



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION

Escuela de Psicología Clínica

**“CARACTERISTICAS DE LA RELACION MADRE – HIJO EN NIÑOS DE 0 A
3 AÑOS CON DEFICIENCIAS Y / O DISCAPACIDAD MOTRIZ QUE ASISTEN
AL CENTRO DE DETECCION TEMPRANA ANICK MACQUERON
CUENCA FEBRERO – JUNIO DEL 2005”**

**Trabajo Académico previo a
la obtención del Título de
Psicóloga Clínica.**

AUTORA: Sandra Patricia Andrade Torres

DIRECTORA: Master. Yolanda Dávila Pontón.

**CUENCA - ECUADOR
2006**



DEDICATORIA

*A toda mi familia,
Por ser incondicionales
Por ser mí apoyo
Por ser la razón de mi vida*

*A todas las madres
De aquellos niños “diferentes”
que con su esfuerzo diario,
me han demostrado el
verdadero significado de las cosas.*



AGRADECIMIENTO

A todas y cada una de las personas que de una u otra forma colaboraron para la elaboración del presente trabajo.

*En especial al Dr. Francisco Ochoa Arévalo
Director general de las OHFOM
y a la Lcda. Jhaneth Peralta Coordinadora del
C.D.T Anick Macqueron por abrirme
las puertas de su centro
permitiéndome realizar este estudio.*

*Mi gratitud a la Master,
Yolanda Dávila por la acertada
Dirección de este trabajo*

RESUMEN

El Objetivo del presente estudio es el de determinar el grado de intensidad y la manera cómo se presenta la relación madre – hijo en niños con deficiencias y /o discapacidad motriz durante los tres primeros años de vida.

Con el fin de que esta propuesta tenga mayor validez se trabajó con un grupo control, el cual consistía en el estudio de niños de 0 a 3 años con similares características al del grupo de estudio, que asisten al Centro Pre – Primario San Juan de Jerusalén, que no presenten deficiencias motrices y / o discapacidad física.



Actualmente se habla sobre la importancia de los primeros años de vida para la conformación de la personalidad, la seguridad y la base de las relaciones futuras.

El psicoanálisis con su teoría ha concebido el desarrollo del niño en función de la pulsión sexual o libido, base a que otros autores de la misma corriente desarrollen nuevos puntos de vista donde dan mayor importancia al estilo de apego que establece el niño con un “otro materno”, como primer paso primordial hacia la constitución del sujeto.

En este estudio se determinó que las relaciones que establecen las madres de los niños con deficiencias es de mayor intensidad y dependencia en comparación con el otro grupo, además encontramos que existe tendencia hacia la depresión en el primer caso a diferencia del segundo, situación que impide que exista un estilo de apego beneficioso para el niño. Siendo por lo tanto una población de riesgo donde se necesita de un apoyo global a la madre- niño y su familia.

Ser madre de un niño discapacitado o deficiente significa un cambio de ideas, perspectivas, necesidades; lo que implica aprender a vivir con un niño “diferente a los demás.”

ABSTRACT

The main objective of this thesis is to identify the intensity of and the way the mother-son relationship develops in the first three years of the child's life, when the child has a physical disability.

As a way of developing this thesis, two mother-child groups with similar characteristics, but one where the child has no deficiencies, was chosen so that this study can have more validity.



Nowadays there is widespread discussion about the importance of the early years of the child's life in terms of the development in the child's personality and self-confidence. Those years also form the basis for the child's future relationships.

The psycho-analysis theory is based on the idea that the child develops his or her mental capacity according to the child's libido. This theory has served other academics with similar ideologies to add new concepts that give greater importance to the relationship between the child and "another maternal figure," being this the beginning of the child's interactions.

My thesis has concluded that the mother-child relationship, where the child has a disability, is more intense and the child is more dependent, in comparison with the other group that was studied. In addition, there is also a greater risk of depression that impedes the mother-child relationship, placing the child in social risk, meaning that the mother and child and family need greater social support.

Being a mother of a child with a disability means a change in perspective and need as a result of having to learn to live with a child that is "different."



INDICE

<i>Contenido</i>	<i>página</i>
Introducción	1
Objetivos: General y Específicos	2
CAPITULO I	
Fundamento Teórico	3
1. El Desarrollo de 0 a 3 años	3
1.1 ¿Qué es desarrollo?	3
1.1.1 Desarrollo Motriz.....	5
1.1.2 Desarrollo Adaptativo	9
a. Factores que intervienen en el desarrollo de la inteligencia.....	9
b. Desarrollo de la inteligencia de acuerdo al proceso del pensamiento constructivista	10
c. El Desarrollo de la inteligencia desde el funcionamiento..	14
1.1.3 Desarrollo del Lenguaje.....	17
a. Aparición del Lenguaje.....	18
b. Percursores del Lenguaje.....	18
c. Etapa Prelingüística.....	19
1.1.4 Desarrollo de las Relaciones sociales.....	21
1.1.5 Desarrollo de la Afectividad	26
1.2 El Desarrollo Psicoafectivo del niño.....	27
1.2.1 Sigmund Freud; nociones de su teoría y enfoque Psicoafectivo del niño.....	27
a. Los tres sistemas.....	28
b. El Desarrollo Psicosexual del Niño.....	32
1.2.3 Donald W. Winnicott.....	37
1.2.4 Françoise Dolto.....	39
a. La primera Infancia.....	39
b. El Desarrollo del Infante.....	42
1.2.5 John Bowlby.....	45
Principios Fundamentales.....	46
CAPITULO II	
2. La Relación Madre - Hijo de 0 a 3 años.....	49
2.1 Desarrollo de la Relación Madre-hijo	50
2.1.1 El Deseo de Ser Madre.....	50
2.1.1 El Hijo Simbólico-Real - Imaginario.....	52
2.1.3 El Acontecimiento del Nacimiento.....	54
2.1.4 Desarrollo Posterior.....	57
2.2 Tipos de Relación que se establece.....	60
2.2.1 Apego Seguro.....	61
2.2.2 Apego Evasivo - Evitador.....	62



2.2.3	Apego Ansioso - Ambivalente.....	62
2.2.4	Apego Desorganizado - Desorientado.....	63
2.3	El Niño Deficiente Discapacitado.....	64
2.3.1	El Impacto Sobre los padres.....	64
2.3.2	Elaboración y Resignificación.....	65
2.3.3	La Inclusión.....	66
CAPITULO III		
3.	Las Deficiencias y / o Discapacidades.....	69
3.1	Definición de Discapacidad y/o deficiencia.....	70
a.	Deficiencias.....	71
b.	Discapacidad.....	71
c.	Minusvalía.....	71
3.1.1	La Nueva Clasificación CIF.....	72
3.2	Factores de Riesgo.....	75
3.2.1	Niveles de Prevención.....	76
3.3	Los Trastornos Motrices en el CDT Anick Macqueron.....	77
3.3.1	Qué es un Trastorno Motriz.....	78
3.3.2	Cuadro explicativo de los Trastornos existentes en el CDT Anick Macqueron.....	81
a.	Trastorno Motriz Pemanente - Definitivo.....	81
b.	Trastorno Motriz Transitorio.....	81
3.3.3	Los Discapacitados Motores de Origen Cerebral.....	82
IMC.....		82
Trastornos Metabólicos.....		84
Encefalopatías.....		84
3.3.4	Trastornos Motores de Origen Periférico.....	85
A nivel de Nervios.....		85
A nivel de Articulaciones.....		86
A nivel de Ligamentos.....		87
A nivel de Músculos.....		87
3.4	El Anuncio de la Discapacidad.....	88
CAPITULO IV		
4.	Metodología.....	89
4.1	Tipo de Estudio.....	89
4.2	Universo.....	89
4.3	Muestra.....	89
4.4	Operacionalización de los Objetivos.....	90
CAPITULO V		
5.	PARTE PRACTICA.....	91
5.1	Resultados y Análisis.....	91
5.1.1	Tablas y Gráficos de las Frecuencias de Deficiencias	



y / o Discapacidades en el CDT Anick Macqueron.....	91
5.1.2 Tablas y Gráficos de Historias Clínicas.....	93
a. Tabla 2 y Gráfico 2 de Datos Generales.....	94
b. Tabla 3 y Gráficos 3 - 4 de Desarrollo Prenatal	95
c. Tabla 4 y gráficos 5- 6-7 del Desarrollo Perinatal	97
d. Tabla 5 y gráficos 8- 9 - del Desarrollo Postnatal.....	101
e. Tabla 6 y gráficos 10- 11- 12 del Estudio del niño y su entorno.....	104
f. Tabla 7 y gráficos 13 - 14 de la Situación Actual.....	108
5.1.3 Tabla 8 y Gráficos 15 - 16 - del TAT.	111
5.1.4 Tabla 9 y Gráficos 17 - 18 de los Datos de la Observación Directa.....	114
5.2 Conclusiones.....	118
5.3 Recomendaciones.....	119
BIBLIOGRAFIA.....	120
ANEXOS.....	124
Anexo 1: Historia Clínica Psicológica.....	125
Anexo 2: Ficha de Observación.....	127
Anexo 3: Ficha de Aplicación del TAT	128
Anexo 4: Ficha de Análisis del TAT.....	129
Anexo 5: Ilustración de Aplicación de la Historia Clínica.....	130
Anexo 6: Ilustración de la Aplicación de la Ficha de Observación.....	132
Anexo 7: Ilustración De Aplicación del TAT.....	133
Anexo 8: Ilustración de Aplicación del Análisis del TAT.....	135



INTRODUCCION

La necesidad de mantener contacto y relacionarnos con nuestros semejantes es una condición que está inherente en el ser humano. La manera como interactuamos difiere de un sujeto a otro.

Muchos autores piensan que esto se debe principalmente a la relación de apego, que se desarrolla los primeros años de vida con la primera figura maternal, que en la mayoría de los casos es la propia madre. Esta relación tiene una base fisiológica y otra psicológica, donde las dos se mezclan y forman la llamada relación madre - hijo.

Para la madre, todo hijo viene a ocupar un lugar, un nombre, un cuerpo, un rostro, una forma de ser; que ya dado el nacimiento tiene que ser canalizado y procesado para reconocer y conocer al verdadero hijo. Por lo tanto ella tiene que realizar una operación psíquica, donde este niño imaginario, pasa a ser humanizado y reconocido.

Pero cuando este niño imaginario no tiene concordancia con aquel imaginado, más aún se trata de que estamos frente a una deficiencia y/ o discapacidad donde el cuerpo del niño ha sido tocado, las características que se presentan en este nuevo estilo de relación cambian por su contexto.

En nuestro país, de acuerdo a investigaciones realizadas por CONADIS, INNFA e INSERSO de España¹, el 48.9% de población tiene algún tipo de deficiencia, en nuestra provincia, el 17% está diagnosticado con discapacidad física.

La carencia de planificación en el sistema de salud y la falta de toma de consciencia de los factores de riesgo por parte de la población acrecientan las posibilidades de aumentar estas cifras.

Por eso es importante desarrollar sistemas de salud efectivos y una buena campaña de conscientización a la población para aminorar las consecuencias.

¹ [http:// www. Conadis.gov.ec](http://www.Conadis.gov.ec). CONADIS, “Distribución de las personas con discapacidad por tipo de deficiencia. 03/12/2002.



En el presente estudio abordaré esta temática con mayor profundidad, se desarrollará en cinco capítulos; los cuatro primeros desarrollaré el marco teórico que aporta al conocimiento sobre el tema y el quinto capítulo es práctico donde se observarán los resultados del estudio.

En este trabajo se incluyó a un grupo control, que son niños sin deficiencias y /o discapacidades de las mismas edades, con la intención de que esta tesis tenga mayor validez.

La relación entre madre e hijo con deficiencias y/ o discapacidades se desarrollan con mayor dependencia, tensión, sentimientos de culpa que en las relaciones con un niño sin diferencias. Por lo que la madre de niños deficientes tienen que realizar un duelo más profundo y aceptar a este nuevo niño que viene con necesidades especiales.

Actualmente existe mayor atención a esta población, que antes estaba abandonada y sin recursos; ahora se ha abierto espacios a la inclusión de estos niños a la sociedad para que en futuro puedan ser personas diferentes pero normales.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las características presentes que se establecen en la relación madre – hijo con deficiencias y/ discapacidades motrices en niños de 0 a 3 años que asisten al Centro de Detección Temprana Anick Macqueron, en el período febrero – junio del 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer el desarrollo afectivo y relacional del niño en los primero tres años de vida.
- Establecer la frecuencia de deficiencias y/ discapacidad motriz .
- Determinar los factores psicológicos de la madre en el embarazo y el cuidado diario del lactante.
- Determinar la relación de afectividad que establecen madre e hijo y su intensidad en los grupos de estudio.



CAPITULO I

FUNDAMENTO TEORICO

1. EL DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 3 AÑOS

1.1. ¿QUE ES DESARROLLO?

Se entiende como desarrollo al conjunto de procesos sucesivos que, en un orden determinado, conducen a un organismo a su madurez.²

A partir del momento que un organismo constituido se enfrenta a un medio de vida, las relaciones que establece con ese medio influyen también sobre su desarrollo, ya sea dejando de lado potencialidades genéticas, o reforzándolas mediante su asociación y combinación.

El punto de vista de la teoría evolucionista, ve al hombre en evolución con mecanismos como DINAMISMO, HERENCIA Y ADAPTACIÓN. “la tierra no es estática, esta evolucionando, por lo tanto todo cambia y esta en relación con las demás especies”. “Todos los cambios favorables se transmiten a través de la herencia, la cual es particular, no es combinada, cada especie asume genes individuales de sus padres, no recibe combinaciones de cada uno” “las especies mejora en términos adaptativos, lo que hace que sobrevivan a las especies menos adaptadas al medio, haciéndolo por medio del instinto de sobre vivencia”.³

Estos puntos de vista son importantes sobre todo los de ADAPTACIÓN y DINAMISMO ya que explican el desarrollo del niño desde un punto de vista ontogenético y filogenético, que determina nuestra capacidad para adaptarnos al medio en el cual nos desarrollamos en donde nuestro organismo se transforma de acuerdo a las necesidades.

En las teorías genéticas que explican el desarrollo del ser humano, vinculan la emoción con la acción motriz. Para que se de el desarrollo de la personalidad, se determinan etapas que le permitirán al niño formar una imagen de su propio cuerpo y de relación consigo mismo; autores como Wallon, Gesell, ponen a muestra sus estudios como una forma de explicación del desarrollo del niño. Ellos han dividido las edades del niño en etapas de desarrollo para poder explicarse mejor como el organismo va llegando a su madurez.

² CARBOLES José Antonio, PALOMO Tomás, ABARCA Amalio, BECERRA Antonio: Gran Diccionario de Psicología, ediciones del Prado 1996.

³ [http:// google.com/ FELD](http://google.com/FELD) Víctor, historia de la neuropsicología infantil, artículo, noviembre 2004.



Piaget con su concepción constructivista, explica el desarrollo de una manera minuciosa, llegando a explicarse mediante los estadios o períodos del niño que va desde lo sensorio motor, hasta las operaciones formales donde describe mejor acerca del razonamiento del niño.

En el psicoanálisis que surge para romper el pensamiento tradicional, pone nuevos conceptos al frente del conocimiento del ser humano y su desarrollo; para esto también lo dividen en Estadios, que están ligados a las zonas erógenas del niño, lo cual están interconectados con el desarrollo de la personalidad que se dan por procesos de interacción con el “otro” (primeras relaciones y el medio).

Ante esta breve revisión se puede decir que el organismo inmaduro de un niño tiene que pasar por fases, estadios, períodos o etapas que le permitan llegar a la adultez. Por lo que podemos entender que ningún organismo nace desarrollado, el niño debe pasar desde un estado de recién nacido a el estado adulto siendo los primeros años de la vida de una importancia capital, para desarrollar la inteligencia, la afectividad, las relaciones sociales y sus capacidades motrices; dependiendo de diferentes factores como: factores innatos, del medio, factores relacionales; la maduración biológica intrauterina del sistema nervioso, que explica el orden del funcionamiento muscular, que puedan producir las ordenes a nivel cerebral. De los factores del medio, como la relación afectiva en la primera infancia, agentes socio – culturales y circunstanciales como trastornos cerebrales, motrices o cerebrales son elementos que intervienen también en el desarrollo del niño.

En el desarrollo del niño se toman mucho en cuenta los términos edad, período, etapa, fase, éstos términos lo que tratan es de explicar el paso entre distintos niveles o entre distintas cualidades del ser, sin embargo éstos son cuestionados ya que hay muchos autores que explican teóricamente que son procesos continuos, mientras que otros dicen que se hallan en una transición de discontinuidad, lo que hace que teóricamente el estudio del niño se vuelva un poco confuso y con diferentes puntos de vista y de enfoques en cuanto a su desarrollo. No obstante al hablar de estadios, etapas, períodos nos permite un acercamiento al conocimiento del niño “normal”, y su proceso de llegar a la constitución biopsicológica del ser. De igual manera para tener una idea global del comportamiento del niño, es necesario poder analizarlos bajo cuatro esferas⁴ que son en el campo motor (postura, locomoción, prehensión, conjuntos posturales), en el de adaptación (capacidad de percibir elementos significativos en una situación y servirse de la experiencia presente y pasada para adaptarse a situaciones nuevas); en el campo del lenguaje (toda forma de comunicación y comprensión de los gestos, sonidos, palabras); y en lo personal social (reacciones personales con otras personas y con la cultura social).

⁴ GESELL A, Inventaire de Developpement de A. Gesell, ediciones de C.P.A, 1955, París



Estos son puntos importantes porque son perfiles de comportamientos que en conjunto cada vez más complejos ayudan a descubrir su posición aproximativa del niño en su proceso de desarrollo.

1.1.1. DESARROLLO MOTRIZ

Cada niño nace con un potencial neuromotriz innato, con funciones cerebrales que se van activando y conectando frente a la necesidad de resolver situaciones nuevas, adquiriendo mayor destrezas en sus posibilidades motrices.

Al hablar de aprendizaje, en el plano motor hablamos de la puesta en marcha de procesos asociados a una experiencia conduciendo a modificaciones permanentes de comportamientos que implican tres niveles:

1. El plan motor
2. La solución motora
3. El aprendizaje motor

1. El plan motor hace referencia a la representación mental de lo que el individuo debe realizar para alcanzar una meta tomando en cuenta el conjunto de elementos de la situación, de la meta y el contexto.
2. Solución motriz consiste en la evocación del programa motor (funciones cerebrales motrices, esquemas posturales), de la parametrización de los factores que intervienen en éste programa, la ejecución de la acción y la evaluación de la misma.

Henry Wallon fue quien introdujo uno de los aportes más significativos en esta integración, al indicar el papel relacional y social de la motricidad del niño, para el las funciones tónico - posturales se transforman en funciones de relación gestual y corporal, donde se orientan las bases del futuro relacional y emocional del infante en un interjuego dialéctico, biológico y social.⁵

Piaget retoma la concepción walloniana de lo sensoriomotor y lo ubica como un primer estadio (0 a 2 años), esencial para el desarrollo de la asimilación y la acomodación, como modo de adaptación y adquisición de la inteligencia práctica en el niño. Este estadio que plantea Piaget es una invariante funcional de la inteligencia, que cumple su función de adaptación y

⁵ DEL RIO Pablo; Los estadios del niño en la Psicología evolutiva; los sistemas de Piaget, Wallon, Gesell, Freud, editor S.A, 1981.



equilibración al medio externo, a través de la asimilación y acomodación como procesos de adaptación cognoscitiva o fisiológica. Para este autor, tanto el funcionamiento motor como el mental tienen un modo de organizarse y ordenarse en relación con el medio ambiente, que sigue siempre evolutivamente el mismo camino en el desarrollo.

3. En tanto se puede decir que el aprendizaje motor es un proceso cognitivo que se desarrolla en cada individuo, permitiéndole modificar su comportamiento cada vez que es confrontado a una tarea de la cual no tiene una respuesta adaptada sino tiene que elaborar una nueva respuesta.⁶

El aprendizaje motor es una manifestación de una función cognitiva y no una acción muscular aislada; hablamos de un paralelismo físico-psicológico.

Otra característica fundamental para la construcción del aparato sensorio - motor es que al nacer, y durante bastante tiempo, el cuerpo del bebé se encuentra fragmentado y escindido, carece de una unidad corporal, ya que esta noción no es innata, por lo tanto se necesita de Otro que unifique y humanice los diferentes fragmentos, funciones fisiológicas y corporales del bebé, dándoles un sentido posible. Este funcionamiento del Otro, corresponde a lo que se denomina función materna y paterna, que le permite al pequeño comenzar a ordenar y diferenciar sus desplazamientos, sus funciones corporales, sus necesidades, sus praxias, sus sentidos y su organización tónico - postural, de donde desprenderá la motricidad y su nascente gestualidad, que desde el inicio lo comenzamos a denominar su función y funcionamiento de hijo.

El recién nacido y el niño pequeño pasan por diferentes puntos de desarrollo de la tonicidad y de la locomoción: acostado, en decúbito ventral, sentado, marcha, y la habilidad manual. En cada uno de éstos períodos el niño “normal” va a ir desarrollando su madurez accediendo a la siguiente etapa con la base de su potencial motriz innato, que arribaran a la marcha y al manejo completo de su cuerpo dentro de un espacio, más el aporte de éste Otro que lo ubica simbólicamente en un escenario real, que otorga sentido a los gestos y enlaza lo sensitivo - motor codificándolos e interpretándolos para marcar su existencia.

El desarrollo normal del niño en el campo motor de 0 a 3 años está determinado por ciertas pautas que el niño va alcanzando mediante su madurez, que podemos desglosarlas en los siguientes actos motores:

⁶ CENTRO DE FORMACIÓN SAN JUAN DE JERUSALÉN, Módulo III de Neurodesarrollo, Cuenca – Ecuador 2005.



