niño no importa como se sientan los padres.	TA	A	NS	D	(TD)
44-A	Los niños deben ser vistos pero no escuchados.	TA	A	NS	D	(TD)
45-A	Una madre debe de controlar las emociones de su niño.	TA	A	NS	D	(TD)
46-A	Porque al chuparse el dedo es un hábito insano éste debe de eliminarse por todos los medios	TA	A	NS	(D)	TD
47-A	No es de mucha ayuda para la madre, el hablar sobre sus planes con el hijo.	TA	A	NS	(D)	TD
48-A	El niño debe de complacer a sus padres	TA	A	NS	(D)	TD

PERFIL DEL TEST DE LA RELACIÓN MADRE - HIJO

ACEPTACIÓN 1. ACEPTACIÓN (A)	PUNTAJES NATURALES 124
NO ACEPTACIÓN 2. SOBREPOTECCIÓN (OP) 3. SOBREENDULGENCIA (OI) 4. RECHAZO (R)	132 30 25/4
5. CONFUSIÓN - DOMINIO	28
PORCENTAJES.	
/ 1-5-10-20 25-30-40-50-60-70-75-80-90-95-99 + + + + +	Poco aceptación
Z 29-31 32-37-38-39-40-41-42-43-44-45-47-50-53 + + + + +	No hay sobrepotección
> 20-23-25-26-28-29-31 34-34-36-36-37-39-42-45 + + + + +	Es neutro
Y 21-24-25 28-28-29-30-31-33-34-34-35-39-39-41 + + + + +	No hay rechazo
J 19-23-25-28 29-30-32-34-35-36-36-37-39-40-43 + + + + +	No hay dominio
POCO CONFUSIÓN	EXCESO DOMINIO