Un mes	Dos meses	Tres meses	Cuatro meses
<p>En supino, predomina la posición lateral de la cabeza. (12 sema), También el predominio de la posición asimétrica, reflejo tónico - cervical. Sentado, caída de la cabeza hacia atrás. En prono, levanta la cabeza en zona 1 momentáneamente. Movimientos de arrastre. A nivel manual, ambas manos fuertemente cerradas y apretadas, la mano se cierra al contacto.</p>	<p>Sentado, hay predominación erecta de la cabeza aunque bamboléate. Cabeza compensa la suspensión ventral. En prono, la cabeza en línea media y levanta a zona II, intermitentemente.</p>	<p>En supino, manos abiertas o laxamente cerradas. La cabeza predomina a un lado. Cabeza en posición mediana, posición simétrica. Sentado, la cabeza dirige adelante bamboleo. Parado sostiene brevemente, fracción del peso corporal, levántale pie. En prono la cabeza sostiene en zona 2, esta sobre antebrazos por poco tiempo, cadera baja. A nivel manual sostiene activamente un sonajero y lo toca.</p>	<p>En supino hay predominio de posición mediana de la cabeza, predominio de postura simétrica, las manos se encuentran. Sentado la cabeza está firme y dirigida hacia adelante lentamente. En prono la cabeza sostenida en zona 3. piernas extendidas o semiextendidas en prono. Tendencia a rodar sobre lado.</p>
5 Meses	6 Meses	7 Meses	8 Meses
<p>Tentativa a sentarse, cabeza no pendula. Sentado la cabeza está erecta y firme. En prono, los brazos extendidos, hay prehensión precaria de objetos (cubo)</p>	<p>En supino, los pies eleva en extensión, rueda a posición prona. Hay prehensión palmar.</p>	<p>Sentado en la silla, tronco erecto por unos segundos.</p>	<p>Sentado un minuto erecto. Parado, sostenido de la mano, En prono, gira. Ineficaz presión tipo inferior, tijera lentamente.</p>
9 Meses	10 Meses	11 Meses	12 Meses
<p>Sentado, firmemente más de 10 minutos, se inclina hacia delante y recobra posición anterior. Parado se</p>	<p>Sentado permanece firme indefinidamente. Pasa a posición prona. Parado se para apoyado</p>	<p>Parado se eleva apoyado, vuelve a su lugar. Agarra los objetos con precisión y los utiliza.</p>	<p>Sentado, gira o se retuerce. Parado se traslada apoyado en la baranda. En cuanto a la marcha, necesita ser</p>



sostiene de la baranda, mantiene todo su peso. Hay prehensión digito – radial, y presión tipo tijera.	en la barandilla. Gatea. Hay prehensión de pinzas tipo inferir, mayor habilidad para agarrar los objetos con precisión.		sostenido de ambas manos. Neta prensión en pinza.
13 Meses	14 Meses	15 Meses	18 Meses
Marcha, necesita ser sostenido de una sola mano.	Prado, momentáneamente, solo. Agarra dos cubos en una mano.	Marcha, pocos pasos, empieza y se detiene. Ya no gatea. Sube escaleras trepando un tramo entero. Hace una torre de 2 cubos. Ayuda a volver las hojas de un libro. Mete bolas a una botella.	Camina hacia atrás , trepa en una silla. Sube las gradas con ayuda, sin alternar los pies. Cuando camina rara vez se cae, camina rápido, corto y rígido. Sube las escaleras tomado de la mano. En una silla pequeña se sienta solo, en silla de adulto se trepa. Es capaz de lanzar una pelota, con pelota grande camina hacia ella, da la vuelta 2 o 3 páginas de un libro a la vez.
1 año 10 meses	2 años	2 años 6 meses	3 años
En la escalera, baja tomándolo de la mano. Sube, tomándose de la baranda. De la silla de un adulto se baja sin ayuda. Con pelota, pateo tras demostración. Hace una torre de 5 a 6	Carrera sin caídas. Las escaleras baja y sube solo. Pelota grande, pateo. Torre de 6 7 cubos. El libro de la vuelta la página una a una.	Marcha sobre puntas de los pies. Salta con los dos pies. Trata de pararse en un pie. Torre de 8 cubos. Sostiene el crayon entre los dedos.	Escalera, alterna los pies al subir. Salta de un último escalón. Sobre un pie hace un equilibrio momentáneo. Pone 10 bolas en un frasco durante 30 segundos. ⁷

⁷ GESELL A, “Inventario de Desarrollo de A. Gesell”, ediciones de C.P.A, 1955, París.



cubos, el papel, dobla una vez. Corre por un terreno irregular.			
---	--	--	--

1.1.2. DESARROLLO ADAPTATIVO

Al hablar de desarrollo adaptativo o cognitivo, hablamos de la capacidad del ser humano para adaptarse al medio, en los cuales se pone en juego todas las funciones cognitivas, emocionales e interrelacionales, para resolver conflictos, esto sería llamada también como “inteligencia”.⁸

“La civilización occidental ha venerado siempre la inteligencia e incluso la ha considerado cualidad fundamental del ser humano, pero al definirla la ha limitado comúnmente a la capacidad de raciocinio...”⁹

a. Factores que intervienen en el desarrollo de la inteligencia.

- FACTORES EVOLUTIVOS

Existe una dinámica de progresión y de transformación, que se da, desde la evolución ontogenético y filogenético, que ha determinado desde el funcionamiento la organización anatómica del cerebro quien es el que comanda las funciones cognitivas, para llegar a las capacidades que tenemos en este momento, logrando resolver paradigmas complejos.

- FACTORES GENÉTICOS

Intervienen en el desarrollo de la inteligencia los factores genéticos, que dependen de la formación orgánica del cerebro, de la función del sistema nervioso central, de las condiciones físicas (oído, visión, tacto, gusto) para una adquisición de habilidades cognitivas.

Desde la genética el desarrollo del niño, es importante no solo el organismo físico, sino también el comportamiento, el cual se desarrolla siguiendo una ley característica pasando por una serie de niveles o fases que se pueden prever.

⁸ CENTRO DE FORMACIÓN SAN JUAN DE JERUSALÉN, Módulo III de Neurodesarrollo, Cuenca – Ecuador 2005.

⁹ GARNER Howard, Teoría de las inteligencias múltiples, La estructura de la mente. Editorial Fondo de Cultura Económica, Bogotá 1999.



- FACTORES AMBIENTALES

Los factores ambientales colaboran en el desarrollo de la inteligencia práctica, ya que van evolucionando en el tiempo, que se enriquecen a través de las experiencias de los niños y con el contacto en la interacción con el ambiente. Es lo que, ayuda a resolver los problemas cotidianos. Creemos que el medio contribuye a la individualidad del ser humano y que le brinda sus características para afrontar los cambios.

Desde principios del siglo XIX la idea de medir la capacidad adaptativa del ser humano ha sido hasta el momento uno de los interrogantes más importantes, por lo que se ha dado incluso una terminología diferente para cada uno de estas incógnitas, por Ej. Tenemos; la edad mental que son las escalas de inteligencia construidas sobre el modelo de la de A. Binet y T. Simon que permiten atribuir a un niño una edad mental, que es el equivalente de la edad cronológica media de los niños normales que ha proporcionado respuestas equivalentes a las del niño observado.

El Coeficiente Intelectual, se elabora una escala en la cual, el C.I. medio debe ser 100. tal como L.M. Therman ha tratado de hacer. Por ello se adoptan con frecuencia, siguiendo a D. Weschler, un método que consiste “en atribuir puntos a las respuestas según un baremo preciso establecido libremente, luego se transforma la puntuación global así obtenida en una variable a la que se asigna, para cada edad, una media estandarizada”¹⁰, esta escala que se trabaja con niños de a partir de los 4 años y medio.

b. El Desarrollo de la inteligencia de acuerdo al proceso del Pensamiento Constructivista

Piaget (1896-1980) plantea su teoría del desarrollo de la inteligencia como un hecho de manera continua, basado en un enfoque holístico, que postula que el niño construye el conocimiento a través de muchos canales, hablando en el sentido de una socialización progresiva (la lectura, la escucha, la exploración y “experienciando”)¹¹ su medio ambiente.

Esto lo realiza en base a los siguientes cuestionamientos:

- ¿Cual es la diferencia cualitativa entre, el pensamiento del niño y la del adulto?
- ¿Cual es la visión del mundo para el niño y su explicación a los fenómenos?
- ¿Que asociaciones conducen de un pensamiento a otro?

¹⁰ WESCHSLER David, Escala de Inteligencia para niveles de 4 a 16 años , editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V, versión en español, 1981, México D.F.

¹¹ <http://monografias.com> “Teoría y Práctica en la implementación del “constructivismo” en República Dominicana. 21/02/06



Para explicarse tiene algunas etapas, que se superponen la una hacia la otra, es decir, que son interdependientes entre sí. Piaget nos habla de 4 fases importantes que son:

- El estadio sensorio-motor de 0 a 2 años
- El estadio preoperatorio de 2 a 7 años
- Periodo de las operaciones concretas de 7 a 11 años
- Estadio de las operaciones formales de 12 a. En adelante.

Cada estadio explica en efecto una nueva adaptación del individuo a su medio, tanto en el sentido de crecimiento orgánico (maduración) y todo aquello que está ligado al medio familiar. A continuación desarrollaremos con mayor detenimiento las dos primeras etapas que conciernen más al presente estudio.

1. El estadio Sensorio – motor (0 -2 años)

Según Piaget, la vida mental del ser humano desde el nacimiento se manifiesta primero por los reflejos, comportamientos innatos, sensoriales motores. El niño ve, entiende, toca, degusta, y reacciona a sus sensaciones por los movimientos; mirar, virarse al ruido, tocar.

En el curso de este período, el niño responde de una manera primaria en cuanto a los reflejos que le produce su interacción con el mundo.

En esta primera fase de evolución de la inteligencia el niño establece muy pronto las relaciones entre objetos separados, produciéndose configuraciones globales dependiendo de la experiencia del niño con el entorno, lo que son llamados “esquemas”. La succión constituye un esquema típico del recién nacido. Bajo la influencia del aprendizaje, este esquema se modifica, se transporta y se generaliza a las situaciones análogas; entonces vemos que a la edad de 2 meses, el niño lleva su mano a la boca y succiona su pequeño dedo. Esta nueva hábitud se deriva de un esquema primitivo de succión.

Entonces el niño crea esquemas que estructuran las informaciones recibidas por los sentidos y por las respuestas de los estímulos del medio. Su comportamiento es *adaptativo*¹² ya que él va midiendo y modificando constantemente sus esquemas relacionales. De ser pasivo, receptor, el niño viene a ser un observador activo de simulaciones y aquí hablamos de un comportamiento circular, ya que él observa del medio los estímulos y él los trata de repetir.

¹² JEAN PIAGET, “El Mecanismo del Desarrollo Mental”, editado y traducido por Juan A. DelVal, editora Nacional, Madrid, 1975.



Las principales adquisiciones de éste período es la capacidad de coordinar y de integrar las informaciones que llegan por los cinco sentidos, de comprender que estas informaciones traen a un objeto y esto constituye una primera adquisición de la inteligencia infantil.

Otra adquisición se basa en la capacidad de reconocer que el mundo exterior es un lugar permanente, que no depende de él la existencia de éste lugar, éste es el esquema de permanencia del objeto, que es el origen de desarrollos ulteriores de inteligencia, saber que el objeto existe aún así el no lo vea, tiene que ver con el razonamiento del niño.

El niño comprende también acerca de la causalidad seguida a una representación espacial de los objetos, por ejemplo, el puede tocar una pelota, y ésta se mueve.

La capacidad de adoptar un comportamiento dirigido, el puede realizar muchas acciones y imaginarse los nuevos comportamientos.

La evolución de la inteligencia en éste período se eleva desde un plan motor y gestual hasta un plan de representación mental.

2. Período Preoperatorio (2 a 7 años)

De los 2 a 3 años, el niño sale del período de la inteligencia sensorio – motriz que no puede organizarse directamente sobre los objetos, para entrar en otra fase que según Piaget puede ser subdividida en:

- Estadio Preconceptual (2- 4 años)
- Estadio Intuitivo (4 - 7 años)

El periodo preoperatorio comienza con la primera aparición de la representación simbólica que consiste en elaborar lo pensado, de imágenes a partir de objetos o de movimientos del mundo real, pero que no son presentadas por los sentidos.

Al final del período anterior en niño puede ya haber desarrollado ciertas aptitudes simbólicas primitivas; pero en éste estadio el niño es capaz de simbolizar y representar objetos que están ligadas a personas, lugares, situaciones, no sólo a los objetos presentes. Por lo tanto en ésta etapa se desarrolla más la representación simbólica, donde el niño puede reflexionar, reexaminar sus conocimientos actuales con los anteriores, le permite también poder entenderse con el medio y poder comunicarse.



El pensamiento intuitivo, caracterizado por la centración, el estatismo y la irreversibilidad, el niño puede representar las percepciones y las acciones pero el es incapaz de coordinarlas por las operaciones lógicas.

Otro aspecto de esta fase es el sincretismo que es una manera de pensar anterior al análisis y a la síntesis. Este es un conocimiento global de las cosas donde todo es amontonado indistintamente. En el pensamiento del niño de 3 a 6 – 7 años, todo está en desorden, hay ausencia de estructuración según las relaciones precisas tales como causa, efecto, medio. El sincretismo es tomado en la fabulación, comportamiento frecuente y normal de evasión de lo real a curso de la segunda infancia. En efecto la fabulación traduce siempre la dificultad que el niño no puede distinguir lo real de lo imaginario. Esta es una salida de compensación por el niño que siente su inferioridad hacia el adulto.

Entre los 3 y 6 años, el razonamiento tiene diferentes formas, en donde la retención de evento pasados juega un rol importante, ya que el niño puede unir los conceptos con los eventos sin necesidad de lógica, en procedencia de particular a particular, de especial a especial, con perseverancia en las analogías, este tipo de razonamiento explica una relación de causa y efecto entre dos eventos no controlados.

3. Operaciones Concretas (7 – 11 años)

Este es la fase en la cual los niños empiezan a pensar lógicamente.

4. Operaciones Formales (11 años en adelante)

En este estadio los niños empiezan a pensar acerca del pensamiento y el pensamiento es sistemático y abstracto.

Luego de Piaget el comportamiento inteligente reside en la capacidad de adaptarse. Por consecuencia todo comportamiento pre verbal es inteligente, si manifiesta una adaptación del niño a una situación nueva.

De igual manera, Vigostky desarrolló su teoría, bajo criterios constructivistas, en donde el postula que el cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas para transformarlas mentalmente, él puso énfasis en la interacción de los individuos y su entorno.

La Zona Proximal de Desarrollo (ZPD), es un concepto importante de la teoría de Vigotsky y se define como:



“La distancia entre el nivel real de desarrollo - determinado por la solución independiente de problemas – y el nivel de desarrollo posible, precisado mediante la solución de problemas con la dirección de un adulto o colaboración de otros compañeros más diestros.”¹³

Vigostky, ve en la imitación humana una nueva “construcción a dos” entre la capacidad imitativa del niño y su uso inteligente e instruido por el adulto en capacidad imitativa del niño y su uso inteligente e instruido por el adulto, entonces el adulto otorga al niño auténticas funciones psicológicas superiores externas que le van permitiendo alcanzar conocimientos con mayores niveles de complejidad.

c. El Desarrollo de la Inteligencia desde el Funcionamiento Cerebral

La teoría modular del funcionamiento cerebral, nos describe una arquitectura modular que permite explicarnos que la Inteligencia es un proceso cognitivo, es decir nos describe como es el proceso de adquisición de conocimientos sean cual fuera y “el funcionamiento cognitivo es un resultante de la actividad coordinada del ensamblaje de los módulos, apoyándose entre ellos, una interdependencia completa y permanente.”¹⁴

Estos módulos están compuestos por sub módulos, quienes a su vez, corresponden a una unidad funcional, que es propio a cada función cognitiva, ya que crean redes neuronales, que conectan áreas cerebrales especializadas por asociación de vías específicas.

Las funciones cognitivas, o los módulos cognitivos son los siguientes:

FUNCIONES DE PRIMER NIVEL

- Noccias
- Praxias.

FUNCIONES DE SEGUNDO NIVEL

- Lenguaje

FUNCIONES DE TERCER NIVEL

- Memoria
- Conceptualización
- Decodificación

¹³ <http://www.monografias.com> MOREA Lucas “ Vigotski, aportes a la Educación y la Pedagogía” 20-02-06.

¹⁴ MAZEAU Mishelle; Conduit du Bilan neuropsychologique chez l'enfant, premier ed, París 2003.



FUNCIONES DE ALTO NIVEL

- Funciones ejecutivas
- Atención
- Concentración

Todas éstas funciones están implícitas para el desarrollo cognitivo, cuando existe una lesión en alguna parte del cerebro, como todas las funciones están interconectadas hay un trastorno a nivel cognitivo que se pueden traducir en; disfasias, afasias, disartrias, dislexias, dispraxias, discalculia, déficit atencionales, etc.

Por eso tan importante seguir el desarrollo adaptativo del niño desde sus orígenes, mediante ciertas pautas que nos ayudan a conocerlo mejor y entender su desarrollo, por lo que es importante anotar las características principales que presentan los niños de 0 a 3 años en lo que refiere a ésta área de desarrollo:

1 mes	2 meses	3 meses	4 meses
Enfocan objetos cuando están a meda de la visión. Al escuchar sonidos sus movimientos disminuyen. Distinguen y tienen preferencias por olores sabores.	Ante un objeto la mirada se demora en línea media. Puede seguir objetos más allá de la línea media. Respuesta facial ante sonidos	Dirige la mirada hacia la línea media. Presencia de objetos y sonidos provoca actividad en los miembros. En cuanto a la visión ya puede seguir objetos hasta los 180 grados. Mira al sonajero y lo sostiene brevemente.	Mira indefinidamente los objetos, y sonidos provoca actividad en miembros, objetos se lleva a la boca, en cuanto a los objetos comienza a conocerlos y distinguirlos.
5 meses	6 meses	7 meses	8 meses
Aproximación de las dos manos a los objetos, es capaz de tomarlas . El comportamiento mano- ojo es más complejo.	Se aproxima y agarra los objetos, se lleva los objetos a la boca, rescata objetos caídos. Sostiene un objeto y aproxima otro.	Traslada objetos de una mano a otra , los golpea contra la mesa. Movimientos delicados de las manos está ligado con el juego, la experiencia,	Mete objetos dentro y fuera de un recipiente. Busca un juguete. Sostiene los juguetes



		razonamiento. Utiliza más los dedos que las palmas	
9 meses	10 meses	11 meses	12 meses
Reconoce a personas y situaciones. Intenta poner dos o tres cubos uno encima de otro.	Reaccionan ante la causa –efecto. Continúa ensayando sus nuevas habilidades; objetos dentro de una taza, observa más detalladamente todo lo que le rodea.	Saca los objetos de la cesta, señala objetos, juega a las escondidas.	Puede distinguir colores, busca objetos, indica las cosas con el dedo, puede imitar sonidos. De una plancha de examen (la de gesell), remueve el bloque redondo.
13 meses	14 meses	15 meses	18 meses
Intenta con cubos construir una torre pero fracasa. Mira selectiva mente un objeto redondo. Entiende nombres que le son importantes.	Hace garabatos imitativos, en el tablero inserta el bloque redondo. Ubica a sus padres y personas del medio.	Hace una torre de dos cubos. Hay una imitación incipiente de un trazo. Adapta rápidamente la pieza redonda. Comprende órdenes sencillas como no, ven muéstrame, mira.	Arma una torre de 3-4 cubos, garabatea espontáneamente, apila 3 bloques. Tiene una mayor atención, empieza a formar ideas o conceptos que pueden ser traídos al momento y usados de acuerdo con la necesidad. A partir de ésta edad el niño aprende gradualmente los eventos y objetos que no están presentes en el momento.
20 meses	21 meses	2 años	2 años 6 meses
Pregunta por las cosas que observa. Encaja dos piezas de un rompecabezas sencillo.	Hace una torre de 5-6 cubos, arma el tablero con formas y lo coloca. Pude doblar un papel, puede alinear los cubos para	Avance en la solución de problemas, maneja nociones de espacio, mayor habilidad mano ojo, logra realizar una torre 8 cubos.	Realiza una torre de 8 cubos, cuando realiza un tren con los cubos puede agregar la chimenea. En el dibujo realiza dos o



	construir un tren.		más trazos para la cruz, imita trazos en forma vertical y horizontal. Coloca las tres piezas del tablero (gesell), se adapta a la inversión del tablero. Puede repetir número que se le da
3 años: Puede dibujar un círculo, imita la cruz, hace garabatos irreconocibles y le pone nombre, construye torres de ocho cubos o nueve, señala cuatro figuras geométricas, martilla objetos y usa el tenedor en la mesa. Hay una coordinación perfecta de ojo - mano para la realización de trabajos o juegos. Repite 3 dígitos, se le entiende el 80% de su lenguaje. ¹⁵			

1.1.3. DESARROLLO DEL LENGUAJE

“El lenguaje es un medio de comunicación fundada sobre una actividad simbólica, donde el aspecto relacional es esencial”.¹⁶

Las fuentes básicas del desarrollo del lenguaje en el niño son:

Por una parte su potencial genético derivado de la especie humana y transmitida por línea hereditaria a través de su árbol genealógico. Chomsky¹⁷ y sus seguidores explican que el niño nace con un conjunto de universales lingüísticos que funcionan como una red por medio de la cual se filtra todo lo que oye. Los estímulos que reciben desencadenan mecanismos fisiológicos innatos, sólo así se puede explicar que el escaso número de fonemas que aprende puede servirle para formar un gran número de palabras y con ellos construir un número infinito de combinaciones sintácticas, aunque no las haya oído jamás.

Esta noción esta estrechamente ligada al aspecto transformacional del lenguaje, que es la aptitud del hablante para engendrar un infinito número de frases que nunca había escuchado con anterioridad.

- La estimulación externa, que es de gran significación en el desarrollo lingüístico infantil

¹⁵ GESELL A, “Inventario de Desarrollo de A. Gesell”, ediciones de C.P.A, 1955, París

¹⁶ http://hotmail.com/Le_developpement_Psychomoteur_de_l_enfant.File.4/29/2004

¹⁷ NIETO Herrera Margarita, Evolución del lenguaje en el niño. Editorial Porrúa S. A. México 1984.



- La estimulación afectiva, que se encuentra en la base del desarrollo psico-físico del ser humano.
- Las experiencias significativas de las primeras semanas, meses, años, de la vida del niño, son esencialmente básicas porque afectan los cimientos del desarrollo lingüístico y tiene gran influencia en la maduración global.

La influencia de la madre es tan decisiva para su normalidad, toda caricia afectiva o una baja estimulación socio-cultural afecta al desarrollo del niño, puede dejar huellas imborrables en el psiquismo del ser humano.

El niño aprende la lengua que oye hablar a su alrededor para lo cual es necesario la estimulación psicofísica que le permita el conocimiento del medio visual, sensorio motriz, táctil, especialmente la acción de estímulos auditivos; tiene que oír las palabras mil y mil veces hasta que funcionen los analizadores corticales y son registrados en el cerebro, llegando a formar parte del contenido memorístico verbal. La estimulación ambiental constituye una fuerza de gran valor en el desarrollo lingüístico del niño.

La acción de los elementos genéticos y ambientales, da por resultado el desarrollo global del niño.

a. Aparición del Lenguaje

Hay diferentes hipótesis:

- Factores madurativos de los sistemas neurosensoriales y motor.
- Desarrollo cognitivo – afectivo – social.

b. Precursores del Lenguaje

- Atención selectiva
- Percepción de los sonidos del habla.

Atención selectiva: Es emotiva a las entonaciones, es sensible a los diferentes estímulos, se evidencia en el recién nacido e incluso antes.

Percepción de los sonidos verbales: La percepción de los sonidos utilizados en el lenguaje, el bebé reduce el ritmo de succión si el estímulo acústico no varía, por el contrario cuando se le hace oír un estímulo diferente del primero, el ritmo de succión se acelera.

Mucho antes de poder hablar el niño es sensible a la comunicación verbal del entono, reacciona selectivamente a la voz humana, cesa de llorar cuando alguien le habla. Hacia el sexta o séptima semana puede distinguir entre entonaciones ascendentes o descendentes, muy pronto



los estímulos afectivos del niño pueden variar a causa de los diferentes patrones entonativos del adulto.

Antes de poder comprender la lengua de su entorno, el bebé siente que el adulto esta dispuesto a jugar o, por el contrario, que esta enfadado. Si quiere iniciar la acción o acabarla. Para ello se sirve de indicadores como la cantidad de habla, el volumen y la melodía del habla que se le dirige.

c. Etapa Prelingüística

Oller describe 5 etapas:¹⁸

0-2 meses Producción de vocalizaciones

- Se trata de un estadio de vocalizaciones reflejas en el que están gritos – sonidos vegetativos (bostezo, arrullos, suspiros) y sonidos casi vocálicos.

De 1 – 4 meses Producción de sílabas arcaicas.

- Aparición de la sonrisa inicio de la comunicación social
- Secuencias fónicas constituidas por sílabas primitivas perceptibles para el entorno, articuladas en la parte posterior de la garganta.
- Desde el tercer mes el bebé imita las melodías y sonidos que emite el adulto.
- A los 4 meses el refuerzo social, aumenta la tasa de vocalizaciones, el placer que genera el niño al producir sonidos cuando comienza a controlar las actividades respiratorias implicadas en la fonación.

De 3 a 8 meses: Balbuceo rudimentario.

- Presencia de juego vocálico
- Aparece la emisión de sonidos graves (gruñidos) y agudos (chillidos)
- Producen sonidos bitonales
- Repertorio fónico se amplía con la aparición de sonidos consonánticos largamente sostenidos.
- A los 6 meses a parece combinaciones de sonidos (consonante vocal) llamado “balbuceo marginal” o rudimentario.

De 5 a 10 meses: Balbuceo canónico

¹⁸ CARBONA Juan, CHEVRIE Muller, editorial Masson SA, segunda edición, Madrid 2001.



- Producen sílabas bien formadas del tipo (consonante vocal)
- El balbuceo se reduplica formado por una cadena de sílabas idénticas (ma-ma-ma, pa-pa-pa).
- Después las sílabas se diferencian unas de otras por la consonante, o por la vocal (pa-ta-ca, ba-da-ta).

De 9 a 18 meses: Balbuceo mixto.

- Producen palabras dentro del balbuceo
- Las preferencias fonéticas que caracteriza el balbuceo se encuentra en las primeras palabras que están en relación a su contexto lingüístico y que tendrían gran significación para el niño.

A los 2 años, usa frases de tres palabras, y practica el soliloquio. Una vez adquirido el vocabulario de 10 palabras hay un gran incremento del mismo en los 6 meses subsiguientes.

A los 3 años, presenta alrededor de 1000 palabras, presencia de preguntas como: ¿Por qué? ¿Para qué? Allí se dan muchos retrasos cuando los padres no les contestan, su lenguaje es entendible en un 80%.

El lenguaje infantil es creativo desde las primeras frases: el niño construye frases nuevas que nunca había oído.

Existen diferencias individuales marcadas en la tasa de desarrollo del lenguaje con ciertos indicios de que las mujeres desarrollan el lenguaje un poco más rápido que los hombres en sus primeros años, como lo hacen los primogénitos o los niños prematuros.

El desarrollo del significado de las palabras ocurre simultáneamente con el desarrollo gramatical. Desde el principio los niños emplean ciertas palabras para referirse a toda clase de cosas, no simplemente a cosas, personas o acontecimientos individuales sino también a clases generales.

Este es un paso importante dentro del desarrollo del niño, ya que con la adquisición del lenguaje nos hace seres de palabras por lo tanto “libres” y “sociables”, y es un punto de partida también para crear nuevas relaciones y la autonomía con ello.



Ampliando más sobre éste aspecto del desarrollo del lenguaje del niño de 0 a 3 años que corresponde al presente estudio, considero que se puede graficar un cuadro con las características del niño de ésta edad en cuanto a ésta área de desarrollo:

1 mes	2 meses	3 meses	4 meses
Inexpresión de la faz, mirada vaga, indirecta. En la voz hay pequeños ruidos guturales.	Sonrisa social. Expresión más despierta y viva, mirada directa y viva, en la voz, a – e- u.	En la voz hay un murmullo y un cloqueo, hay una respuesta vocal – social. Se lleva los juguetes a la boca o su mano para chuparlos.	Se lleva los objetos a la boca, produce sonidos, ríe , Respira fuertemente.
5 meses	6 meses	7 meses	8 meses
Es más expresivo, grita y ríe a carcajadas si se emociona, manifiesta rechazo si se asusta o molesta. Lloro o se enoja cuando no le dan atención.	Vuelve la cabeza hacia el lugar del sonido. En la voz hay gruñidos y murmullos.	Imita sonidos, hace gestos.	Dice sílabas simples; da – ba – ca. Balbucea a todo alto, practica nuevos sonidos.
9 meses	10 meses	11 meses	12 meses
Imita sonidos, responde al nombre, en la voz dice da – da.	Indica e intenta decir algo da – da, para obtener el objeto, puede imitar dos sonidos de animales, dice papa, mama, dice adiós y palmaditas.	Dice algunas palabras e imita durante largos ratos las conversaciones, haciendo inflexiones de la voz y las expresiones de la cara de los adultos.	Continúa el lenguaje.
13 meses	14 meses	15 meses	16 meses



Dice dos palabras además de papá – mamá y da-da. Pide objetos mediante gesto.	Tres a cuatro palabras pero que significan un pensamiento completo. En la voz hay una jerga incipiente.	Se hace entender con pocas palabras o apuntando lo que quiere, cuando se le entrega un libro da golpes sobre las figuras de interés. Comprende órdenes sencillas.	Está aprendiendo a mantener conversaciones con la gente. Habla permanentemente, y cada vez incluye más vocabulario, entiende gran número de juguetes, objetos de la casa, ropa, verbos usados en la interacción social diaria (ven, toma, ve, dame, abrázame) y nombres de personas y animales.
18 meses	20 meses	22 meses	24 meses
Tiene un vocabulario de 10 palabras, nombra o señala figuras o imágenes de un cuento, puede ejecutar dos órdenes.	Con el vocabulario que ha aprendido empieza a preguntar todo lo que ve, le gusta ver libros y saber sobre lo que está ahí.	Tiene un vocabulario de unas 25 palabras y las repite constantemente, combina dos o tres palabras espontáneamente, logra cumplir tres instrucciones con un objeto conocido.	Dice su nombre completo, de un libro logra nombrar 10 imágenes, sus oraciones son más largas y a veces incluyen preposiciones.
30 meses		36 meses	
Da nombre completo, nombra a 5 figuras de un libro y reconoce a 7, dice el uso de algunos objetos.		Ante las figuras de un libro, puede indicar la acción de lo que sucede en las figuras, emplea el plural, dice su sexo, conoce canciones de niños. Ya puede hablar espontáneamente, sabe contestar preguntas. ¹⁹	

¹⁹ GESELL A, “ Inventario de Desarrollo de A. Gesell” ediciones de C.P.A, 1995 París.



1.1.4. DESARROLLO DE LAS RELACIONES SOCIALES

Todo Ser Humano se desarrolla en sociedad necesitando del otro para poder subsistir y mantener su homeostasis.

La socialización en sí, es la “facultad psicológica que permite al hombre vivir en sociedad”²⁰.
¿Pero como se desarrolla ése proceso?

El niño desde su nacimiento muestra ya señales de socialización, desde las primeras reacciones (lloro, sonrisa, el contacto físico con la madre, la comunicación propiamente dicha, el juego) hasta las más elaboradas interrelaciones.

Sería la socialización “el conjunto de procesos donde el niño hará suyos, las reglas, normas, creencias, actitudes y costumbres imperantes en los diversos medios que le rodean, fundamentalmente a través de las relaciones interpersonales que el tenga”.²¹

El niño va a ir aprendiendo de todo el conjunto de situaciones lo que debe y no debe hacer, el primero interioriza, generaliza y por último reafirma todas las informaciones que le llegan y se transforman en normas o leyes sociales que el tiene que cumplir, esto abordará aproximadamente a los 5 años.

Antes de llegar a éste conocimiento se ha pasado por diferentes estadios o momentos que permitieron llegar a la socialización.

- Primeros Contactos

Se puede decir que desde el comienzo de la vida del bebe hasta los quince meses no hay una acción social intencionada, pero demuestra primeros rasgos de relación que va íntimamente ligada con lo emocional que representa este período; por ejemplo:

La mirada: Este es el contacto que realiza con la madre, el recién nacido mira fijamente los ojos y el pezón de la madre, lo que está programado instintivamente y sirve para la alimentación y la relación madre-hijo quien en correspondencia mira a los ojos de su bebe.

La importancia del contacto depende de la situación y del ambiente en que se desenvuelva éste contacto, si es en un clima afectivo o emocional beneficiosos para el bebe.

La sonrisa: Se habla en un comienzo de la sonrisa social, como un valor inscrito, que se presenta en el niño incluso antes del nacimiento, pero también la sonrisa puede nacer de

²⁰ CARBOLES José Antonio, PALOMO Tomás, ABARCA Amalio, BECERRA Antonio: Gran Diccionario de Psicología, ediciones del Prado 1996.

²¹ AJURIAGUERRA j: Manual de Psiquiatría Infantil, cuarta edición, Masson Barcelona-México 1983.



otros aspectos; como resultado de aferencias auditivas, verbales, visuales, epidérmicas, esto ya sería una sonrisa provocad, en tanto como respuesta al estímulo.

La comunicación: Aquí hablaremos primero de comunicación no como respuestas puramente verbales, si no la significación corporal y gestual que representa el lenguaje. El balbuceo, los sonidos guturales, la negación y luego arribar al “YO”. Todo esto para llegar a comunicar y relacionarse con el otro.

El Juego: En esta edad el juego sería el ejercicio de preparación para la socialización y actividades futuras. En el juego intervienen muchos factores según su grado de madurez; la fantasía, sus potencialidades cognoscitivas, su adaptación a las reglas y la sociedad. Mediante el juego se desarrollará las habilidades sociales.

El proceso de la socialización entonces es un hecho que se encadena desde el comienzo de la vida de los niños y va a tener su total realización en la vida escolar del niño. La relación con el otro y con el medio es indispensable para el desenvolvimiento de las actividades de todo sentido, y depende del medio en el que el niño se desarrolle, de la gente que lo rodea para que el niño forme su personalidad y por lo tanto su introducción a la sociedad. La madre y el adulto proporcionan al niño desde sus primeros días de vida las satisfacciones orgánicas, de afecto y de conocimiento del mundo, lo que le integrará posteriormente con los otros y a sus primeros comportamientos de personalidad social que se verán influenciados por los comportamientos educativos y de organización que el niño reciba.

Se puede desglosar en el siguiente cuadro el proceso de desarrollo de socialización del niño desde el mes de nacido hasta los 3 años:

1 mes	Dos meses	Tres meses	Cuatro meses
Cuando mira a personas su actividad disminuye. En supino mira indefinidamente a su contorno.	Respuesta facial social, sigue a las personas en movimiento (cerca de él), Se anima cuando su madre se acerca.	Respuesta vocal social, observa detenidamente a la persona que está al lado de él, observa sus manos, tira de la ropa.	Le gusta patear, hacer ruidos, reír. Anticipa la vista de su comida, hace un juego manual, dedos entre sí, tira la ropa sobre la cara.
5 meses	6 meses	7 meses	8 meses
Sonríe a la imagen en el espejo, desea coger	Distingue a extraños, de su madre, se	Empieza a moverse dentro de su pequeño	Durante el juego, muerde, chupa los



cualquier objeto que está a su alcance, cuando coge su biberón, lo acaricia.	familiariza con el entorno y escoge sitios preferidos, en el juego agarra su pie, sonríe y parlotea frente al espejo.	mundo. En el juego los objetos los bota en el piso.	juguetes, busca persistentemente los que están fuera de su alcance.
9 meses	10 meses	11 meses	12 meses
En cuanto al juego, desea continuar aún así sea hora de dormir, en el espejo el niño ya se reconoce a sí mismo, así como alas personas queridas y los juguetes que prefiere. Puede sostener sólo el biberón y come solo una galleta.	Dice adiós y da palmaditas, en el juego, se resiste a intenten quitarle el juguete, comprende exclamaciones de aprobación o de prohibición.	Entrega juguetes si se lo pide pero lo suelta, busca la imagen de la pelota en el espejo, se quita las medias y puede tomar a medias de una taza.	Trata de coger los juguetes de otro lado, su juego es cada vez más elaborado y no paran de experimentar.
13 meses	14 meses	15 meses	16 meses
Le encanta que la gente lo mire y lo aplauda, trata de llamar la atención, frente a un espejo acerca un objeto, coopera al vestirse.	Intenta hacer un juego con la otra persona (tira la pelota), le gusta jugar acompañado.	En el juego muestra u ofrece juguetes, tira los objetos por juego o resistencia, le gusta conocer cosas con la presencia de sus padres.	Empieza parcialmente a avisar si está mojado, ya no usa biberón.
18 meses	20 meses	22 meses	24 meses
Tiene objetos de juego favoritos, y los lleva consigo, logra comer solo un poco aunque derramando, puede empezarse una regularización diurna de los esfínteres.	No le gusta compartir sus juguetes, no interactúan todavía con otros niños, ya se encuentra en capacidad de estar organizado en sus hábitos y puede comer, lavarse los	Sabe lavarse, secarse las manos, cepillarse los dientes, agarrar y tomar del vaso, ponerse los zapatos aunque mal, puede comunicarse con las personas para mostrar o señalar una	Se puede referir a sí mismo, más por su pronombre que por su nombre. En el juego ayuda a guardar las cosas, puede llevar objetos frágiles, es capaz de realizar las AVD pero con



	dientes e ir a la cama.	necesidad.	observación de un adulto.
30 meses		36 meses	
Se refiere a sí mismo por su prenombre, en la comunicación repite las cosas que habla, en el juego, empuja los juguetes con una buena dirección, ayuda a guardar las cosas, no le gusta compartir sus juguetes.		Se alimenta sólo aunque derramando un poco, sabe servirse de una jarra, logra ponerse bien los zapatos, desabrocha botones delanteros y laterales, en la comunicación formula preguntas retóricas, comprende y respeta turnos. ²²	

1.1.5. DESARROLLO DE LA AFECTIVIDAD

Al hablar de afectividad se entiende por lo general como la capacidad que tienen los seres humanos de amar a los demás y así mismos. Este es un elemento primordial para la relación con los otros y el desarrollo personal.

Según las neurociencias “el desarrollo de la afectividad humana está sustentada bajo el desarrollo del Sistema Nervioso que se inicia en la vida intrauterina y que está condicionada también por mecanismos externos, que pueden influenciar en el desarrollo intra útero y que afectaría la afectividad, la capacidad intelectual, la personalidad, la madurez y la trascendencia del Ser Humano”.²³

En tanto la afectividad implica un primer estado biológico - natural del ser humano, también interactúan otros aspectos que serían una mezcla de respuestas somáticas, la asimilación cognitiva y la simbolización afectiva ligada a la función materna.

Dentro de la visión psicoanalítica, el niño antes de ser sujeto, es objeto de la afectividad del otro, en donde los sentimientos y emociones primitivas van ligadas a la sexualidad materna. El niño tiene que realizar la simbolización para poder unir esta imagen del otro consigo mismo y formar la unidad.

Entonces el niño desde su nacimiento y antes del mismo, desde el período prenatal a recibido mediante su sensibilidad todos los estímulos del mundo exterior y de su madre, ellos

²² GESELL, A, “Inventario de Desarrollo de A. Gesell”, ediciones C.P.A. 1995, París.

²³ [http://google.com/ ARANGUENA Pedro “Bloqueos en el Desarrollo de la Afectividad en el inicio de la vida; repercusiones”](http://google.com/ARANGUENA%20Pedro%20Bloqueos%20en%20el%20Desarrollo%20de%20la%20Afectividad%20en%20el%20inicio%20de%20la%20vida%20repercusiones). 15/noviembre/2004.



van creando su vínculo que se estrechará en el momento del nacimiento y que poco a poco se desarrollaran hasta que se alcance la madurez.

A continuación se esbozará un cuadro con las principales características del desarrollo afectivo del niño de 0 a 3 años que posteriormente se ampliará más en el presente estudio:

Del nacimiento a los 3 meses	De Tres a nueve meses	De nueve a dieciocho meses	De dieciocho a treinta y seis m.
Bebé y madre crean un vínculo estrecho con aspectos como la lactancia, contacto con piel, y atenciones. Va reconociendo a su madre pero piensa que forma parte de él.	Hay una comunicación deliberada, una secuencia intensa con la madre. Hay juegos breves con otros, pero la afectividad se desarrolla más con la madre, se da cuenta que ella no forma parte de él y se produce momentos de angustia en el niño pero que permiten individualizarlo y continuar con su desarrollo.	A desarrollado a nivel motor una mayor destreza y con ella un poco más de independencia, al igual que en el lenguaje. El niño trata de verse bien ante los padres, sin embargo todavía le gusta llamar la atención de la madre. Empieza a interactuar más con la figura paterna.	El niño es capaz de crear, simbolizar, simular, sobre todo con el juego compartido. Su repertorio emocional se amplía y comprende emociones como empatía, vergüenza, orgullo. El niño modela rasgos de identidad propia. ²⁴

1.2. DESARROLLO PSICOAFECTIVO DEL NIÑO

1.2.1 SIGMUND FREUD, NOCIONES DE SU TEORIA Y ENFOQUE DEL DESARROLLO PSICOAFECTIVO DEL NIÑO.

El psicoanálisis surge más o menos en la misma época de la revolución del pensamiento tradicional, cuando se consideraba al hombre como un organismo, su espiritualidad estaba

²⁴ GESELL A, "Inventario de Desarrollo de A, Gesell", ediciones C.P.A, 1955, París



relacionada con lo divino. En ésta época de un marcado biologismo, surge un médico (Sigmund Freud) quien se interesó por el conocimiento de la vida psíquica, su evolución las fuerzas elementales que ponían en marcha al ser humano.

En los trabajos de Freud; en su primer tópico, desde un punto de vista topográfico explica su teoría desde “el INCONSCIENTE”²⁵, constituyendo éste el fondo de la vida psíquica en donde los fenómenos conscientes no son más que simples manifestaciones.

El conocimiento del inconsciente sólo se puede dar de un modo indirecto, tiene sus propios mecanismos, como lo son; el desplazamiento, la condensación, la proyección, la identificación, lo que hace que sus contenidos se vuelvan irreconocibles y salen a relucir mediante los datos que suministran los sueños, los actos fallidos, los test proyectivos y sobre todo, la historia de síntomas neuróticos y psicóticos.

El inconsciente en psicoanálisis, está en constante evolución y cargado de energía psíquica.

El término inconsciente no designa simplemente los pensamientos latentes en general, sino especialmente los que poseen un carácter dinámico, no obstante éstos tienden a ser muy intensos y eficientes, se mantienen lejos de lo consciente. Durante mucho tiempo se quiso identificar lo inconsciente con lo rechazado, aun cuando Freud, admitió la existencia de contenidos no adquiridos por el individuo, filogenéticos, que constituyen el núcleo del inconsciente. El rechazo nos lleva al representante psíquico del impulso, de suerte que la función del rechazo no es suprimir la representación nacida del impulso sino mantenerlo en estado de representación inconsciente. Al hablar de inconsciente implica otros dos sistemas que mantienen la estructura psíquica; que sería lo PRECONCIENTE y lo CONCIENTE; el sistema preconciente está integrado en parte, por elementos procedentes del inconsciente en paso hacia el consciente y también del consciente hacia el inconsciente, adoptando la forma de preconciente; y el sistema consciente es un órgano de percepción situado en el límite de lo interno y lo externo. En el sujeto despierto, la más sensible sería la superficie externa del consciente, mientras que durante el sueño esta superficie sería menos permeable a los estímulos externos, aumentando en cambio la sensibilidad de la superficie interna. Para que un acto psíquico llegue a ser consciente, es necesario que recorra todos los peldaños del sistema psíquico.

Freud, en su segundo tópico (1920) habla desde el punto de vista estructural de la función de la vida psíquica de tres sistemas; el ELLO, YO, SUPER YO.

²⁵ AJUARIAGUERRA J, Manual de Psiquiatría Infantil, cuarta ed. Masson, Barcelona-México 1983. [http. / yahoo.com/ teoría del psicoanálisis](http://yahoo.com/teoría%20del%20psicoanálisis), file. 13/febrero/2005.



a. Los Tres Sistemas:

1. Sistema del ELLO:

El ello está integrado por la totalidad de los impulsos instintivos, tiene íntimas conexiones con lo biológico. El ello es un sistema dotado de una energía dada, aquí se encuentran todas las impresiones que han pasado a ser reprimidas, el ello ignora juicios de valor, el bien y el mal, representa en el psiquismo a las exigencias de orden orgánico.

Todo lo que desarrolla en éste sistema, está sometido al proceso primario y por esta razón, se rige al principio del placer. Dentro de ésta se desenvuelve toda su teoría sobre el instinto, lo cual nos habla de instintos primarios; EROS (vida) y THANATOS (muerte), también trabaja sobre la energía dinámica del instinto sexual (libido), como una base de energía que mueve al ser humano.

A lo largo del desarrollo, la energía de la libido, tiende a cargarse afectivamente en diversos objetos en la búsqueda de la satisfacción pulsional, la pulsión sexual, con sus diversas zonas erógenas y sus objetos sucesivos, sobre los cuales se carga afectivamente y donde se observan igualmente diferentes formas de manifestaciones de agresividad que provienen de las pulsiones de muerte. El ello comprende entonces, además de las pulsiones innatas sexuales y agresivas, estos deseos reprimidos, que forman en lo sucesivo parte del ello, por intermedio del cual pueden comunicar con el yo de los que están netamente separados por las resistencias que se oponen a su aparición en la superficie.

En tanto que instancia psíquica, el ello es inconsciente y ésta es la única cualidad dominante en el interior del ello. Los elementos inconscientes del ello son, innatos y adquiridos, los que no han sido jamás conscientes porque derivan de las pulsiones y los que han sido conscientes en un momento dado de la evolución y que hay sido inmediatamente reprimidos; éstos vienen a ser los Fantasmas Primarios, que son resultado de la vivencia individual y transmitidos filogenéticamente. En cuanto al funcionamiento, el ello aparece como una energía móvil, cuyo objetivo es la búsqueda del placer, de la satisfacción de la libido por una supresión de tensión o una descarga tensional. El ello es la parte oscura, e impenetrable de nuestra personalidad, la más antigua y que forma el núcleo de nuestro ser.

2. El sistema YO:

En relación con el primer tópico se podría decir que el Yo se puede identificar con el consciente o potencialmente consciente. Representa la Razón y la Sabiduría, en diferencia con el ELLO, el YO controla su movilidad y se esfuerza en extender sobre el ello y sus intenciones, la influencia del mundo exterior.



Su principal función es de organizar las energías libres y móviles del ELLO teniendo en cuenta imperativos y límites que impone la realidad. La dirección de su actividad es también la

búsqueda de placer como en el ello, donde extrae su origen, pero al mismo cuidado de la auto-conservación para que el individuo mantenga su ajustamiento al entorno. Este YO primario, en las primeras etapas de la vida es estructuralmente débil, con una creencia omnipotente que nacen el ELLO y aparecen el Yo. Este estado de omnipotencia pasa por cuatro fases:

- fase de omnipotencia incondicional: que correspondería a la del estado fetal.
- Fase de las alucinaciones mágicas: donde todo impulso es inmediatamente satisfecho por el medio de alucinaciones.
- Fase de omnipotencia con auxilio de gestos mágicos: la reacción del niño frente a una necesidad corporal se acompaña generalmente por movimientos de brazos y piernas.
- Fase de superioridad del pensamiento; parecen iniciarse conjuntamente con el lenguaje.

Estas fases mágicas del yo desaparecen casi por completo cuando son sustituidas por el sentido de la realidad. Percibir, adaptarse a la realidad y actuar son las funciones más elevadas del Yo, y esta clase de operaciones intelectuales le permiten informarse de las modificaciones que sobrevienen tanto en el mundo exterior como en su mundo interior.

Las funciones del YO, son de mantener el sentido de realidad; que es la de comprobar la existencia real de los objetos por medio de la actividad motriz y el de la función sintética o de homeostasis; que consiste en recibir el impulso, diferenciar de donde llega, luego realizar un proceso de síntesis entre los distintos elementos que llegan al ELLO y observar si éstos elementos no provocan alguna reacción en el SUPER YO.

Su actividad de defensa es consciente, preconsciente o inconsciente, en general inconsciente, y consiste en elegir y en utilizar diversos medios o mecanismos de defensa contra los peligros intrapsíquicos que han sido formados a lo largo de los diferentes estadios de desarrollo del yo; estos son: la introyección, la proyección, la represión, la regresión, la formación reactiva, el aislamiento, la anulación retroactiva, la transformación en lo contrario, la vuelta contra sí mismo y la sublimación.

La relación entre la realidad y el ello pulsional es una relación conflictiva; y el desarrollo del yo a través de sus diferentes estadios lleva la huella de estos conflictos y la manera como han sido resueltos, así como los mecanismos de defensa que han sido movilizados. En el caso que el YO en estado adulto, no a logrado mantener el equilibrio entre las instancias, se puede encontrar regresiones a algún estadio de desarrollo lo que produce en su estructura una desmembración y el YO puede caer en diferentes estados patológicos.



3. El Sistema del SUPERYÓ

Se ha considerado que el SUPERYO, es una modificación esencial del YO, que comienza en el estadio del complejo de Edipo, en donde actúan todas las fuerzas represivas que tiene el individuo en su desarrollo.

La resolución del complejo de Edipo consiste en una renuncia a estos objetos de amor por la represión de las tendencias libidinosas y en su interiorización por el cual el niño se identifica doblemente al padre y a la madre. Con la incorporación del padre en el yo, el niño introyecta la actitud “mala” de éste para conservar en el mundo real al padre “bueno”. Es decir el superyó es el resultado de la incorporación dentro del yo de los mandatos prohibitivos de sus padres. En sus primeros estados el superyó pertenece al YO, pero gradualmente se va diferenciando de éste, sin que el sujeto normal lo perciba como un elemento definido. Representa todas las restricciones morales y todos los impulsos hacia la perfección, es el encargado de vigilar al YO, de darle órdenes, de dirigirlo, de amenazarlo, castigarlo... La actividad del superyó es preconscious o inconsciente, sobre todo inconsciente: el superyó funciona de una manera “prerracional”, ya que traduce una relación arcaica entre un padre severo y su niño.

Ciertos autores admiten la existencia de diferentes componentes del Superyó que se fusionan y cuyo origen está en las relaciones objetales pre- edipianas y se funden en una unidad funcional al resolverse y dominar el complejo de Edipo.

Podemos hablar: del ideal del Ego; que es lo que lucha el EGO, derivado de las impresiones infantiles (en relación con el padre), un Superyo prohibitivo; que es exigente, duro que se opone a las aspiraciones del ELLO. El Superyo benigno, próximo al ideal del Ego, tiene su origen en la imagen de unos padres amantes y reconfortantes, especialmente la madre.

Las funciones del superyó son la auto observación, la conciencia moral, la influencia principal en la represión y el enaltecimiento de los ideales.

Lo que Freud trató de explicar con éstos tópicos la dinámica mental de los fenómenos psíquicos, siendo estos el resultado de la acción contraria de fuerzas. El niño en su desarrollo depende de mecanismos que están íntimamente ligados a necesidades pulsionales o a características genéticas, que forman parte del Yo como del Ello como es en el caso de las relaciones objetales que pueden ser abordadas en función de las necesidades libidinales (ello) y en el aspecto cognitivo y perceptivo (Yo), lo que implica una manera *dinámica*, ya que estamos



frente a una evidencia de la existencia de una lucha entre las fuerzas, en donde los conflictos son permanentes cuyo fin es llegar a la homeostasis.

En la teoría de Freud, la génesis del aparato psíquico son los estadios psicoanalíticos, y para comprender la evolución del niño, es importante tomar en cuenta la noción de libido, ya que por esta se manifiesta el comportamiento y su desarrollo; en donde cada estadio de desarrollo produce una satisfacción libidinosa que va ligada a regiones, a zonas erógenas, es el desarrollo psicosexual.

b. El Desarrollo Psicosexual del Niño:

La vida afectiva del niño es extremadamente rica y el sistema psicoanalítico trata de explicarlo mediante cinco estadios denominados:

1. estadio oral que se extiende de cero a un año
2. estadio anal de uno a tres años
3. estadio fálico, de tres a cinco años
4. estadio de latencia, de cinco años a la pubertad
5. estadio genital de la pubertad en adelante.

1. El Estadio Oral (0 – 1 años)

El niño pasa primero por el estadio oral, donde la región bucolabial es la zona erógena, aquí se distinguen dos fases: primitiva y tardía, ocupando respectivamente el primer y segundo trimestre del primer año, en donde se caracteriza dos actividades; la succión y la mordedora.

Además de ser la succión en primer momento una función alimenticia, también pasa a ser una actividad libidinal en donde las funciones del ello se encuentran dadas por la excitación rítmica de la boca y de los labios como una fuente de satisfacción y de placer dado por el acto de chupar como un placer sexual autoerótico.

En la fase tardía, cuando aparecen los dientes y el destete, la succión se transforma en mordisco donde aparece combinada con la libido la pulsión destructiva y agresiva que da la búsqueda de la satisfacción libidinosa del niño, un carácter sádico. El niño al nacer no tiene establecido su Yo, es en transcurso de éste estadio donde se esboza ya que como se analizó anteriormente al comienzo el Yo forma parte del ello, por lo que entonces progresivamente se va formando en éste primer estadio diferenciándose del Ello. Los comienzos de su funcionamiento están ligados a la relación satisfacción- privación. El principio del placer empieza a entrar en conflicto con el principio de la realidad. Las primeras relaciones objetales se esbozan en el reconocimiento de la ausencia de los objetos dispensadores de satisfacción, después con la discriminación más precisa de estos objetos, va a concluir con la identificación



de la madre en tanto que objeto como tal. Con esto se une la aparición de la pulsión agresiva en las conductas sádicas de morder y de rabia, que manifiestan un conflicto entre el deseo de unión libidinosa del niño con la madre y la separación con la misma. Esto es el origen de la actitud ambivalente del niño constituida por una mezcla de amor y de agresividad, de comunión y de destrucción, entonces se puede decir que el Yo se diferencia en la fase tardía del estadio oral. En este estadio, el superyó todavía no existe, recién empieza a funcionar el Yo con sus mecanismos de defensa que son influenciados por el mundo exterior.

Hay que tomar en cuenta que en éste estadio la libido del niño no se dirige hacia los demás, sino sobre sí mismo, lo que constituye el narcisismo.

Entonces es así como en la teoría de Freud, el pecho materno, constituye el punto de partida de toda la vida sexual, el ideal, jamás alcanzado de toda satisfacción sexual ulterior. Forma el primer objeto del instinto sexual, pero también si ésta persiste, será el origen de diferentes trastornos dentro de la vida psíquica del sujeto en el futuro que se experimentará bajo diferentes formas.

2. El Estadio Anal (1 –3 años)

Se extiende a lo largo del segundo y tercer año aproximadamente. En el cual el interés primordial gira alrededor de la mucosa anal o, más exactamente, del dominio de los esfínteres. También se distinguen dos períodos; una destructiva de aniquilamiento, la otra de las tendencias de afecto y de posesión.

Según Freud; el niño experimenta una sensación de placer al realizar la eliminación de la orina y de los excrementos, el niño tratará pronto de organizar estos actos de manera que la excitación de las zonas erógenas a ellos correspondientes le procuren el mayor placer posible. Las excitaciones resultan de los esfuerzos de expulsión tanto como de retención. También provienen de los cuidados higiénicos y corporales que se realizan sobre esta zona, así como de los castigos eventualmente administrados al niño.

Igualmente que en el estadio oral aunque con diferencia en las zonas erógenas, lo que se trata es de afianzar el desarrollo infantil, primero con las funciones orgánicas de alimentación y luego con las de evacuación.

La defecación y la micción son fuentes de satisfacción sexual en el niño, pero de igual forma también se encuentran con insatisfacciones por el mundo exterior, que lo hacen conflictivo y que haya una ambivalencia que se manifiesta por la mezcla o alternancia de amor y de agresividad, de sadismo y de masoquismo (rechazar o conservar las materias fecales, propósito de educación de la limpieza).



Entonces se observa como en este estadio, el yo se va reafirmando, y mostrándose en ciertas circunstancias más fuerte que el ello, ya que esta aprendiendo a resolver conflictos que nacen de las exigencias pulsionales, mediante los mismos mecanismos de defensa que funcionaron en el estadio oral, como son la introyección, la proyección y la negación. El super yo continúa siendo parte del yo.

El estadio anal se caracteriza por una agobiante ansia de posesión. El niño necesita en todo momento el objeto que le agrada. Esto es quizá, la consecuencia de que el niño de esta edad es incapaz de tener un esquema mental de la persona, por lo que necesita la presencia de esa persona para poder representársela. Por ello la reclama, se irrita cuando no está presente y, en cierta medida, quiere absorberla y destruirla si no está en su merced. Podemos decir que esta fase es extremadamente ambivalente desde el punto de vista afectivo.

3. El estadio fálico (3 – 5 años)

Este estadio señala el “apogeo de la sexualidad infantil” y presenta como zona erógena dominante, los órganos genitales; el pene en el niño y el clítoris en la niña. Este estadio se caracteriza por una gran ansiedad, pues los niños de ambos sexos tienen la impresión de estar desarrollados de manera incompleta o de estar amenazados por cierta incompletud. Para entender mejor lo antes dicho, podemos empezar con lo que se dijo al comienzo en cuanto que éste estadio es el apogeo de la sexualidad infantil, en un primer sentido auto erótica ya que se puede observar ciertas actividades de masturbación manual del niño acompañada de erecciones y que manifiestan placer, y de toques en el clítoris o en una adicción de las caderas igualmente acompañadas de sensaciones voluptuosas en las niñas; que empieza a ser en adelante objetal, o sea a cargarse afectivamente sobre los padres. La vida amorosa del niño comienza a mostrar semejanzas con la de los adultos, pero en éste momento lo llamaremos el complejo de Edipo, en donde su elección amorosa se dirige hacia el padre del sexo opuesto, acompañado de sentimientos ambivalentes constituidos a la vez de afección, de ternura y de rivalidad, de odio frente al padre del mismo sexo.

El complejo de Edipo se forma diferentemente en el muchacho y en la niña después de una fase preliminar común donde la niña y el muchacho concentran su libido sobre la madre y se identifican con el padre. En el niño cuando los deseos sexuales respecto de la madre han sufrido un reforzamiento y se da cuenta de que el padre constituye un obstáculo para la realización de estos deseos éste tiene el deseo de ocupar su puesto junto a la madre y por lo tanto eliminar al padre, y de ahí una actitud ambivalente hacia el padre. En la niña la identificación al padre de la fase preliminar se transforma simplemente en la fase edipiana, en deseos sexuales hacia el padre, con el que quiere tener un niño, lo que provoca en ella sentimientos de rivalidad y de hostilidad unidas sin embargo a los de ternura, frente a la madre.



La resolución o la liquidación del complejo de Edipo se realizan al final en este estadio bajo la influencia del miedo a la castración que lleva al muchacho a renunciar a la posesión de la madre y a abandonar la actitud hostil hacia el padre. La renuncia de la niña al padre, resulta del miedo a perder el amor materno. Estas renunciaciones se producen mediante el mecanismo de la represión, que al mismo tiempo liquida al complejo de Edipo que da paso a dos identificaciones, del padre y de la madre. Es importante tomar en cuenta como característica de éste estadio la necesidad de ser admirado y tranquilizado constantemente, y desde el punto de vista del pensamiento, éste el del pensamiento “mágico”, cuya función es probablemente la de tranquilizar al niño.

Todo éste proceso permite que se constituya el superyó, sobre todo con la presencia del padre, que viene a cortar muchos procesos inconscientes y permite el proceso de las instancias psíquicas y por ende del aparato psíquico en el niño.

Al final del estadio fálico, las tres instancias del aparato psíquico están constituidas. El ello queda en la capa profunda de la vida psíquica, de donde surgen las pulsiones libidinosas en la búsqueda de la satisfacción. El yo que se ha servido de una fracción de energía del ello para formarse, asume las funciones de relación con el mundo exterior mientras que el superyó, heredero de la autoridad parental representa desde ahora las exigencias morales, ideales, de carácter fundamentalmente inconsciente o preconscious. Entonces ante esto podemos decir que el aparato psíquico se encuentra en una constante lucha, en donde del Yo nacen los principales mecanismos de defensa que son la represión y la sublimación, dentro de la represión los principales aspectos que ella reprime son aquellos de carácter sexual, de igual forma la sublimación, lo puede hacer por medio de las creaciones artísticas. Además existen otros mecanismos de defensa, como son la formación reactiva, la anulación retroactiva, el aislamiento, el desplazamiento. Cada uno de ellos con sus características propias que transforman el verdadero sentido para poder mantener la homeostasis en el aparato psíquico.

4. Estadio de Latencia (6 a la pubertad)

Según Freud entre los seis y los siete años, el desarrollo sexual sufre una regresión, que lo ha llamado período de latencia.

En este estadio, la mayor parte de los sucesos y tendencias psíquicas sucumben y caen en olvido, dado por el efecto de la represión. Aquí el Yo es fuerte, trata de dirigir las pulsiones utilizando mecanismos de defensa que se han desarrollado en estadio precedente, especialmente los de sublimación y de formación reactiva. Las energías del ello son así desviadas de su finalidad sexual y canalizadas para así dirigir su energía en la adquisición de la cultura y el



establecimiento de relaciones amistosas con los del medio familiar y escolar. De igual manera el superyó se afianza y se refuerza consecutivamente con represiones muy enérgicas para desviarlas hacia la moral y son guardianes de lo reprimido.

5. Estadio genital

Se desarrolla desde la pubertad y se caracteriza por una alternancia de exceso y de inhibición, en donde descubrirá su objeto que desarrollará nuevamente la “pulsión sexual”. En tal caso se da una finalidad sexual nueva, con la cual las pulsiones parciales se unifican y las zonas erógenas son el punto principal. Este proceso marca la maduración sexual normal, la misma que puede presentar dificultades en su desarrollo por la presencia de anomalías que se producen a lo largo del crecimiento del niño, produciéndose una catequización de estadios anteriores y con ello las conductas regresivas.

En el curso de éste estadio el Yo, se encuentra con muchas dificultades, ya que debe luchar contra los asaltos pulsionales del ello cuyas tendencias hasta ahora reprimidas vuelven a reaparecer, sobre todo las ligadas al complejo de edipo, que pueden hacer llegar a una neurosis.

Ante esto, la situación está en el peligro, ya que hay una escisión entre el Yo y Superyó, que permiten el paso del Ello, esto puede producir en el adolescente muchos cambios, ciertos momentos de crisis, pero que conducen a una meta; el independizarse de los padres, para poder ser miembro de la sociedad.

Cuando el niño llega a la edad adulta, su carácter definido como modo habitual de reaccionar, está determinado por la evolución pasada de su yo, su ello, su superyó, y de sus relaciones de interacción. El carácter de un individuo está determinado por su pasado evolutivo y de los mecanismos utilizados para los fines mencionados, todo esto constituye el desarrollo de la afectividad.

La afectividad tiene por origen y condiciones genéticas una energía instintiva hereditaria de naturaleza libidinosa y agresiva, el ello, que empujado por su tendencia natural a buscar satisfacción y el placer, va a partir del nacimiento, a cargarse afectivamente sobre diversos objetos y en particular sobre los objetos humanos donde su naturaleza sexual se manifiesta cada vez más netamente. Es en el desarrollo de éstos estadios, en donde se van diferenciando entre las instancias hasta formar el aparato psíquico que se puede decir que son los tres componentes del carácter.



Desde Freud podemos partir a un conocimiento del desarrollo psicoafectivo del niño, sin embargo dentro del psicoanálisis encontramos nuevas corrientes en donde analizan con mayor profundidad éste primer momento de desarrollo desde la etapa prenatal hasta las relaciones exteriores con el otro, poniendo a la madre como primer objeto de relación hasta la inclusión de el tercer personaje que sería el padre.

Es evidente que el paso de la vida amniótica a la vida aerobia constituye una importante transformación desde el punto de vista biológico, el corte del cordón umbilical no es un simple fenómeno simbólico sino esto implica también una modificación en la organización fisiológica del recién nacido. De tal manera que Otto Rank nos habla de un choque que sufre el recién nacido tanto en lo fisiológico como en lo psicológico en donde se concentra mucha angustia que posteriormente se manifestarán.

Los nuevos métodos de observación psicoanalítica han abierto otras vías sobre muchos aspectos, tanto el psicoterapéutico como en la hipótesis del desarrollo del niño, cuyos puntos importantes se basan en las organizaciones precoces dentro de esto a las relaciones de objeto y fantasmas precoces, etc. Se ha puesto en evidencia la importancia de la interacción que se produce entre madre -hijo en el momento de la lactancia, y este aspecto de la díada madre- hijo como puntos importantes en el desarrollo afectivo del infante.

A continuación se describirán las aportaciones de otros autores psicoanalíticos:

1.2.3. DONALD W. WINNICOTT

Este pediatra y psicoanalista Inglés, basado en las escuelas de Anna Freud y de Melanie Klein (da la idea de objeto, determinada por necesidades físicas, impulsos y fantasmas) a publicado trabajos sobre observaciones clínicas de la dinámica de la primera infancia. Habla sobre el narcisismo primario donde la relación de la madre y del recién nacido es esencial.

El aporte de Winnicott se basa sobre el funcionamiento mental del niño; para el “el recién nacido no existe más que en razón de los sentidos maternos con aquellos que forma una toda unidad”²⁶. Durante la primera etapa de la vida, el niño y su madre, se van a adaptar uno al otro y esto es lo que el llama la “preocupación maternal primaria”²⁷, que se desarrolla incluso desde el momento del embarazo y alcanza su mayor intensidad al final del mismo y que se

²⁶ http://hotmail.com/le_developpement_psychomoteur_de_l_enfant_file_documents, 4/29/2004.

²⁷ DE BARBOT Françoise, Développement psychoaffective de l'enfant, journal des psychologues – octobre 2000 – N. 181, pag 23.



mantiene hasta unas semanas después del nacimiento del niño; dicha preocupación no es recordada por la madre tras su recuperación.

Winnicott nos habla de un estado de ensimismamiento, en donde la madre es capaz de llegar a un grado de hipersensibilidad de casi – enfermedad - para reestablecerse luego, de ahí la importancia que la madre sea sana para reestablecerse cuando pasan este período.

La madre que ha alcanzado la “preocupación maternal primaria”, proporciona al niño las condiciones necesarias para que pueda empezar a manifestar su constitución, para que se desarrollen sus tendencias evolutivas, y pueda desarrollarse en plenitud.

Winnicott en un intento por desarrollar más su teoría en cuanto al desarrollo emocional del individuo, lo hace profundizando la relación madre – hijo ya sea antes, como después de nacido y también en la conformación del sujeto. El explica que es de vital importancia la función de la madre para el desarrollo del niño, el rostro de la madre y la relación que se produce, ayuda al niño al reconocimiento de sí mismo.

El pequeño lactante se mira a sí mismo cuando ve a su madre y al comienzo no logra separar su imagen de la imagen de la madre, la madre mira al bebé y en su rostro expresa esta relación directa sobre el pequeño, esto es un juego esencial, que formaría parte de un preludio de la relación con el espejo descrita por Lacan, que es el reconocimiento de sí mismo que pasa primero por una identificación con la función materna como suya propia.

En la primera infancia y en especial el lactante para un desarrollo “normal” y una salud mental según éste autor, se necesita de la atención maternal lo que implica el *Holding* (la manera como el niño es llevado), *Handling* (la manera como es él tratado y manipulado) *Object- presenting* (el modo de presentación del objeto). Todo esto permite una interrelación psicosomática y la relación de objeto.

Progresivamente se va dando un proceso de separación de su No – Yo y su Yo dependiendo de la función del niño y el medio. La mayor parte de las madres son capaces de responder cuando un bebé está perturbado o agresivo y particularmente cuando está enfermo, entonces el niño empieza a percibir de una manera diferente, el rostro de la madre no es más un espejo, él puede reconocer los cuidados maternos y es capaz de desarrollarse hacia la independencia, puede prescindir de tales cuidados, se enriquecerse y al mismo tiempo descubre el mundo, aunque el niño no conozca lo que es bueno o es malo de su entorno, ni tampoco sentirse responsable de su actuar.



Luego el niño cuando a adquirido su dominio, a pesar de tener una mayor comprensión intelectual y las implicaciones de su actuar, mantiene una necesidad de conservar un objeto como punto de confianza y sostén de sí mismo que lo representa con cualquier objeto, él lo llama el objeto transicional, éste objeto generalmente se desvanece con los años pero no queda del todo olvidado, permanece en los limbos. Los fenómenos transicionales vienen difusos y separan la realidad psíquica interior del mundo exterior dentro de una percepción común a dos personas; esto hace referencia al simbolismo de la madre que se mantiene.

1.2.4 FRANCOISE DOLTO

Médica y Psicoanalista Francesa, se especializa en niños sobre todo a los lactantes y en la primera infancia, trata de realizar trabajos que guíen a los padres para la crianza de sus hijos y la primera etapa de la educación para poder prevenir las neurosis. A pesar de múltiples censuras al trabajo de Dolto por considerarse falta de método, la estructura de su análisis de edad temprana basado en el lenguaje y la comunicación nos da grandes pistas y aportaciones para el conocimiento del desarrollo psicoafectivo del niño.

a. La Primera Infancia:

Para Dolto, el niño desde su nacimiento es un “ser de palabra, receptivo y activo, al acecho de los intercambios sensorio motores del lenguaje vocal, gestual, y atento al otro que lo acuna, le sonrío y le habla”²⁸

Enuncia en primera instancia acerca del nacimiento, éste como un hecho a tomarse en cuenta, ya que puede ser visto como una castración, por el corte del cordón umbilical y la irreversible separación del feto y de las envolturas placentarias, de ésta seguridad acuática y envolvente, que se convierte en primer objeto de duelo pero que implica vida.

Al nacimiento, el bebe se encuentra en un espacio desconocido pero del cual tiene referencias, y desde el primer día se encuentran ligado a la madre por el olfato y por su voz, que le permiten localizarse. Estas percepciones e intercambios hace que se de lo que se llama la co-corporeidad y la co- vivencia, que se dan mediante los cuidados de crianza que permiten un valor significativo de intercambio de caricias de emociones de ternura, de gusto de ser de comunicarse que hacen que se presente un Yo inicialmente heterónimo en una dialéctica interhumana.

El narcisismo se va constituyendo en estas primeras caricias, mímicas, intercambios verbales y necesidades; la presencia de la madre mediatizada por referencias sensoriales,

²⁸ LEDOUX Michel, Introducción a la obra de Françoise Dolto, Amorrortu editores, Buenos Aires 1990.



modela una imagen del cuerpo, expresión de las investiduras de la libido. En cada etapa de su vida, el niño se construye con referencias, con una imagen del cuerpo modelada en relación diádica.

La imagen inconsciente del cuerpo es concebida como “una síntesis viva, en todo momento actual, de nuestras experiencias emocionales repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales de nuestro cuerpo”²⁹, esto se construye por la combinación de elementos simbólicos y las relaciones emocionales con ambos padres y no solamente lo sensorial.

Dolto pone al bebe desde el comienzo como un ser que necesita comunicación, con esto que la lactancia no solamente es un hecho de alimentación, sino también de comunicación y de búsqueda del otro. La sonrisa antes de lactar sería como una comunicación psíquica y las manifestaciones corporales espontáneas la madre las toma como un espacio psíquico entre los dos.

Sin embargo a pesar de esta forma vitalizante del lactante ante la comunicación con el pecho materno, por otro lado, también puede haber una desaparición del sujeto, ante la presencia de la satisfacción del deseo que implica esta liberación de la tensión, una muerte; la desaparición de lo que era sentirse dentro de su cuerpo.

Aportando a todo esto, la presencia diádica, permite la presencia del narcisismo vital que le impulsa al niño a nuevas búsquedas y creaciones. Pero es necesario todavía, dentro de sí la retención de sonidos y emociones que conforman su corporeidad; si la madre se ausenta y él pierde sus referencias el niño es capaz de morir simbólicamente. Esta dialéctica presencia – ausencia, es vital para el surgimiento de la vida psíquica del lactante no carece de riesgos, sobre todo cuando la ausencia es demasiado larga.

Dolto, también nos habla de un vínculo que se mantiene aún así la madre no esté presente y que lo continúa uniendo con ella, gracias a éste vínculo introyectado, símbolo de un narcisismo fundamental. El pre – yo se funda en ésta dialéctica de presencia – ausencia – rencuentros en donde el niño se conoce a sí mismo por aquel que le habla.

Entonces Dolto nos dice que al comienzo el lactante no vive autónomo, que se va construyendo con partes de la madre. El niño se siente objeto de la madre es un yo mamá, antes de un Yo.

²⁹ LEDOUX Michel, Introducción a la obra de Françoise Dolto, Amorrortu editores, Buenos Aires 1990



Antes de los seis a los ocho meses el niño se vive como fragmentado por el funcionamiento oral que parte los objetos del mundo exterior y los elementos del mundo interior por el funcionamiento anal. La madre todavía no es otra cosa para su hijo que un objeto total, del que se identifica el niño. Esta madre fragmentada o fragmentante es la afirmación del niño, donde el va a tratar de encontrar su unidad, de ahí la importancia para Dolto de una relación continua madre – lactante.

A base de los escritos de Winnicott, Dolto desarrolló dentro de su estudio acerca de la influencia del rostro de la madre, vista como un espejo en donde se produce una identidad unificada y separada del niño. Esta es la idea que confiere al niño su identidad, porque de alguna manera lo fragmenta, ya no es parte de su madre hay una escisión del otro que le permite ser libre, si no llega esto el niño casi no estará individualizado, cuando aborda a esta etapa, él descubre su identidad del esquema corporal, se descubre a sí mismo.

Ahora, Dolto en una primera instancia señala esta relación diádica madre- lactante, su importancia y repercusión en el infante, pero también toma en cuenta que ésta relación puede caer en riesgos, en donde la madre puede convertir a su bebe en objeto exclusivo de su deseo o el bebé convertirse en un objeto de necesidades a lo que hay que darle todas las satisfacciones, entonces es donde aparece el padre quien cierra el paso a la madre, quien encarna la ley de la prohibición del incesto y quien ejerce por derecho un poder dinamizante sobre la madre. El padre viene a ser el portador dinamógeno para la díada madre –hijo, en el sentido de las castraciones que él proporciona ya que es inscriptor en la sociedad a través del apellido que arraiga y transmite al hijo en una historia y una filiación. Portador de orgullo fálico mediante el proceso identificatorio, el padre es un sostén narcisista del niño, que está presente desde el pecho materno, visto como un elemento duro y fálico del pecho eréctil que porta su nombre.

Dolto alega que de no existir esta prohibición del incesto, no podríamos ser seres de lenguaje. Esta prohibición vista como una castración que en sentido psicoanalítico viene a significar una división simbólica en donde el cumplimiento de la “ley” es lo que prima. Sin embargo esta prohibición produce un efecto de choque, de rebeldía de inhibición en el niño, pero que el podrá soportar gracias a la verbalización. La prohibición de las pulsiones que no pueden satisfacerse directamente de cuerpo a cuerpo o del cuerpo con objetos incestuosos produce el desarrollo de la represión y luego de la sublimación. Si se produce una represión neurótica o una perversión que hace que no se produzca éste valor simbolígeno de la castración, haciendo que el sujeto no asuma la ley; para que se cumpla el valor simbolígeno de las castraciones será preciso que se tome en cuenta ciertas condiciones:



- El esquema corporal del niño debe hallarse en condiciones de soportarlas, un niño que no haya estado lo bastante con el cuerpo de su madre retrogradará en el momento del destete (castración oral), es necesario de tomar en cuenta el momento adecuado para el mismo.
- Tomar en cuenta que el adulto castrador debe tener características de respeto, de amor y sea un ejemplo de su poder y conocimiento.
- El deseo debe ser reconocido y valorizado mediante la promesa implícita de que las pulsiones podrán ser satisfechas.
- Toda castración no puede llevarse a cabo sin palabras.

b. El desarrollo del infante:

Dolto enumera diferentes castraciones dentro de su perspectiva evolutiva, que permiten el desarrollo del infante:

1. Castración Umbilical

En la primera exposición se habló acerca de la cesura del cordón umbilical, lo que produce una castración ya que ahora el alimento va a llegar por la boca. Esta división física del cuerpo produce una pérdida de una parte hasta ese entonces esencial de la vida y lo que ella llamaba, casi muerte, lo que significa dejar aquellas envolturas y la seguridad que esta produce.

Con éste hecho se produce cambios en el niño, el ya no tendrá las mismas condiciones de vida que tenía en el vientre materno, tendrá nuevas funciones de vida, y la cicatriz umbilical con la pérdida de la placenta simbolizan el nacimiento, el mismo que es fuente de vitalidad simbolígena.

2. Castración Oral:

Esta corresponde al destete, se prohíbe el deseo del pecho y el niño es privado del biberón. Esto significa la privación que se impone al bebé de lo que para este es el canibalismo respecto de su madre. Esta castración representa para el niño su separación de una parte de sí mismo que se hallaba en el cuerpo de la madre; la leche. Este corte oral establece una prohibición de cuerpo a cuerpo, dinamiza el deseo de hablar e impulsa a descubrir nuevos medios de comunicación. En la madre también es necesario que se de una aceptación de la ruptura cuerpo a cuerpo para que ella sea capaz de comunicar de un modo distinto los cuidados corporales. La dinámica del destete depende del modo en como la madre habla de él y lo vive.



Aunque el lenguaje preexiste al nacimiento, según Dolto es sólo después del destete del cuerpo a cuerpo cuando comienza a producirse la asimilación de la lengua materna. Es preciso según la autora, que el destete sea llevado por una relación de palabras donde el placer boca con el pecho pueda distribuirse al conocimiento de los objetos que lleva el niño a la boca y que éstos objetos que son nombrados por la madre sean introducidos en el lenguaje y el destete entonces sea progresivo.

Sin embargo la castración oral no se limita al destete solamente, ya que esta es una modalidad más de satisfacción de deseo, la *sublimación* de las pulsiones de deseo también interviene lo que implica una relación de lenguaje con nuevos placeres.

3. Castración Anal:

Es la separación de la madre en cuanto a la dependencia por las necesidades excrementales, así como el fin de la asistencia materna en el mantenimiento corporal y la acción de vestirse; aquí concluye el parasitismo físico y se pasa a la acción, las experiencias, la autonomía motriz, las manipulaciones lúdica con los otros y el discernimiento de los límites. La castración anal induce la prohibición del estregamiento, la prohibición de dañar al otro, el aprendizaje de la diferencia existente entre posesión personal y ajena, la prohibición de hacer lo primero que venga a mano para darse placer erótico. Es entonces en la sublimación del deseo anal que el niño adquiere mejor dominio de sí y mejor trato con los demás, y se inicia en las libertades del placer motor; como dijo Dolto: “Una castración anal sanamente dada, es decir, no centrada en el pipí – caca sino en la valorización de la motricidad manual y corporal, debe permitir que el niño sustituya los placeres excrementales por la alegría de hacer, manipular los objetos de su mundo...”³⁰

4. Castración Primaria –Secundaria:

- DIFERENCIA SEXUAL Y CASTRACIÓN PRIMARIA

El descubrimiento de la diferencia sexual, que tiene efecto alrededor de los tres años, significa ante todo el descubrimiento o la ausencia del pene. Esto es lo que Dolto llama la castración primaria, ella determina la valorización del pene como forma deseable y con una forma de destino de complementariedad de los sexos en interés de fecundidad.

La castración primaria es concomitante de la experiencia iniciática del espejo y de la asunción del sujeto sexuado. Es sucesiva de la integración de las leyes éticas orales y anales,

³⁰ LEDOUX Michel, Introducción a la obra de Françoise Dolto, Amorrortu editores, Buenos Aires 1990



entonces se ubica entre la castración anal y la castración edípica. Es alrededor entonces de los treinta meses cuando el niño en función de su conocimiento se pregunta de la utilidad de “eso” en torno a todo. El pene del varón es su carta de triunfo en el juego del deseo, máxime porque ha descubierto el placer de la masturbación. Pero el hecho de no verlo en la niña lo angustia y le es difícil de admitir que su madre no lo tiene. Le es preciso por lo tanto, hacer un duelo: el de la identificación con su madre. Mientras que la mutilación peneana es solamente fantasmática, la impotencia de parir es para el varón imaginaria y desvalorizante. En la niña, la verificación de que le falta el pene es inquietante y genera la envidia del pene. A este desfavor obedecerá el desarrollo de las potencialidades del deseo femenino.

El descubrimiento del sexo femenino se acompaña entonces de fantasmas masturbatorios y de una masturbación que se debe respetar. Las niñas asumen un papel maternal cuando juegan con muñecas. No tener pene se volverá sinónimo de la posibilidad de ser mamás, de tener pechos. Las pulsiones vaginales entran en acción y las niñas tratan de movilizar el interés a los hombres. La angustia de mutilación es entonces compensada por la esperanza de maternidad con fantasmas de omnipotencia partenogenética.

Se pudiera decir en resumen: los varones no tienen hijos y las niñas no tienen pene.

Esta castración es la que conduce al Edipo, con la presencia del progenitor que consiste en el deseo de casarse en primera instancia con la mamá y en donde luego la niña cambia su objeto en dirección al falo y el niño continúa en su deseo. Se produce deseos incestuosos en la hija el de tener un hijo con su padre y en el varón con su madre lo cual se enfrenta a obstáculos de la realidad con sensaciones de amenaza de destrucción, de mutilación sexual. Esta angustia de castración es tan intensa que se produce la resolución del complejo de edipo con la identificación de los niños a cada uno de sus progenitores, y con esto se entra en la edad de la razón, la edad de las amistades extrafamiliares.

- *CASTRACIÓN SECUNDARIA.*

Sería la Castración Edípica, que corresponde a la angustia de la impotencia sexual con respecto de un adulto parental. Es importante según Dolto pero que se dé siempre el conocimiento claro de la diferencia entre los sexo proporcionado por palabras simples y valorizadoras que respaldan el ser niño o niña.

Dolto también aporta en su teoría con tres aspectos el Yo Ideal, Superyó, Ideal del Yo, tomados por Freud inicialmente pero no conceptuados.



- Yo ideal, lo ubica antes de la resolución del Edipo, es una imagen dinámogena y estructurante, que viene a enfrentar al niño de lo imaginario a su realidad palpable, esto sería una anticipación del sujeto, una producción de su Yo ideal. Esta instancia la mayoría de las veces es representada por la madre o el padre antes de la diferencia sexual.
- El superyó, es el heredero póstumo del yo ideal preedípico, testigo de una supervivencia obtenida al precio de renunciar al deseo genital incesto y heredero del pre – superyó. Esta instancia, sin duda represora y supresora, es sin embargo también dinámogena, puesto que impulsa al sujeto a realizaciones profesionales y culturales.
- El ideal del yo, concomitante de la resolución del Edipo, surge de los escombros del deseo incestuoso y estimula las realizaciones culturales. A la inversa del yo ideal, esta instancia no puede ser presentificada por un ser humano.

La teoría de Françoise Dolto toma en cuenta el desarrollo del niño desde sus orígenes placentarios, hasta su formación como un ser de razón, interviniendo sobre todo en la dinámica y crecimiento a los progenitores como puntos referentes afectivos que influyen en este camino a ser adultos.

1.2.5 JOHN BOWLBY

John Bowlby, psicoanalista inglés desarrolla en la década de los setenta y ochenta su teoría sobre el apego, que describe el efecto que producen las experiencias tempranas y la relación con la primera figura vincular en el desarrollo del niño. El afirma que la capacidad de resiliencia que tienen los adultos frente a eventos estresantes tiene su punto de partida en el vínculo que los individuos desarrollan en los primeros años de vida con la persona a cargo del cuidado que por lo general es la madre.

Bowlby analiza su teoría desde un espíritu biologista que primaba en esa época, pero también describe aspectos sociales, de organización estructural y funcional del desarrollo del niño.

La teoría del apego o vínculo parte de la hipótesis de que existe un “sistema de apego”³¹ que se activa cuando un ser vivo, ya sea éste un ave o un humano, se siente amenazado y busca una figura (vincular) que lo proteja y autorregule. Estas son características de la especie desde un punto de vista filogenético.

³¹ MONETA María Eugenia, El Apego aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la Díada Madre-hijo, editorial cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2003.



Según este autor, el comportamiento de apego es organizado y controlado por sistemas de control dentro del sistema nervioso central, ya que éste está al servicio de una función evolucionaria de protección y supervivencia. “cuando un niño (o un adulto) está alarmado, ansioso, cansado y enfermo, la activación del sistema nervioso central lleva al individuo a buscar protección, comodidad y apoyo de una persona que le brinde cuidados”³²

a. Principios Fundamentales:

1. El apego se considera un sistema interno autogenerador e instintivo que alcanza metas que le permiten sobrevivir a la persona. Este sistema posibilita que las conductas de apego (llanto, búsqueda de proximidad) se organicen de manera flexible en torno a una figura vincular específica. Bajo condiciones de separación se produce una activación de mecanismos de apego, que hace que el niño busque y se satisfaga tan sólo con la cercanía de la figura vincular.
2. Los “modelos internos de trabajo” que Bowlby los denominó, son las representaciones que el niño construye en torno a sí mismo y a la figura vincular. Esto produce en el niño una idea aceptable de sí mismo, merecedor de cuidado y de protección. Estos modelos se organizan en pensamientos, memoria y sentimientos referentes a la figura de apego que guían la conducta futura y sus representaciones internas de apego.

Estos modelos se forman a base de la accesibilidad o inaccesibilidad del cuidador lo que provee una base más o menos segura ante una eventual separación.

3. Cuando las conductas de apego (llanto, llamados) fracasa repetidamente en recuperar a la figura vincular, el niño se ve obligado a desarrollar estrategias defensivas que excluyan la información dolorosa de su conciencia.

El apego en niños pequeños involucra específicamente una “mantención de proximidad” y “una protesta frente a la separación”, que contribuyen el primer principio. El segundo se refiere a mantener una “base segura” usando la figura vincular como referencia para la exploración.³³

Este autor en sus principios a enunciado ciertos modelos los cuales contribuyen a la unión (succionar, cogerse, seguir, llorar y sonreír), además incluye que a los nueve y dieciocho

³² [http/ apsique.com/](http://apsique.com/) GAYO Rosa, El apego, artículos traducidos.(1999).

³³ MONETA María Eugenia, El Apego aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la Díada Madre-hijo, editorial cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2003.



meses los sistemas de comportamiento se mantienen y se incorporan a sistemas dirigidos hacia un fin, organizados y activados de tal manera que el niño permanece todavía cerca de su madre.

Bowlby introduce la idea de pulsión de una manera diferente a la que aportó Freud y sus seguidores ortodoxos; él señala la importancia tanto de las condiciones intra – orgánicas como las ambientales que activan los sistemas de comportamiento, él postula que la motivación de cada comportamiento está dada por un sistema de conducta y que la pulsión no lo explica en su totalidad a cada una de ellas. Además que él hace una distinción en cuanto a la relación de objeto, e intentó demostrar que los lazos instintivos preceden a una relación de objeto y que no eran hereditarios lo que implica una dicotomía con la teoría psicoanalítica ya que lo ven como la separación del instinto y la relación objetal.

Existieron muchas críticas de los psicoanalistas a ésta teoría en tanto no se admite según el autor las bases biológicas del instinto y de las pulsiones como lo definió Freud, sin embargo estas nuevas nociones han sido planteadas como nuevas hipótesis sobre todo dentro de las neurociencias.

La teoría Psicoanalista con Freud a la cabeza como creador de ésta corriente abre un nuevo camino al conocimiento del Ser Humano y su proceso de desarrollo, sin embargo sus postulados, muy válidos, no han esclarecido con mayor precisión la importancia de la primera etapa del niño y sus primeras relaciones y la influencia de ésta en el futuro del individuo. Es así que otros autores con una visión enfocada en la primera infancia han desarrollado sus teorías, tal es el caso de Winnicott que trata de explicar este lazo que se realiza entre madre – hijo considerando el funcionamiento de ésta relación con su teoría de la “preocupación maternal primaria” que trata de reconstruir la dinámica de la pequeña infancia, el narcisismo primario, tomando en cuenta nociones hereditarias, biológicas, y psicológicas. Pese a que sus explicaciones son muy tomadas en cuenta en la actualidad, son consideradas como deducciones de su experiencia clínica, sin embargo los aportes de éstas abstracciones nos ayudan a comprender un poco más de éste primer paso a la vida.

De igual manera Françoise Dolto con sus excelentes postulaciones sobre el tema de las neurosis infantiles, trabaja mucho sobre la primera infancia; las necesidades del lactante, bebé, la diada madre – hijo, el complejo de Edipo, la presencia del padre (elementos castradores), que permiten entrar al niño a la edad de la razón por medio de la palabra.

Françoise Dolto tenía su estilo propio, y trabajaba muy directamente con niños y sus familias reavivando siempre la palabra, sin embargo algunos psicoanalistas encontraban su trabajo falto de método y manejado con mucha intuición. Hay que tomar en cuenta que ella trató muchos conceptos claves del psicoanálisis y se basó en ciertos aspectos de la teoría de Freud para



desarrollar la suya, lo cual ha sido de gran aporte. Actualmente encontramos revistas y libros que hacen referencia a la crianza de los hijos, en donde encontramos temas de estimulación temprana, que tienen como base el lenguaje, tema principal para el desarrollo del sujeto según Dolto.

En tanto la temática de la influencia de las relaciones tempranas en el futuro del sujeto, ha sido Bowlby con su teoría del apego, quien lo trabaja y lo trata como un vínculo afectivo que tiende a buscar la proximidad y el contacto como los modelos de apego originarios de la infancia cuando el organismo se encuentra en una situación de estrés. Es importante señalar que los postulados de Bowlby fueron criticados por los psicoanalistas de la época, algunos le acusaron de representar una clase de conductismo y desconocer el significado de la fantasía, ya que el trabaja mucho con términos de comportamiento y no con el mundo interno ya que no introduce el termino de pulsión o descarga. Bowlby fue uno de los primeros psicoanalistas en cuestionar que la motivación central del infante era el logro del placer oral en la mamada y que por lo tanto, el apego al primer objeto era secundario al placer obtenido; de ahí que los psicoanalistas le acusan a este autor de haber dado un papel secundario a la madre en sí y de su papel en las relaciones objetales. Sin embargo, en la actualidad, esta teoría ha sido tomada por los psicólogos del desarrollo, en psicoterapia centrada en el cliente y en terapias de corte cognitivas, y en las neurociencias, en realidad se ha extendido a todas las corrientes psicológicas y psicoanálisis.



CAPITULO II

2. LA RELACION MADRE HIJO DE 0 A 3 AÑOS

Es significativo poder analizar en primera instancia el rol de la Mujer, y su avance en la sociedad, en donde podemos referirnos al enfoque evolucionista que parte de la “teoría de la inversión paternal”³⁴, el cuál nos dice que genéticamente hablando las mujeres tienen una mayor inversión maternal en los hijos que los hombres, ya que ellas pasan sus genes a menos hijos, dado por el tiempo durante cuando son fértiles en comparación con los hombres que su tiempo de fertilidad es más limitada. Esto produce una inclinación de la mujer hacia el matrimonio y un potencial de los dos por la reproducción, protección y proporción de recursos para la vida.

Otro enfoque es el de la “probabilidad de la paternidad”³⁵; la mujer como portadora del óvulo fertilizado siempre va a estar segura de que son madres de sus hijos, situación que no sucede con los hombres, ya que ellos tienen que asegurar su paternidad tratando de dar más valor a la castidad de una compañera potencial.

Desde este punto de vista, evolucionista – biológico, donde se ha creado todo un sistema de educación y pensamiento dirigido hacia las mujeres, en el cual la educación de la virtud, honra, docilidad, afecto son los puntos clave para la mujer, ella sinónimo de moralidad y su camino principal es ser esposa y madre, como madre la responsabilidad de la educación y la formación de buenas costumbres en sus hijos.

Actualmente el rol de la mujer dentro de la familia y la sociedad ha cambiado mucho, la creciente tasa de divorcios y separaciones, el aumento de la sexualidad pre – marital y la declinación del doble estándar sexual, el aumento de número de hogares con la madre en el campo de la producción y el mayor peso de los hogares uniparentales de convivientes que no formalizan su unión o segundas y terceras nupcias hace que el cuidado a los niños sean diferentes, por lo tanto actualmente no podemos hablar solamente de la influencia biológica sobre los roles, sino también de las situaciones sociales por las cuales se atraviesa para entender a la familia, y más aún a la mujer cuyo papel ha cambiado determinadamente.

³⁴ LAWRENCE A. Pervin; La Ciencia de la Personalidad, primera edición en español, España 1998.

³⁵ LAWRENCE A. Pervin; La Ciencia de la Personalidad, primera edición en español, España 1998.



Según investigaciones recientes, en los EEUU una de cada 14 adolescentes queda embarazada y da a luz antes de los 18 años, lo que implica una maternidad adolescente con implicaciones serias tanto en el desarrollo de la adolescente como en el trato a sus niños que son potenciales niños de riesgo, tanto en la salud, como de abuso, descuido, problemas académicos, etc.

En este proceso de cambios, se debe tener la sensibilidad de toda la sociedad ante estas nuevas situaciones, en donde los roles, espacios, empiezan a tener una nueva perspectiva, sin embargo es importante poder analizar a la mujer y su principal papel protagónico, el de ser Madre, a pesar de las variables que se presenten.

De este rol, parte un aspecto esencial que es el de el contacto madre –hijo que ayuda a desarrollar en el niño, autoestima que le ayudará a desenvolverse mejor dentro de la sociedad.

2.1. DESARROLLO DE LA RELACION MADRE - HIJO:

2.1.1. EL DESEO DE SER MADRE

Para entender lo que es el deseo de la madre, sería substancial analizar primero lo que se entiende por el término *DESEO*.

Freud en su teoría psicoanalítica habla de la palabra *deseo – Wunsch*, como una “experiencia de satisfacción dada por una imagen mnémica de una determinada percepción que es resultante de una necesidad”³⁶. Al presentarse una necesidad, se producirá una moción psíquica dirigida recargar la imagen mnémica de dicha percepción e incluso a evocar ésta, es decir, a restablecer la situación de la primera satisfacción, lo que se entiende por deseo; la reaparición de la percepción es el cumplimiento de deseo. Pero Freud no identifica necesidad con deseo, él habla de que el deseo se halla indisolublemente ligado a “huellas mnémicas” y encuentra su realización en la producción alucinatoria de las percepciones que se han convertido en signos de ésta satisfacción. La búsqueda del objeto en la realidad se halla totalmente orientada por esta relación con signos. La disposición de estos signos constituye la fantasía, que es un correlato del deseo. En tanto podemos decir que la concepción freudiana del deseo se refiere fundamentalmente al deseo inconsciente, ligado a signos infantiles indestructibles.

Lacan en su teoría desarrolla más la noción del sentido – palabra; *Deseo*, él trata de diferenciarlo de conceptos tales como el de “necesidad y el de demanda”. La necesidad se dirige a un objeto específico, con el cual se satisface. La demanda es formulada y se dirige a otro; aunque todavía se refiere a un objeto, aunque ésta en el fondo sea una demanda de amor.

³⁶ [http:// google.com/ VELASCO ARIAS Sara, médico psicoanalítica, La madre del Psicoanálisis.noviembre/2004.](http://google.com/VELASCO%20ARIAS%20Sara,%20médico%20psicoanalítica,%20La%20madre%20del%20Psicoanálisis.noviembre/2004)



El deseo nace de la separación entre necesidad y demanda; es irreductible a la necesidad, puesto que en su origen no es relación con un objeto real, independiente del sujeto, sino con la fantasía; es irreductible a la demanda, por cuanto intenta imponerse sin tener en cuenta el lenguaje y el inconsciente del otro, y exige ser reconocido absolutamente por él.

Lacan afirma que el deseo es el corazón de la existencia humana y la preocupación central del psicoanálisis, también el sostiene que al hablar de *deseo*, no se refiere a cualquier clase, sino siempre habla del *deseo inconsciente*, que se limitan al *deseo sexual*.

En tanto que *deseo*, es el excedente producido por la articulación de la necesidad en la demanda: “El deseo comienza a tomar forma en el margen en el cual la demanda se separa de la necesidad”³⁷. A diferencia de una necesidad, que puede ser satisfecha y deja de motivar al sujeto hasta que surge otra necesidad, el deseo no puede ser satisfecho, es constante en su presión y eterno. La realización del deseo no consiste en “satisfacerlo” sino en reproducirlo como deseo.

Es importante diferenciar el deseo de las pulsiones. Aunque uno y otras pertenecen al campo del Otro, el deseo es uno, mientras que las pulsiones son muchas. En otras palabras, las pulsiones son las manifestaciones particulares (parciales) de una fuerza única denominada deseo (aunque también puede haber deseos que no se manifiesten en las pulsiones). Hay un solo objeto de deseo, el objeto a, representado por una variedad de objetos parciales en diferentes pulsiones parciales. El objeto a no es el objeto hacia el que tiende el deseo, sino la causa del deseo. El deseo no es una relación con un objeto, sino la relación con una falta. Una de las fórmulas más reiteradas de Lacan es “El deseo humano es el deseo del Otro”. A lo que podemos entender:

- El deseo es esencialmente “deseo del deseo del Otro”, lo que significa deseo de ser objeto del deseo del otro y deseo de reconocimiento por otro.
- El sujeto desea Otro, es decir que el sujeto desea desde el punto de vista de otro. El efecto de esto es que “el objeto de deseo humano” es esencialmente un objeto deseado por algún otro. Lo que hace deseable un objeto no es ninguna cualidad intrínseca de la cosa en sí sino simplemente el hecho de que es deseado por otro. El deseo del Otro es entonces lo que hace a los objetos equivalentes e intercambiables, esto tienden a reducir la importancia especial de cualquier objeto particular, pero al mismo tiempo saca a luz la existencia de objetos innumerables. Entonces el deseo del ser humano es de reconocimiento, al desear lo que desea otro, puede hacer que el otro reconozca mi

³⁷ <http://apsique.com/> ARANO Diana, El deseo en psicoanálisis, artículo, abril/2005.



derecho a poseer ese objeto y de tal modo lograr que el otro reconozca mi superioridad sobre él.

- El deseo es deseo del Otro, el deseo fundamental de desear incestuosamente a la madre, el Otro primordial.
- El deseo es siempre “el deseo de alguna otra cosa”, puesto que es imposible desear lo que uno ya tiene. El objeto de deseo es continuamente pospuesto, por lo cual el deseo es una metonimia.
- El deseo surge originalmente en el campo del Otro, es decir, en el inconsciente. El punto más importante que se desprende de la frase de Lacan es que el deseo es un producto social. No es el asunto privado que parece ser sino que siempre se constituye en una relación dialéctica con los deseos percibidos de otros sujetos. La primera persona que ocupa el lugar del Otro es la madre, y al principio el niño está a merced del deseo de ella. Sólo cuando el padre articula el deseo con la ley, mediante la castración de la madre, queda el sujeto liberado de su sujeción a los caprichos del deseo de ella.

Por lo tanto al hablar del Deseo de ser Madre, hablamos de la madre como “realidad psíquica”³⁸, que está hecha de fantasía, fantasmas y deseos inconscientes. Esta realidad que se construye en el interior y a veces no coincide con la realidad exterior. En un primer momento el niño depende de la madre, la madre es su ley y la madre a su vez también está sometida a su hijo, la madre busca en ese Otro su faltante que la complete, es por eso esta sensación casi de locura, supuesta satisfacción del deseo cuando una mujer se encuentra embarazada.

Las mujeres soportan la función de madres, a pesar de ser investidas por los deseos de sus hijos, de los padres de sus hijos, de sus propios deseos inconscientes; es el hecho de la reproducción el de dar la vida y acompañar a la crianza de los humanos que alientan a la mujer.

Antes de nacer el niño existe en la invención de sus padres y sobre todo en la fantasías de su madre, el hijo futuro es una promesa, es un supuesto sujeto hijo “ideal”. Es un modo de existir en el imaginario parental que adquiere consistencia simbólica y real ya que será, sin saberlo, parte esencial de la “pre” – historia del niño.

2.1.2. EL HIJO SIMBOLICO – REAL- IMAGINARIO:

El hijo existe en la fantasía de los padres; la existencia ficcional y simbólica del hijo antes del nacimiento es sostenida por los padres a través del ideal, donde ellos reflejan, refractan y proyectan sus propios espejos. Así se instituye un cuerpo simbólico, real e

³⁸ [http:// google.com/ VELASCO ARIAS Sara, médico psicoanalítica, La madre del Psicoanálisis, /noviembre/2004.](http://google.com/VELASCO%20ARIAS%20Sara,%20médico%20psicoanalítica,%20La%20madre%20del%20Psicoanálisis,%20/noviembre/2004)



imaginario del hijo por nacer estos a su vez son registros de la vida psíquica de lo que representa un hijo en la subjetividad de una mujer.

El registro de lo real es el de la realidad, como si fuera sólo material, cuando no hay palabras que representen y medien con las cosas. El registro imaginario es de las imágenes con las que se recubre lo real, y que le da a las cosas, las personas, e incluso a los sentimientos una apariencia para ser reconocidas. Cuando nos identificamos con alguien, o en una posición determinada eso pertenece al registro imaginario. Y en el registro simbólico es en que caen las representaciones del mundo y de lo que hacemos, donde todo está representado por símbolos formando una estructura, que representa nuestro funcionamiento humano. Los tres registros están permanentemente engarzados y fluyendo entre ellos.

El cuerpo imaginario del hijo antes del parto no remite al cuerpo en movimiento que imaginan los padres. Ellos imaginan un niño o una niña, o sea, se lo imaginan sexuado (Nunca asexuado). Estas imágenes abarcan el desarrollo: se lo imaginan caminando, corriendo, saltando, hablando, cantando, leyendo, jugando, creciendo y queriéndolo. Nacen en medio de expectativas, de papeles previamente asignados, con un nombre ya pensado, que a menudo ya identifica al futuro hijo con alguien significativo para el deseo de los padres. Comienzan a amar una imagen que ellos mismos se construyen y acrecientan con su historia.

El cuerpo simbólico es justamente lo que le otorga consistencia histórica a las imágenes ideales, ya que las nombra, otorgándoles vida y dándoles existencia singular e independiente, aunque todavía no haya nacido de manera biológica. Es el cuerpo formado, entrelazado por palabras y símbolos, que nombran a un sujeto y no a sus órganos. Antes del nacimiento, el cuerpo real enuncia la imposibilidad de imaginarizar y representar todo lo que va a acontecer con el recién venido. Es el que sostiene el enigma y la incógnita del nacimiento, ya que siempre será imposible simbolizar e imaginarizar lo que va a suceder.

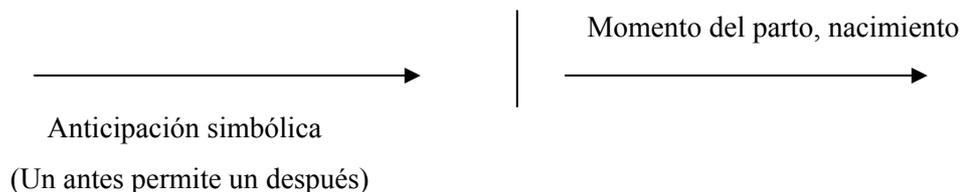
Durante el embarazo, la mujer convive con un cuerpecito real que crea dentro de su propio cuerpo. El psiquismo lleva su propio proceso y ha de existir una representación imaginaria para ese niño corporal. La representación del niño imaginario inconsciente se nutre de esta situación completamente singular de un embarazo en la que un ser se duplica. En el inconsciente hay un momento primario en que quedó una representación de un estado doble similar, y es la representación arcaica de la unión primitiva con la madre. Aquella formación inconsciente arcaica del doble representaba el narcisismo primario, que es la imagen propia de una fascinante completud en la que nada falta. No existe recuerdo consciente de ello, pero sí la huella inconsciente que, como todos los contenidos inconscientes, no desaparece nunca y puede dejar sus trazos que reaparecen en situaciones vitales muy posteriores.



Así, el cuerpo, de la actual embarazada que ahora se hace doble, facilita una regresión a la identificación con aquel momento doble en el que la mujer se puede identificar tanto con la madre, el contenedor que ella es ahora, como con el bebé, el contenido que ella fue. Muchos de los estados regresivos del embarazo son los síntomas que delatan estas identificaciones pulsátiles e indecibles.

Según Lemoine, el embarazo es un *delirio de completud*³⁹, es vivido así por las mujeres que su embarazo parece un estado de gracia, en el que están tan llenas que no parecen necesitar nada más. En estas circunstancias el parto es *una crisis narcisista*, ya que es una partición imaginaria, en donde representa partirse en dos, perder el régimen de doble y quedar de nuevo separada de aquello que la completaba.

Podemos decir que para el nuevo niño el origen de su infancia se remonta desde antes del nacimiento, con la creación parental de el niño imaginado, simbolizado y anticipado. Ellos ya inventan a su hijo de acuerdo con su ideal del yo y que a su vez soporta el “ideal” de la cultura de su época. El hijo es siempre creado e inventado por Otro, de la historia de sus propios padres, y desde niños que fueron para ubicarse como padres que ya empiezan a ser. Por lo tanto existen un tiempo cronológico, de origen del tiempo de la infancia que se entrelaza con el tiempo de ese Otro que le da al niño una existencia y le permite ser real:



2.1.3. EL ACONTECIMIENTO DEL NACIMIENTO

El parto es un momento de crisis, donde se reedita un segundo momento arcaico, que sería el de la separación del ordo materno, que abre el comienzo de la vida psíquica del que empezó a ser uno. El narcisismo sufre la herida de un desdoblamiento. Hay que precisar que este desdoblamiento no es genital, si bien en lo real puede serlo, sino que es experimentado en el ser, en la sensación de existir. El grito del parto en el último momento del expulsivo,

³⁹ LEVIN Esteban, Discapacidad Clínica y Educación, Los niños del otro espejo, Ediciones Nueva Visión Buenos Aires 2003.



momento de partición, puede que no sea tanto de dolor sino de vacío, de la imponente sensación de atravesamiento por un canal de salida y vacío instantáneo.

Para Dolto, el nacimiento podía ser considerado como una castración, haciendo referencia al corte del cordón umbilical y esta irreversible separación con el feto, en donde la madre tiene que comenzar este duelo de separación y sensación de vacío para dar paso a la vida.

Al nacer, el bebé deseado y esperado se materializa en un cuerpo recién llegado, y éste no deja de ser un descubrimiento a inventar entre el niño y el Otro, es un acto de resignificación. En ese encuentro entre el deseo anticipado y el recién nacido se estructura la demanda de amor. Entre la demanda y las reacciones reflejas del bebé siempre se introduce una diferencia, un desacople, desencuentro que implica que nunca coincida del todo el niño que nace con el hijo ideal. En esa diferencia se inscribe al sujeto dentro de una genealogía histórica singular a crear y descubrir.

El niño como objeto imaginario, el que completaba a la madre, acaba de perderse (castración simbólica), y del cuerpo nace un niño real, objeto real carne de la propia carne. Al nacer el niño es un extraño que ha de confrontarse con el hijo imaginario que es su representante psíquico depositario del deseo de la nueva madre.

Nacer, sin duda, es atravesar ciertos peligros, tanto para el hijo como para la madre y uno de ellos es el que entrafia el conocerse y reconocerse. Si nace un hijo puede alcanzar un lugar simbólico y nace una madre que puede simbolizar su partición. Para ello, es necesaria una operación psíquica de la madre que invista al niño real de un imaginario, es decir, que represente algo deseable para ella, lo haga depositario de sus deseos, y que por tanto lo humanice.

Esta partición imaginaria a la castración simbólica, es una operación psíquica en la que se trata de simbolizar el hijo carnal y su investidura imaginaria, los cuales, si permanecen, podrían mantener el significado de ser lo que completa a la madre, de forma que ella y el hijo forman una completud. La partición en dos, imaginariamente sufrida, ha de simbolizarse con la recuperación de la madre como un sujeto de nuevo incompleto y, por tanto, deseante, con una identificación nueva, la de madre; y simbolización del hijo como un nuevo sujeto, no parte imaginaria de ella misma. Se diría que se trata de que el niño pierda la significación fálica para la madre, es decir que no signifique lo que le falta para ser completa, por el contrario, que el hijo sea una nueva persona que la simboliza como una madre en el mundo, es una obra, puesta en el mundo con su nombre propio y propia identidad. Esto sería simbolizar.

Cuando el niño es deseado, nombrado, reconocido como sujeto, como un hijo, es miembro de la vida por derecho propio. Ese lugar simbólico permite que el hijo sea un sujeto



con sus propios deseos, cuyo deseo, precisamente, no tenga que responder al deseo de los padres sobre él, lo que significa no quedar excluido de la condición humana, como un deshecho real, primer registro, ni atrapado en ser el niño imaginario de sus padres, riesgo que todos atravesamos. Ante esto existen peligros.

Puede una mujer – madre tener siempre la remembranza del hijo como parte propia, portador de cierto significado de ella misma, siendo el hijo una parte abierta de sí misma por donde se expone a pérdidas de ser. Remembranza que será pulsátil al hilo de momentos de vulnerabilidad. Es lo que ocurre cuando un hijo sufre un daño y la madre se desvanece, se borra momentáneamente de ser, siente la herida como si fuera en carne propia. Sobreponerse de este dolor, es a través de la simbolización, de alcanzar el desprendimiento, llegar al sentimiento de que nuestros hijos no son nuestros, sólo nos simbolizan.

Además, toda la vida existirá una tensión entre el hijo deseado, imaginario, que está hecho de parte de la representación del propio narcisismo de la madre, y también del padre, en tensión con la simbolización del hijo, en su lugar de sujeto. La investidura imaginaria de un hijo, habla del lugar que ocupa en el fantasma de la madre. Los deseos y amores de la madre preceden al nacimiento del hijo, pero cuando este llega le van invistiendo poco a poco a lo largo de la historia del encuentro entre ambos, realmente durante toda la vida.

Como se había anotado anteriormente, el hijo esperado al nacer resignifica el ideal anticipado por sus padres; pero ¿Qué acontecería si el recién nacido cuestionara o pusiera en juego el ideal del yo parental?.

Según Dolto, en los embarazos de riesgo puede resultar que, una vez superados por la madre los momentos difíciles, el hijo lleve alguna marca de la situación, mientras que con una madre ligeramente deprimida el niño será vigoroso y resistente porque el feto, debió luchar para compensar la depresión de la madre. También acota que los niños no programados tuvieron más deseos de nacer que los otros, son niños - deseo, prototipos del ser humano, suficientemente ricos con sólo su propia dinámica vital. Los niños abandonados disponen de mayor fuerza que los demás, ya que si viven es porque tenían con qué, y es así como cuentan con todo lo necesario.

Pero que sucede cuando los niños nacen con alguna discapacidad neurológica, genética u orgánica. La tarea de resignificación va a ser más intensa y difícil y no dejarán de enfrentarse a ese hijo ideal que no ha venido, que no ha llegado y no podrá venir. El niño discapacitado



presenta, sin saberlo, la acuciante paradoja de confrontarse fuertemente al hijo esperado e ideal anticipado por sus padres, cuestionado de este modo su ideal del yo y su propio narcisismo. Este cambio trae consigo cambio de resignificaciones, de lugares, y un proceso de duelo más profundo que posiblemente en muchas ocasiones no se terminaran de realizar. Este es un proceso diferente que posteriormente iremos descubriendo.

Desde el acontecimiento del nacimiento, los padres pasan por el proceso de cambio de función, del estatus de ser hijos, a entrar a un nuevo linaje genealógico que les hace ser padre y madre, de igual manera la resignificación de cada uno de ellos, la presencia del hijo que crea una nueva estructura familiar. Entonces se puede decir que los padres engendran a un hijo, y el hijo crea a un padre, bajo un fondo de herencias simbólicas por el medio del cual ejercerán su amor paternal.

2.1.4. DESARROLLO POSTERIOR

Una vez que el lactante sale del útero, se encuentra en un espacio desconocido pero ya con referencias dadas por la madre. Desde los primeros días está ligado a su madre por el olfato y por la voz materna, que le ayudan a ubicarse dentro de este nuevo mundo. Los sonidos y los fonemas que acompañan estas relaciones acentúan el vínculo simbólico postnatal que se producirá después del nacimiento.

El momento que nace el niño, está expuesto a necesidades tanto fisiológicas, como de igual de cuidado y de cariño. Desde aquí comienza los elementos de interrelación humana concomitantes con el de la satisfacción de necesidades.

Dolto desde su perspectiva nos dice que el recién nacido muestra actitudes comunicacionales a nivel corporal que inician simbólicamente un espacio psíquico entre dos o entre tres si se cuenta al padre. Las primeras percepciones de la interacción madre – lactante quedan registradas y se convierten en signos, elementos significantes a partir de los cuales se organizan en sentido simbólico; que es la comunicación, visto como un origen arcaico del lenguaje. La organización del lenguaje en el ser humano se origina siempre en relación inicial y predominante madre –hijo, por el hecho de la prolongada impotencia en que se encuentra el hijo para sobrevivir por sus propios medios. Tal o cual madre y tal o cual hijo se inducen mutuamente, por medio de modulaciones emocionales vinculadas con variaciones de tensión, de bienestar y de malestar, que la co- vivencia de ambos y la especificidad de sus separaciones y sus reencuentros ha organizado en articulaciones de signos: primer lenguaje. Conocimiento,



desconocimiento, reconocimiento mutuos se vinculan con significantes señales, sustanciales y sutiles. La discriminación de las percepciones se realiza en la diada, y “dependerá del modo en que la madre, como espejo sonoro, haga eco verbal o dé una respuesta perceptible al niño, a aquello que de las manifestaciones del bebé ha conseguido alcanzarla”⁴⁰. O sea que en ésta diada que se crea por lo general con la madre se producen códigos que se manejan entre los dos lo que indicaría una armonía para el bebe, lo que hace que se cree esta dependencia con su madre.

Para Winnicott, de igual manera la madre y el niño forman una unidad que los mantiene y sostiene. Unidad simbiótica del hijo con su madre. El entorno del niño va a permitirle vivir experiencias placenteras segurizantes o lo contrario. Si inicialmente existe un buen seno, esto es relativo, pues la madre va a inhibir ese deseo de succión del pezón, no va a estar siempre dispuesta a otorgarle el alimento, por lo tanto la madre – seno es percibida como “mal seno”, al contrario si la madre se presenta como buena, el niño paliará las deficiencias de la madre. En tanto sería que la madre es la persona que permite al niño diferencias entre el placer y el displacer, el amor y el odio. Además la madre incidirá en la forma en la que el niño aprenderá a vivir, sentir, a manejar estas dos pulsiones (amor-odio).

El niño se construye dentro de una estabilidad de relaciones, que necesita ser identificado como hijo único de una relación única con el padre y con la madre. Entre cero y seis meses el mundo del niño está mediatizado por una sola persona, lo cual es indispensable para una estructuración sana del mismo. El niño no fundamenta su existencia sino por y en una relación con otro. El lactante, al principio, vive en mimetismo con la emoción de la madre y dentro de referencias que les son comunes. Es a través de la madre nodriza como el niño se conoce en un campo de olor, de espacio mediatizado, conocido, reconocido y es ella la que filtra la experiencia del mundo, es aquí donde se crea la memoria de “el mismo – el otro”, primera seguridad narcisista del niño.

Al principio el lactante se va construyendo con partes de la madre, el niño se siente objeto de la madre, y esta misma es parcelada como pecho, boca, manos. Es un yo-mamá antes de que pueda decir “yo de pre-sujeto”. Antes de los seis a los ocho meses el niño se vive como fragmentado, donde la madre quien es fragmentada o fragmentante para él como objeto de deseo y donde él procura afirmarse, hallar su unidad y sus respuestas, de ahí que importante la relación continua entre madre- lactante, ya que el se siente entero cuando la madre está presente y le habla.

⁴⁰ LEVIN Esteban, Discapacidad Clínica y Educación, Los niños del otro espejo, Ediciones Nueva Visión Buenos Aires 2003.



Entonces podemos decir que la fuente de existencia de cada ser humano radica en la relación entre él y su madre, ella será la mediadora del mundo, polo de la relación y de la comunicación. “en el vínculo madre-hijo es donde se origina la noción del tiempo positivo para el desarrollo de un ser, o un tiempo persecutivo.” El niño vive, pues, en co-vivencia con esa masa que ha de proporcionarle su narcisismo de base, su seguridad existencial.

La discontinuidad en la díada hace que el ser-con la madre se alterne con el no-ser-con ella. Las franjas perceptibles de la presencia sutil de la madre retenidas por la memoria, las franjas auditivas, o las personas asociadas a ellas que permanecen en el espacio ambiental del bebé, habrán de jugar un papel decisivo, ya que son adoptados como sustitutos maternos, objetos testigos de la existencia de la madre, que se asocian con la presencia de ella y la hacen presente aunque en realidad esté ausente.

Aunque Dolto admite que la madre representa un papel fundamental, también destaca constantemente el papel de un tercero, el padre. Este tercer polo es indispensable para el despertar del lactante, en donde ya no existe una díada sino en realidad una tríada.

Al hablar del despertar del lactante, se hace referencia al corte – castración en donde el niño hace una división simbólica e introduce dentro de sí la idea de identidad. Este proceso comienza ya desde la castración umbilical, donde la presencia del ombligo castrado es un primer hecho simbolizador de corte. Luego en la castración oral que corresponde al destete, que implica la privación que se impone al bebé del canibalismo con respecto a su madre, y la separación de una parte de sí mismo que se hallaba en el cuerpo de la madre. El niño puede llegar a la posición depresiva por la pérdida de la madre, donde ella ya no significa para él lo mismo, ahora es vista como vacía, pero esto da paso a un nuevo desarrollo, que sería una mejor asimilación de la lengua materna. Después hablamos de la castración anal en donde es la independencia de las necesidades excremenciales, que pone fin a la asistencia materna con el mantenimiento corporal y la acción de vestirse; este corte permite la autonomía motriz, las manipulaciones lúdicas con los otros y el conocimiento de límites, y la prohibición de dañar al otro. En donde se trata de la prohibición de aquel objeto hasta ese entonces investido eróticamente y que tiene que pasar a otra modalidad más elaborada.

El descubrimiento de la diferencia sexual, que tiene efecto alrededor de los tres años, significa ante todo el descubrimiento del pene y de su ausencia, la castración primaria, la misma que va concomitante con la experiencia iniciática del espejo y de la asunción del sujeto sexuado. Es sucesiva de la integración de las leyes éticas orales y anales (prohibición del canibalismo, del vandalismo y del asesinato). Se ubica entre la castración anal y castración



edípica. Esto es alrededor de los treinta meses cuando el niño sabe su apellido, su pertenencia familiar, sabe automatizarse y autopaternizarse (manejarse dentro del espacio familiar). Los niños crean por medio de la castración primaria, la idea de que los varones no tienen hijos y las niñas no tienen pene, esto es lo que conduce al Edipo con la problemática de la realidad de su cuerpo masculino o femenino, con la esperanza de desplazar al progenitor del sexo homólogo y arrebatarle la posición y el rol que inviste respecto del otro progenitor. Con esto aparece la castración secundaria que sería llamada castración edípica, que es la comprobación de su impotencia sexual respecto a un adulto parental con la prohibición del incesto, que implica el duelo definitivo y radical de todos los sueños y fantasmas relacionados con el incesto. Esta ley de prohibición del incesto será significada como ley impuesta a todos, con esto se entra en la edad de la razón.

Sintetizando esta parte del desarrollo del niño desde el nacimiento en cuanto a su evolución afectivo - relacional con la madre, se puede concluir que un niño en sus primeros años de vida necesita no solo del cuidado sino del cariño - afecto - sensibilidad materna, ya sea de su madre o de la persona que cumpla este rol, ya que según el tipo de relación o apego que establezca el lactante y su madre va a depender su estabilidad y salud emocional sobre todo en las relaciones sociales con pares, ya que se muestran más hábiles, presentan más logros en el lenguaje y una mejor imagen de sí mismos.

2.2. TIPOS DE RELACION QUE SE ESTABLECE:

Bowlby en su teoría de la Formación de Vínculo, el habla sobre el *APEGO*, “como un sistema en el que los bebés están genéticamente predispuestos a querer un acceso a una figura vincular, que buscan confort sobre todo cuando están asustados, lo que permite también una sincronía psicobiológica entre bebé y su cuidador y provoca un entrelazamiento de estados internos entre ambos”⁴¹. Por lo general esta figura es la madre y producto de todo el proceso de relación que se establece entre ellos, producen huellas en el cerebro que codifican las experiencias tempranas del niño con su madre.

Existen diferentes formas de relacionarse la madre con el hijo, y esto produce diferentes formas de apego que se desarrollan de manera temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida. Existen pruebas contundentes de que casi todos los niños

⁴¹ MONETA María Eugenia, *El Apego aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la Díada Madre-hijo*, editorial cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2003.



habitualmente prefieren a una persona, por lo general su figura materna, a la cual acuden cuando están afligidos pero que, en su ausencia, se las arreglarán con cualquier otra persona, preferentemente a alguien que conocen bien. Ya que decir que un niño que tiene apego a alguien es porque significa que está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con ese individuo y hacerlo sobre todo en ciertas circunstancias específicas, siendo el caso de estados de angustia.

Varios estudios han examinado la hipótesis de que las personas con distintos estilos de apego difieren en la forma de buscar y procesar información. Esta hipótesis está basada en los postulados de Bowlby que sostiene que existen ciertos modelos de apego que afectan la codificación y organización de información acerca de eventos emocionales, figuras de apego y el sí mismo.

Estos modelos son la base de cómo los individuos responden en una relación ante un momento de angustia, de tal manera que Ainsworth, Blewett, Waters y Wall⁴², definieron los 3 patrones más importantes de apego y un grupo extra que serían los niños desorganizados:

- Apego Seguro
- Apego Evasivo o evitador
- Apego Ansioso -ambivalente
- Desorganizado / Desorientado

2.2.1 APEGO SEGURO

Son personas con habilidad de utilizar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Ellos tienen cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso, tienen confianza que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad.

En el caso de un niño con este estilo de apego, en episodios anteriores a la separación de su figura materna, el niño explora la sala y los juguetes con interés. Muestra señales de extrañar a sus padres durante la separación, y a menudo llora cuando se produce la segunda separación. Tienen una preferencia obvia por el padre o la madre en lugar de la persona desconocida. Saluda con entusiasmo al progenitor y por lo general es el (niño) quien inicia el contacto físico.

⁴² <http://apsique.com/robertexto.com/> GAYO Rosa, archivo del portal de recursos para estudiantes, 06/abril/2005.



Los niños con apego seguro suelen ser más saludables en su expresión emocional, y particularmente en sus relaciones sociales con pares. Son más hábiles y presentan más logros en el lenguaje. Poseen una imagen más positiva de sí mismos.

En lo que respecta al dominio interpersonal cuando el niño con apego seguro llega a la adultez, tienden a ser más cálidos, estables con relaciones íntimas satisfactorias, y con perspectivas coherentes de sí mismo. A nivel cognitivo, este estilo de personas son más abiertos a la información, tienen estructuras cognitivas flexibles, ya que pueden lidiar bien con la angustia, son preparados para incorporar nueva información, aunque les lleve a períodos de confusión, pues son capaces de reorganizar sus esquemas, esto es lo que les impulsa a ajustarse de manera adecuada a los cambios del ambiente, a proponerse metas realistas y a evitar creencias irracionales.

2.2.2. APEGO EVASIVO-EVITADOR:

Este estilo de personas muestra un aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia. Estos niños tienen poca confianza en que serán ayudados y esperan ser desplazados. Estas personas tienen inseguridad hacia los demás y prefieren mantenerse distanciados de los otros, además que tienen miedo a la intimidad y muestran tener dificultades para depender de las personas.

Por ejemplo, si se le separa al niño de su progenitor y el no llora; y el niño lo evita, lo ignora durante una reunión, no se muestra entusiasmado cuando lo van a tomar en brazos, se observaría que hay poca o ninguna proximidad de contacto y ante esto el niño no se angustia ni se enoja, se hablaría de un estilo de apego evasivo o evitador.

Cuando son adultos ellos muestran mayor tendencia a recordar las cosas negativas de su infancia que las positivas, lo que les hace ser evasivos, a mantenerse recelosos a la cercanía con los otros. Desarrollan modelos de sí mismos como suspicaces, escépticos y retraídos y de los otros como desconfiables o demasiado ansiosos para comprometerse en relaciones íntimas, se sienten incómodos intimando con otros y encuentran difícil confiar y depender de ellos.

2.2.3. APEGO ANSIOSO – AMBIVALENTE:



Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo, resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores. Estas personas están definidas por un fuerte deseo de intimidad, junto con una inseguridad respecto a los otros, o intenso temor a perderla. Las personas con estilos ansiosos tienen a desarrollar modelos de sí mismos poco inteligentes, inseguros, y de los otros como desconfiables y reacios a comprometerse en relaciones íntimas, frecuentemente se preocupan de que sus parejas no los quieran y sienten temor al abandono.

Este estilo de apego tiene correlatos fisiológicos que podrían a largo plazo, implicar vulnerabilidad a las enfermedades relacionadas con el estrés, porque tienen mayor propensión a estados de enojo o de ira.

En el caso de un niño ante una separación, desde antes se muestra angustiado, cuando hay la separación, se muestra enojado o pasivo, no logra calmarse, ni sentirse cómo cuando vuelve a reunirse con el padre o la madre. Este sería un resultado del conflicto que experimentan con sus figuras de apego.

2.2.4. APEGO DESORGANIZADO / DESORIENTADO

Este estilo de apego es una variable entre las tres anteriores, en donde el niño muestra conductas desorganizadas y/o desorientadas en presencia del progenitor, muestra un cambio de conductas; por ejemplo, cuando el niño ve a su progenitor puede paralizarse y elevar la mano después caer boca abajo y acurrucarse en el suelo; o también aferrarse a su padre o madre y llorar mucho, para luego alejarse con la mirada esquiva, es un estilo de niño que no se ajusta a las otras categorías de apego.

Después de diversos estudios para explicar mejor sobre las modalidades de apego y su importancia en el desarrollo del niño, se ha llegado a analizar sobremanera el aspecto que más influye en las variables de apego, que sería el de la “sensibilidad materna”, en donde mediante estudio de frecuencia cardíaca hecho por Donovan y Leavitt⁴³(1989) en niños y su madre, ellos calificaron como seguros cuando el corazón se desaceleraba en el momento que la madre se iba y aparecía el extraño; mientras tanto que en los inseguros no había paralelo en las frecuencias de ambos. En los seguros, cuando el extraño se acercaba, ambos disminuían su frecuencia cardíaca,

⁴³ MONETA María Eugenia, El Apego aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la Díada Madre-hijo, editorial cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2003.



lo cual sugiere involucramiento de la madre en el comportamiento del niño, principalmente por un entender y responder a las miradas y señales del niño en apuros.

Es precisamente la “sensibilidad” de la madre a las señales del niño lo que contribuiría a un apego seguro. Los autores sugieren que esta incompatibilidad en las frecuencias de los pares madre – hijo de niños inseguros implica menos involucramiento de la madre en los procesos del niño. Esta incompatibilidad también se puede dar a nivel fisiológico y en la alimentación, lo que sugiere una implicación en la generación de problemas psicosomáticos posteriores en los niños.

Una mamá suficientemente atenta, que ha creado un apego seguro con su bebe, permite el acercamiento del niño después de una separación y muestra una tendencia a responder apropiadamente a sus expresiones emocionales, sean estas positivas o negativas. El concepto de sensibilidad materna se refiere a una sincronía con el niño, a la habilidad de dar cuidado, de estar disponible para los hijos, es la capacidad de reconocer cuando el otro necesita de ayuda y proporcionarla. Esta habilidad se desarrolla cuando niños, ante una misma situación, dependiendo de las experiencias y de la realidad psíquica de cada individuo y del historial genético – simbólico – real con el que se viene cargados y que se irá desarrollando.

2.3. EL NIÑO DEFICIENTE – DISCAPACITADO

El cuerpo del niño recién venido deficiente – discapacitado, es un cuerpo deshabitado de sí y habitado de fétetro, de muerte carnal, porque ésta da miedo, nos confronta a los límites de lo humano, porque suscita imágenes de anormalidad, nos acerca a la monstruosidad. El niño ya discapacitado atropella la “imagen ideal de la infancia que nos gusta imaginar”⁴⁴. La infancia feliz, el niño perfecto que es a la vez lo que fuimos, el niño al cual dimos a luz, y el que podríamos engendrar.

El niño en sí necesita del Otro en un primer momento para poder darse un significado, para conformar su mapa corporal que lo hace mediante la demanda y el deseo del Otro donde el se va reconociendo y existiendo en ese acontecer infantil y ciertamente sexualizado.

Uno de los graves peligros del niño tomado como deficiente – discapacitado es que esté ubicado en una posición fija e inamovible de “eterno bebe”. Esto le impide habitar en su cuerpo y tomar su rol individual. En esta perspectiva el hijo-discapacitado – deficiente, ocuparía un

⁴⁴ SALADIN Monique, CASANOVA Alain, VIDALI Humberto, *Le Regard des Autres*, Ediciones Fleurus, París 1990.



lugar central en el orden de lo familiar, sólo que lo hará como “anormal”, absorbiendo el tiempo familiar disponible en función de la propia enfermedad que lo nombra. Este hijo, se transforma así, el mismo, en una promesa y un proyecto, sólo que es únicamente en función de la misma deficiencia que lo causa y que llega a causar lo familiar, como un acontecimiento inamovible y definitivo de la propia deficiencia – discapacidad.

2.3.1. EL IMPACTO SOBRE LOS PADRES:

El impacto para lo padres, comienza desde el anuncio de la Deficiencia – Discapacidad⁴⁵, que es un momento extremadamente difícil. Ya que ellos tienen elaborado un concepto de lo que es una deficiencia o discapacidad. Ellos tienen ideas pre-existentes a la sobrevenida de la discapacidad, conceptos de “tara”, de peligro de atrocidad y de deformismo la ven como una enfermedad peligrosa que ataca al cuerpo del niño, pero al mismo tiempo esta enfermedad vista como una esperanza de reparación de la misma, restitución que la ciencia medical es capaz de realizar.

En el recorrido clínico se ha podido observar cinco estadios por los que recorren los padres:

1. El primer estadio, es de un traumatismo parental, las descripciones corresponden a un estado de shock brutal, un estado de báscula. Las reacciones son diversas pero todas describen un estado de catástrofe, de incompreensión.
2. Enseguida sobreviene un estado de negación, donde hay ideas de suicidio, o de deseo de muerte verbalizado de sí mismo o del niño. La presencia de este traumatismo es concomitante con el sentimiento de la pérdida de un ser querido, de éste ser idealizado previo al anuncio.
3. Este estadio es de difícil observación, ellos pueden expresar a los terapeutas o médicos sus sentimientos de cólera, de agresividad, o de tristeza.
4. El cuarto estadio, es clave, es donde los padres deben realizar un duelo del niño normal para poder crear un proyecto para el niño. Este estadio puede durar mucho tiempo depende de la manera como los padres vayan aceptando la representación actual del niño y desplazando al que tenían antes en sus mentes.
5. El último estadio es el más importante para los padres y el niño, se trata de la construcción de un proyecto para el niño tomando en cuenta su deficiencia, y aceptando reconociéndolo como es él. Es un estadio de reconciliación.

Entre el anuncio de la discapacidad o deficiencia (entre los dos primeros años de vida) y la toma de conciencia de la misma se puede observar un desarrollo progresivo de dos a doce años,

⁴⁵ LEDOUX P, LARROQUE A, Kinésithérapie de L enfant Paralyse, editorial Masson, París 1995.



ya que elaborar éste juicio implica reconocerla, hablar de ella y situarla en la historicidad familiar.

2.3.2. ELABORACION Y RESIGNIFICACION:

Para este recorrido de elaboración y resignificación es fundamental ayudar a los padres a realizar y profundizar el lazo escénico de amor con su hijo y no con la deficiencia – discapacidad. Este hijo abre las puertas del orden de lo familiar causando la genealogía que implica cambios y resignificaciones de lugares, permutaciones significantes, que cuestionaron el lugar del hombre y la mujer que lo engendraron y vieron un cuerpo desahitado. Este recorrido de elaboración permitirá al niño “habitar el cuerpo”⁴⁶ (imagen metafórica del sujeto, es un espacio construido en función de la imagen del cuerpo que le dio origen).

Son ellos, los hijos con problemas en el desarrollo y la estructuración subjetiva de los que en el mínimo movimiento en la inesperada reacción “patológica”, en la incipiente gestualidad o en los cambios tónicos y reflejos nos dan las chances, nos abren las puertas secretas para construir una como sujeto, apartándose de lo discapacitante – deficiente o representante de la deficiencia.

Son estas reacciones que el niño ofrece las que orientan a la creación escénica para, por un lado, armar un corte y separación del niño con la deficiencia, con la múltiple fragmentación, disociación que la disfunción provoca. Por otro lado, armar un lazo escénico, generando un pliegue, un litoral, una diferencia – alteridad con respecto a la fusión “niñodiscapitado”.

En este escenario simbolizante, no sólo el niño podrá existir en otro espejo posible sino que, al hacerlo, impondrá la imagen del órgano (órgano lesionado) sin imagen del cuerpo. El niño actúa y escenifica la representación psicomotriz como apropiación subjetiva, como gesto dado a ver y a leer a Otro que causa el deseo de moverse, de actuar, lo que adviene un sujeto, que a pesar de su organicidad se sostenga en un espejo que ya no estará en el órgano sino fuera de él, en la imagen del cuerpo que la inscripción ha producido. De ahí la aceptación de sí mismo y el derecho a la vida.

No podemos olvidar que el niño necesita del Otro para poder aceptar su deficiencia, el hecho de sentirse apreciado y admirado de alguna manera por su entorno, le permite amarse a sí mismo y vivir dentro de la discapacidad. Que tenga bellos ojos, manos laboriosas, habilidad para hacer un gesto, trazo, no importa el elemento de su persona que sobresalga, es necesario ese aspecto para que él sea real.

⁴⁶ LEVIN Esteban, Discapacidad Clínica y educación, edición Nueva Visión, buenos Aires 2003.



2.3.3. LA INCLUSIÓN:

La inclusión es un problema específico de la persona discapacidad- deficiente, ya que es necesario ser parte de la sociedad, el de ser aceptados, admitidos dentro de un medio social, pero también de aprendizajes.

Habitualmente se ha hablado del término integración, donde el niño entra dentro de un proceso educativo pero de una manera social, actualmente se habla de inclusión en donde el niño participa íntegramente de todas las actividades que se realiza en el aula, lo que implica un cambio de visión y de estrategias educativas para todos los niños, no sólo para el niño deficiente- discapacitado.

Pero ya dentro de la escuela, a nivel relacional: ¿ cuál es la realidad que el niño tiene que vivir?

Sus comportamientos son muy variables, a veces buscan a otros niños similares a él, que le permitan abrirse y enfrentar al grupo social, otras veces rechazan al grupo y se aíslan porque son “diferentes”, no son “como los demás” y se vuelven sujeto de todas las proyecciones de los adultos, absorbiendo todas las fantasías relativas a la anormalidad, la extrañeza, la muerte.

Esto no es del todo malo, ya que de alguna manera se cultiva la diferencia y la singularidad del otro, pero que tienen que coexistir, entonces hablamos de diversidad, ya no sólo del niño deficiente- discapacitado, sino también del otro “normal”. Esta diversidad que implica diferentes sensaciones, comportamientos, representaciones permite que se revelen las capacidades escondidas de los niños normales. Por ejemplo: Julio por su torpeza motriz pinta no solamente su hoja pero también la mesa, la pared y él mismo. A su lado Alicia una niña demasidamente tranquila descubre el placer de pintar.

EUGNE y ENERQUEZ escriben: “Reconocer al semejante con quien el sujeto puede compartir su deseo de saber de tejer relaciones de amistad, puede existir sólo en la medida que pueda reconocer en él su propia extrañeza, sus metamorfosis y que él mismo sepa que nunca acabará de estar en el camino hacia él mismo. Más el individuo acepta su propia diferencia, más puede reconocer el semejante en el Otro. Pero qué difícil es ésta experiencia”...⁴⁷

Las relaciones entre los niños difieren mucho, depende de la edad, sexo, medio social, situación familiar, por lo tanto sus reacciones son variadas. Cuando hablamos de inclusión de niños pequeños, nivel de pre - escolar, a éste grado por lo general, los niños, no hablan directamente de la “diferencia” de éste niño deficiente, a medida que entra el lenguaje y los

⁴⁷ LEVIN Esteban, Discapacidad Clínica y educación, edición Nueva Visión, buenos Aires 2003.



proceso cognitivos más profundos entran preguntas más claves de lo que es la diferencia, y se dan reacciones diversas de los niños del otro lado; separación, rabia, pena, insensibilidad, vergüenza, solidaridad, procesos comunes que sobre linean la diferencia, pero como se decía al comienzo cada persona posee una singularidad y todos somos diversos, situación que se va entendiendo con el tiempo. De tal punto que se ha extraído una frase dentro de la experiencia de inclusión dentro del San Juan de Jerusalén: Todos Iguales, Todos Diferentes. Que nos llama a la reflexión no sólo del otro sino de uno mismo como seres con nuestras propias discapacidades más o menos visibles, pero que luchamos por co – existir en éste mundo.

El psicoanálisis reveló que una parte de uno mismo es extraña y siempre quedará extraña ¿Quién sueña cuando sueño Yo?, Hay que reconocer esta parte extraña con el fin de comprender, de asumir la diferencia de personas parecidas a nosotros. Lo singular de cada uno es lo que da cuenta de su pertenencia a lo universal. La singularidad es universal.

El vínculo madre – hijo es la primera experiencia afectiva del ser humano, y va a servir como base para futuras experiencias afectivas, la perturbación del desarrollo normal de éste vínculo puede ocasionar un cambio negativo en el comportamiento del niño en el futuro, desde aquí nace la capacidad para poder amar, recibir afecto, de lo contrario puede desembocar en agresiones o en conductas delincuenciales y destructivas o autodestructivas que implican un desorden en la vida de cualquier individuo.

Pero que sucede con aquel niño que es diferente ante la mirada de todos, éste niño que se pone en situación de un mayor apego a su madre, por sus dificultades físicas, psicológicas o mentales. En tanto el traumatismo parental que viven los padres ante la llegada de un niño con discapacidad, primeros momentos que corresponde a un estado de choc, un estado de báscula, en donde las reacciones de cada padre es diversa, pero que todas describen un estado de catástrofe, de incomprensión, como de “traumatismo psíquico”.⁴⁸

Este estado en donde los momentos de gracia que vive una madre en el momento de nacimiento, se vuelven de desesperación y la imagen de su hijo se vuelve ambivalente, es cuando sale la pregunta; ¿Qué sucede con la relación madre – hijo cuando se dan éstas circunstancias?... Las respuestas pueden abarcar múltiples momentos o situaciones que dependerán de cada sujeto-madre y sujeto-hijo pero lo cual será causa del presente estudio.

⁴⁸ VISIER Jean Pierre, MOUNOUD Claude, ROY Joel, Des Parents D enfants Handicapés en Quete d une pratique associative, C.R.E.A.I Languedoc – Roussillon , Montpellier 1983.



CAPITULO III

3. LAS DEFICIENCIAS Y / O DISCAPACIDADES

El cuerpo afectado del recién nacido, trae consigo una carga con diferentes matices tanto en lo afectivo como en lo médico.

El primer paso de los padres por lo general es desear conocer el Diagnóstico, el saber con palabras la verdad que observan, es poder calmar la angustia de aquella ilusión rota de esperar a aquel niño que nunca vendrá.

El esfuerzo de las ciencias médicas por explicar la heterogeneidad del Ser Humano nos permite ubicarnos en el terreno desconocido de las deficiencias y / o discapacidades.

Este paso no es para verlos como un diagnóstico, o como un cuerpo dividido donde cada persona con su especialidad trabaja indistintamente. Es el descubrimiento hacia la globalidad del Ser, al derecho de que tienen todos los niños de ser amados y apreciados por lo que son, sea cual fuera la naturaleza y el grado de discapacidad, ya que todo niño deficiente o no, manifiesta siempre sobre sí o su conducta una particularidad positiva digna de ser enmarcada.

Generalmente el anuncio de la discapacidad aparece en el momento del nacimiento, pero los trastornos del desarrollo se observan en el curso del primer año y es la madre quien habitualmente se da cuenta de los primeros signos; retardo motor, hipotonía, contacto difícil, etc. Entonces empiezan las consultas con el médico, los exámenes, las hospitalizaciones eventuales, donde los padres atraviesan un período de incertidumbre y de inquietud.



Es importante por lo tanto poder manejar la parte medical, ya que el conocimiento es el que nos ayuda a dar un rumbo al posterior trabajo que se realiza con los niños, sin olvidar su entorno familiar.

3.1. DEFINICION DE DISCAPACIDAD - DEFICIENCIA

El término “discapacidad”⁴⁹ aparece por primera vez en el siglo XVI en Gran - Bretaña. En la Edad Media la discapacidad fue ligada al pecado, religión, a la acción de poderes extraños, dioses o fuerzas animadas, y su tratamiento consistía en la aplicación de recursos empíricos, prácticas exorcistas, trepanaciones, acciones míticas y rituales religiosos. Después de la Edad Media, seguía considerándose a los discapacitados seres inmorales que habían sido castigados por Dios, con las deficiencias que les afectase.

Con el paso del tiempo y con el auge del humanismo fueron desapareciendo todos estos conceptos, sin embargo se los seguía ocultando ante la vergüenza que éstos causaban, impidiendo desarrollar sus potencialidades y conocer más de ellos.

Los discapacitados eran considerados como minusválidos, impedidos, aislados o inválidos y fueron caracterizados como sujetos susceptibles de asistencia y caridad, de protección y tutela, y fueron ubicados como atípicos, pobres y no aptos para la producción. En este contexto los discapacitados han sido objetos de marginación.

Un cambio trascendental a favor de los discapacitados se da en el período de la post – guerra, varias condiciones sociales, políticas, producen una transformación en varios aspectos sobre todo el de atender a las personas inválidas que aparecen como resultado de la guerra.

Aún así estos nuevos cuidados, se basaba en determinar la patología, el cuadro clínico que presentaba sólo observando los signos y síntomas sin considerar al individuo en su relación con el entorno laboral, educativo, psicológico, social, etc.

⁴⁹ GUIDETTI Michele, TOURRETTE Catherine, Handicaps el developpement psychologique de l enfant, ediciones Armand Colin, París 1999.



Como fruto de todo este caminar es que la OMS desde 1971 ha promovido estudios que concluyó con la creación del la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías”⁵⁰ en 1980. Siendo éste un primer instrumento que contiene la clasificación de las “consecuencias” de la enfermedad, traumatismos y otros trastornos, y sus respectivas repercusiones en la vida del individuo.

En el 2001 se aprobó una nueva Clasificación, que constituye una revisión de la anterior para proporcionar un lenguaje común, describir la salud y los estados relacionados con ella y de esta manera implementar leyes y mandatos internacionales - nacionales sobre los derechos humanos.

a. DEFICIENCIAS

Es toda pérdida o anormalidad o defecto de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, puede ser temporal o permanente, las deficiencias representan la exteriorización de una enfermedad, traumatismo u otro trastorno, en las estructuras corporales (partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes). Por ejemplo de la visión o de la audición.

Las deficiencias pueden derivar en otras deficiencias y las podemos clasificar de la siguiente manera:

- Temporales o permanentes
- Progresivas, regresivas o estáticas
- Intermitentes o continuas

b. DISCAPACIDAD

Refleja las consecuencias de una deficiencia y hace referencia a toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad una actividad que se considera normal para el ser humano. La característica de la discapacidad es la de limitar el normal desempeño de las actividades de la vida. Como por ejemplo no poder levantarse, correr, subir gradas, no poder hablar o comer por sí mismo etc.

c. MINUSVALIAS

⁵⁰ CIF “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud”, traducción por el dep. de filología, Universidad de Cantabria, Santander – España. Ma. Del Consuelo Crespo, Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Discapacidades Quito – Ecuador.



Toda situación de desventaja social que experimenta el individuo como consecuencias de deficiencias o discapacidades que limita o impide un normal desempeño de un rol que se considera normal para su edad sexo y contexto sociocultural.

3.1.1. LA NUEVA CLASIFICACION

La nueva clasificación de las discapacidades “CIF” (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud), explica el funcionamiento de la discapacidad mediante una relación compleja entre la condición de salud y los factores contextuales.

El modelo médico considera a la discapacidad como un problema del individuo causado directamente por la enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de tratamientos médicos prestados por profesionales, este tratamiento que esta encaminado hacia la cura, hacia una adaptación de la persona y hacia un cambio en la conducta.

El modelo social considera a la discapacidad como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de los individuos en la sociedad. La discapacidad es un conjunto complicado de condiciones las cuales son creadas por el pensamiento y entorno social.

Es importante crear un enfoque “biopsicosocial” que permita conseguir y proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde la perspectiva biológica, individual y social. De tal manera que el concepto de **MINUSVALIA** ya no se utilizaría, sino que los términos de **DEFICIENCIA Y DISCAPACIDAD**, abarcaría el enfoque que daría la nueva clasificación que comprende:

Deficiencias Funcionales

Funciones mentales, sensoriales y dolor

Funciones de la voz y el habla

Funciones del Sistema Cardiovascular, hematológico inmunológico y Respiratorio



Funciones de los Sistemas: digestivo, metabólico y endocrino.

Funciones genitourinaria y reproductora

Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento

Funciones de la piel y estructuras relacionadas.

Deficiencias Estructurales

Estructuras del sistema nervioso (ojos, oídos y estructuras relacionadas)

Estructuras involucradas en la voz y el habla

Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio

Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino

Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor

Estructuras relacionadas con el movimiento

Piel y estructuras relacionadas

Discapacidades

Aprendizaje y aplicación del conocimiento

Tareas y demandas generales

Comunicación

Movilidad

Autocuidado

Vida doméstica

Interacciones y relaciones interpersonales

Áreas principales de la vida

Vida comunitaria, social y cívica

Factores Ambientales

Productos y tecnología

Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana

Apoyo y relaciones

Actitudes

Servicios, sistemas y políticas



En nuestro país, como una acción ante la problemática de las discapacidades se creó el Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional (CONAREP) en el año de 1973, que desarrolló acciones para la recuperación de discapacitados físicos, sensoriales y mentales en el proceso de habilitación ocupacional e inserción laboral.

En 1982 con la ley 009 de protección al minusválido; el Ministerio de Bienestar Social asume la rehabilitación integral del minusválido; para cumplir con esto se crea el DINARIN (Dirección Nacional de Rehabilitación del Minusválido) sin embargo esta entidad no logró coordinar con los diferentes sectores involucrados. Actualmente, se denomina CEPRODIS (Centro de Protección al Discapacitado).

El Ministerio de Salud ha desarrollado numerosos programas que han abordado el problema de las discapacidades mediante acciones preventivas y curativas, sin embargo los esfuerzos aún son limitados sobre todo para llegar a los sectores de mayor riesgo. Además que las personas discapacitadas no están protegidas legal ni socialmente.

En nuestro país no se ha encasillado de forma correcta las Discapacidades y su Funcionamiento (CIF) en donde las deficiencias son funcionales y estructurales y permiten que se abarquen y dirijan de mejor manera tanto a social – gubernamental al sujeto discapacitado o deficiente.

En el año 2000 según datos del CONADIS⁵¹ un 48% (la mitad de la población nacional) tienen algún tipo de deficiencia, el 13.2% (1.600.000 personas) con discapacidad, siendo la incidencia igual tanto en hombres como mujeres. Su distribución sería la siguiente:

- 592.000 personas con discapacidad por deficiencias físicas
- 432.000 personas con discapacidad por deficiencias mentales y psicológicas
- 363.000 personas con discapacidad por deficiencias visuales; y ,
- 213.000 personas con discapacidad por deficiencias auditivas y del lenguaje

El porcentaje más alto de personas discapacitadas en relación a la población se encuentra en la provincia de El Oro y Morona Santiago alrededor del 30%. En el resto de las provincias el porcentaje es del 10 al 18%. En la provincia del Azuay existe un porcentaje del 16.8 % de discapacitados y un 60.5% de deficientes. La mayoría se presenta en niños menores de 5 años por trastornos del desarrollo psicomotriz y músculo esqueléticos.

⁵¹ [http/ conadis.gov.ec](http://conadis.gov.ec), 03/12/2002.



La malnutrición (el 49% de niños menores a 5 años), las condiciones de salud en general de la población, la carencia afectivo emocional en el niño, son unas de las causas ante las deficiencias y discapacidades que se dan en éste sector de la población. Por eso que es importante la prevención, detección temprana de las dificultades motrices en primera instancia en los niños, ya que estos pueden desembocar en otros tipos de deficiencias y / o discapacidades.

3.2. FACTORES DE RIESGO:

La palabra “riesgo” indica la “probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad – muerte).⁵²

El “Factor de Riesgo” es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

Es importante poder diferenciar entre causa y factor de riesgo. La - causa – es el proceso que determina el cambio de otro proceso, y el –factor de riesgo- es un evento que se asocia o que su exposición aumenta la probabilidad de la ocurrencia de desarrollar un resultado específico, o por el contrario ese evento puede ser modificado con alguna forma de intervención, para disminuir la probabilidad de la ocurrencia de la enfermedad o daño a la salud.

En otros términos el factor de riesgo puede servir como catalizador en la relación agente-huésped susceptible para que se desarrolle el proceso mórbido; o cuando se conoce de su acción, se puede intervenir modificándolo y actuará como amortiguador del proceso, evitando se desarrolle la alteración o daño.

Existe una clasificación de los riesgos y factores de riesgo, útil con fines operativos, que consideran tres aspectos, el biológico, el higiénico – sanitario y el socioeconómico – cultural. Estos tres elementos se encuentran estrechamente relacionados, y son interactuantes.

⁵² PINEDA José dr. Aspectos Neonatológicos y Factores de Riesgo, Revista Neurol, 2002.



- Los riesgos biológicos, están relacionados con características anatómicas, fisiológicas, o con la historia clínica personal del paciente, otras se refieren a variables demográficas, como edad, sexo (género), raza, estado civil.

El Ministerio de Salud Pública reconoce como riesgos biológicos a los niños con esquema incompleto de vacunación o desnutrición; a la mujer embarazada, a un problema crónico o recurrente y a los problemas psicológicos en un miembro de familia.

- Los riesgos higiénico – sanitarios, se refieren a las condiciones concretas de dotación, mantenimiento y abastecimiento de los sistemas de agua para consumo humano, eliminación sanitaria de excretas humanas y de basuras; también con las distintas formas de contaminación del medio ambiente: agua, tierra y aire; y la presencia de animales intradomiciliarios. Además esta relacionado con los servicios de atención y de salud que dispone la comunidad.
- Los riesgos socioeconómicos y culturales, entre los que cuentan el ingreso económico familiar, nivel educativo, ocupación; calidad de la vivienda; la medicina tradicional y popular; clase social; productividad; etc. Hábitos y costumbres; recreación, reposo, áreas verdes y naturales, parques, y caracterización socioeconómica local, zonal, provincial, regional y del país.

En éste nivel de riesgos, el MSP considera los siguientes; desocupación del jefe de familia; padre y / o madre analfabetos; desestructuración familiar y hacinamiento.

En la mayoría de los casos es de fácil detección los riesgos y factores de riesgos mediante observaciones puntuales, sin embargo es necesario en ciertos casos la utilización de indicadores que permite la medición matemática del riesgo para poder posteriormente identificar con objetividad y diferenciar un factor de riesgo de un daño de salud (la inmunodeficiencia, es un daño de salud pero también es un factor de riesgo para los procesos infecciosos).

3.2.1. NIVELES DE PREVENCIÓN

Por prevención se debe entender a la creación de nuevas formas de ver, entender, evaluar y actuar; esto es, implica un nuevo modo de vivir de la sociedad con sus instituciones, así como de la familia y del individuo creando realidades saludables y espacios de apoyo para que fluyan los procesos potenciadores de la vida y la salud.

a. PREVENCIÓN PRIMARIA

* Fomento de la salud



- Campañas de educación y concienciación sobre los problemas motrices: causas, factores y el quehacer para transformar la realidad adversa a la salud en una favorable.
- Investigación de incidencia y prevalencia.
- Screening metabólico neonatal.

* Protección específica

- Mejorar atención a la madre.
- Mejorar los servicios de salud perinatales.
- Consejo genético a las parejas.

b. PREVENCIÓN SECUNDARIA

* Diagnóstico precoz y tratamiento inmediato

- Despistaje de problemas del desarrollo: motores, cognitivo en niños menores de 5 años.
- Tratamiento:
Estimulación temprana integral.
Educación y reeducación funcional neuro pediátrica.

* Limitación del daño

- Cuidados ortopédicos no quirúrgicos.
- Tratamientos ortopédicos quirúrgicos.
- Adaptaciones para acceso a la educación y autonomía.
- Tratar los problemas asociados: epilepsia, problemas sensoriales.

c. PREVENCIÓN TERCIARIA

* Rehabilitación

- Concertación de apoyos.
- Satisfacción de necesidades fundamentales.
- Calidad de vida.

* Integración social



- Integración educativa.
- Integración productiva.
- Desarrollo de la cultura de la heterogeneidad

3.3. LOS TRASTORNOS MOTRICES EN EL “CDT ANICK MAQUERON”

3.3.1 ¿QUE ES UN TRASTORNO MOTRIZ?

Es un disturbio, alteración o perturbación de las funciones cerebrales, y nerviosas que se relacionan con el potencial motriz (la producción de movimientos).⁵³

Un trastorno puede llegar a convertirse en una deficiencia, o en una discapacidad.

En lo que corresponde al CDT Anick Maqueron tenemos los siguientes niveles de factores de riesgo que se relacionan con daño motriz.

a. Causas Prenatales

Las causas prenatales, corresponden a aquellas situaciones antes de la concepción del nuevo ser muy relacionadas con la madre; y, con causas relacionadas con el embarazo, entre estas se encuentran:

Relacionadas con la madre: Enfermedades Crónicas mal tratadas durante el embarazo; Historia de abortos y muerte fetal, Retraso mental o epilepsia, Recién nacido de bajo peso anteriores, Descendencia anterior discapacitada, Antecedentes de enfermedades congénitos.

Relacionados con el embarazo: Curso complicado del embarazo, Amenaza de aborto, sangrados del III trimestre, Hábitos tóxicos de consideración, Embarazo múltiple, Trastornos nutricionales, Sepsis o exposición a sustancias tóxicas,

b. Causas Perinatales y Postnatales:

⁵³ Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, undécima edición, Salvat, México 1978.



En tanto las causas perinatales y postnatales están relacionadas con situaciones del parto y del recién nacido, entre las que se encuentran:

- Problemas del parto: Distosias del parto, Asfixia perinatal, Hemorragia intracraneal.
- Problemas del recién nacido: Hiperbilirrubinemia, Trauma craneal, Infecciones del recién nacido, Convulsiones neonatales, Peso al nacer < 1500 gramos.

Las causas inmediatas son: anoxia, isquemia y lesiones cerebrales

Causas mediatas				Causa inmediata
Conocimientos de la población		Relacionados con la madre	Enf. Crónicas mal tratadas durante el embarazo	Anoxia
Situación socioeconómica			Historia de abortos y muerte fetal	Isquemia
Situación sanitaria			Retraso mental o epilepsia	Lesiones cerebrales
Nivel de desarrollo social	Prenatales		R.N bajo peso anteriores	
Desarrollo tecnológico en salud			Descendencia anterior discapacitada	
			Antecedentes de enfermedades congénitos	
		Relacionados con el embarazo	Curso complicado del embarazo	
			Amenaza de aborto, sangrados del III trim.	
			Hábitos tóxicos de consideración	
			Embarazo múltiple	



			Trastornos nutricionales	
			Sepsis o exposición a sustancias tóxicas	
	Perinatales	Relacionados con el parto y el R.N.	Distosias del parto	
			Asfixia perinatal	
	Posnatales		Hemorragia intracraneal	
			Convulsiones neonatales	
			Peso al nacer < 1500 gramos	
			Hiperbilirrubinemia	
			Trauma craneal	
			Infecciones del R.N	

Las consecuencias pueden ser:

- Signos y síntomas

Trastornos cerebromotrices de revelación precoz

Trastornos neuro psicológicos:

Trastornos neuro perceptivos

Trastornos comportamentales

Trastornos ortopédicos

Trastornos nerosensoriales

Epilepsia

- Defecto o daño

Dificultades en la postura, movimiento

Dificultades de aprendizaje, fracaso escolar

Dificultades en su adaptación social

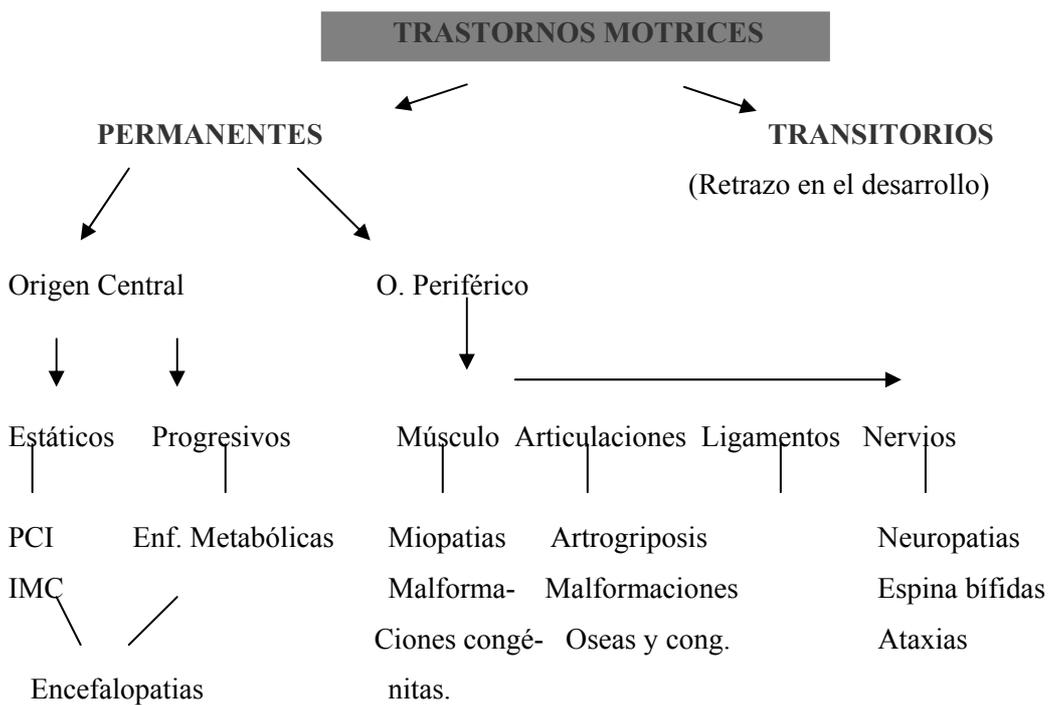


- Estado crónico

Dificultad para satisfacer sus necesidades fundamentales, y / o muerte.

3.3.2. CUADRO EXPLICATIVO DE LOS TRASTORNOS EXISTENTES EN EL CDT. ANICK MACQUERON:

En relación a la experiencia y a los estudios y realidad observada dentro del CDT. Se ha desarrollado el siguiente cuadro explicativo de los trastornos Motrices:



a. TRASTORNO MOTRIZ PERMANENTE – DEFINITIVO:

Trastornos motrices de los niños en los cuales la alteración de las funciones cerebromotrices provoca la discapacidad motriz de diferentes grados y cuyas adquisiciones motrices siempre estarán en retraso con relación a la Edad Cronológica y la gravedad de éste retraso dependerá de la gravedad de la lesión cerebral.



b. TRASTORNO MOTRIZ TRANSITORIO:

Son trastornos motrices que ocurren en niños menores de dos años que se presentan con retraso en las adquisiciones motrices pero con normalidad de las funciones cerebromotrices. La normalización del desarrollo se consigue entre los 18 a 24 meses de edad.

3.3.3 Los Discapacitados Motores de Origen Cerebral:

- I.MC (Invalidez Motriz Cerebral)

El término de Invalidez Motriz Cerebral fue propuesto en 1954 por G. Trardieu⁵⁴ para distinguir a los sujetos portadores de secuelas motrices de lesiones cerebrales infantiles de sujeto con encefalopatías que tienen deficiencia mental profunda (PCI) y con problemas motores asociados. Entonces el IMC concierne a los “niños y adolescentes o adultos con dificultades parciales o totales en la realización del movimiento voluntario o mantención postural. Estas limitaciones son el resultado de una lesión cerebral que se da antes - durante o un poco tiempo después del nacimiento (prenatal – perinatal)”. La lesión no es evolutiva pero sus efectos interfieren con el desarrollo cerebral y psicológico en los primeros años de vida. El IMC, no es una patología hereditaria, y se caracteriza por la presencia de dificultades motrices que alteran el mantenimiento, la marcha, los gestos de la vida cotidiana y de la palabra en proporciones variables.

Esta patología se presenta de diferente manera dependiendo de la localización e intensidad del daño:

- En cuanto a la localización, puede presentarse en miembros inferiores llamándose “diaplejía cerebral infantil”. En miembros superiores y inferiores de un solo lado, se trata de una hemiplejía; estos niños pueden tener problemas asociados muy importantes, que pueden ser considerados como los “pequeños discapacitados motores”, ya que estos son los “grandes discapacitados sociales”. En los cuatro miembros que pueden ser asociados a un daño del tronco, éste se trata de una tétraplejía.

⁵⁴ GUIDETTI Michele, TOURRETTE Catherine, Handicaps et Developpement psychologique de l enfant, Ediciones Armad Colin, París 1999.



Entonces, la naturaleza del daño depende de la localización particular, para poder hablar de una diaplejía o de tetraplejía espástica, o distonía atetósica.

- En la intensidad del daño se toma en cuenta la cotación de E. HANSEN⁵⁵, la misma que desarrolla los siguientes grados:

- *Cotación 0: No hay problema*
- *Cotación 1: Problema ligero, sólo un especialista descubre si existe.*
- *Cotación 2: Es constatable por un observador ordinario sin ser muy evidente.*
- *Cotación 3: Es un problema serio, necesita uso de aditamentos.*
- *Cotación 4: Las funciones de cuatro miembros se ve limitada, es grave.*

La experiencia ha demostrado que ésta cotación es la menos subjetiva y que es un lenguaje común a utilizarse en los casos de IMC.

Problemas Asociados del IMC

Estos problemas no son constantes pero sí frecuentes, cuando éstos existen pueden ser de intensidad variable y se combinan. Estos pueden ser en ciertos casos prevenidos o compensados por los trabajos educativos y terapéuticos apropiados. Podemos describir los siguientes:

- **Problemas intelectuales:** Esto depende de la localización de la lesión, por lo que las capacidades intelectuales y de aprendizaje del niño IMC son variadas; algunos podrán llegar a estudios superiores mientras que otros no aprenderán a leer. Los trabajos recientes muestran que de cada dos niños IMC, uno tiene deficiencia intelectual más o menos grave. Lo importante sería aportar en las capacidades individuales de estos niños para su inclusión en la sociedad.
- **La epilepsia:** Las crisis convulsivas son en ciertas ocasiones la naturaleza del daño, entre el 20 y 60% de casos. Este estilo de problemas causa perturbación familiar y social en el niño, pero gracias al tratamiento medicamentoso se puede estabilizar estos ataques y convulsiones.
- **Los problemas instrumentales:** Los problemas de organización gestual y motriz son frecuentes, son los problemas de ejecución del gesto, de dificultades en el frenaje, de

⁵⁵ TARDIEU Guy, "Le Dossier Clinique del IMC", editorial Masson, tercera edición, París 1984.



control o de movimientos parasitarios involuntarios. Estos problemas intervienen en el desarrollo de la vida cotidiana (alimentación – limpieza) y escolar (escritura).

- Las deficiencias sensoriales: A nivel auditivo, algunos IMC pueden tener sordera o hipoacusia, especialmente es el caso de los atetósicos. A nivel visual, pueden tener un estrabismo, ambliopía unilateral (disminución de la agudeza visual que corresponde a un solo ojo), nistagmus (sacadas o movimientos involuntarios de los globos oculares que pueden ser en sentido horizontal o en el vertical). Estos problemas visuales asociados más el problema del tratamiento de la información a nivel cerebral producen dificultades de organización espacial. Problemas de sensibilidad, no pueden reconocer los objetos con sus manos sin el control de la vista.
- Los problemas de lenguaje, que son de origen diverso, pueden ser el resultado de un daño motriz que tocan a los músculos del aparato fonatorio o un daño auditivo, donde no llega bien la información por lo que no se va a expresar correctamente.
- La estructuración del esquema corporal; para el desarrollo de la actividad corporal se debe desarrollar el esquema corporal, de el espacio y de la consciencia de si que en la mayoría de casos se ve perturbada. El niño puede tener en efecto las dificultades de representarse unificado o completo, dado por un lado ante la dificultad practognósica (el conocimiento de las praxis, y gestos), de una característica lacunar y anárquica de las sensaciones exteroceptivas por un retardo de maduración de las funciones sensoriales.
- El estado psicológico; los niños IMC, por lo general se presentan con un buen contacto, y es de fácil comunicación, pero generalmente son ansiosos, muy sensibles, hay tendencias hacia la depresión, en ocasiones algunos agresivos. Esto depende de cada niño y su realidad personal –familiar.

Todos los problemas descritos separadamente pueden estar ligados o combinados y en diversos grados por lo tanto tablas clínicas son muy variables de un niño a otro.

- **Trastornos Metabólicos**⁵⁶

Son errores innatos en el metabolismo de lípidos- proteínas – hidratos de carbono – neurotransmisores, etc, las manifestaciones son variadas. Son niños que presentan un buen

⁵⁶ TARDIEU M, LANDRIEU P, Neurologie Pédiatrique, segunda edición, Masson, París 2001.



desarrollo y después comienzan con trastornos de la conciencia, regresión de las adquisiciones y problemas motrices. Estas son patologías progresivas.

- **Encefalopatías**⁵⁷

Trastorno que afecta al encéfalo (cerebro – hemisferios cerebrales – tallo cerebral). Este es un término que rompe con la visión clásica de concebir la lesión cerebral como se la considera en el adulto o sea en un solo territorio.

La encefalopatía corresponde a una lesión difusa de muchos orígenes, unos congénitos, otros de origen metabólico y son de diversas manifestaciones de un niño a otro, no existen dos casos similares en el mundo, por lo tanto existen muchos tipos de encefalopatía, nombramos a continuación algunos ejemplos:

Encefalopatía atrófica de la infancia: Que determina los trastornos motores tróficos y psíquicos.

Encefalopatía desmielinizante: Cualquiera de los trastornos congénitos y progresivos debidos a la degeneración de la sustancia blanca cerebral, como la enfermedad de Schilder, de Krabbe, de Pelizaeus, esclerosis múltiple, neuromielitis, etc.

Encefalopatía hipertensiva: Conjunto de fenómenos cerebrales debidos a hipertensión en el curso de la glomerulonefritis.

Encefalopatía Saturnina: Trastornos cerebrales producidos por la intoxicación por el plomo.

Encefalopatía de Wernicke: Poliencefalitis hemorrágica superior.

Encefalopatías agudas Necrosantes; la más frecuente es la encefalopatía herpética, que esta ligada al virus del Herpes que se producen por lo general en el primer año de vida y el adolescente. Esta patología está ligada a una infección genital por el virus del herpes tipo 2 de la madre que le transmite en el momento de la concepción.

Encefalopatía subagudas y crónicas: Infecciones virales antenatales, rubéola y citomegalovirus. Estas son las encefalopatías que se da la transmisión durante el embarazo. En el período neonatal, se acompañan solamente de signos generales (anemia, hepatosplenomegalia, etc) que ayudan a un diagnóstico. La evolución de ésta patología puede ser de gravedad variada, gran retardo psicomotor con microcefalia y sordera.

3.3.4. Trastornos Motores de Origen Periférico:

- **A Nivel de Nervios**⁵⁸

⁵⁷ TARDIEU M, LANDRIEU P, Neurologie Pédiatrique, segunda edición, Masson, París 2001.



La mayoría de las enfermedades en la infancia son el resultado de malformaciones congénitas o de daño cerebral durante el período perinatal y son por lo general, no progresivas. Las enfermedades más comunes en el Centro y que refieren a ésta categoría están:

Espina Bífida: Es una malformación de la columna que se desarrolla en el período importantes problemas en el niño, dependiendo del grado, del cierre del tubo neural y de su cubierta. En la espina bífida pueden presentarse problemas como: la parálisis, deformaciones articulares, incontinencia, etc.

Las secuelas de ésta patología modifican considerablemente la vida de estos niños, ya que sus proyectos se encontrarán condicionados por las dificultades que rodean a esta enfermedad.

Neuropatías: Término utilizado para las afecciones nerviosas en especial de las degenerativas, no inflamatorias de uno o más miembros de origen genético, infecciones, nutricionales, tóxicas. Depende de su ubicación a nivel nervioso para el tipo de signos que presente la patología. Cuando produce una desnervación del nervio produce atrofas de los músculos, atrofas sensitivas, existen algunos tipos de neuropatías, aquí unos ejemplos:

Neuropatías sensitivas - motrices hereditarias:

Neuropatías de – mielinisantes (aisladas)

Neuropatías demielinisantes familiares con hipersensibilidad de nervios a la presión.

Neuropatías sensitivo motrices axonales

Neuropatías axonales sindrómicas

Neuropatías axonales con marca histopatológica distintiva.

Neuropatías sensitivo – Motrices

Neuropatías sensitivo –motrices congénitales

Neuropatías Sensitivas Hereditarias (NSH): Estas son dominadas por un déficit de las fibras nerviosas conductoras de la sensibilidad dolorosa.

NSH tipo 1: (patología de Denny Brown Thévenard)

NSH tipo 2: (neuropatía sensitiva congénitale)

NSH tipo 3: (Patología de Riley – Day)

NSH tipo 4: (insensibilidad congenital al dolor con ahidrose)

⁵⁸ BEHRMAN Richard E, VAUGHAN Victor, NELSON Waldo, Tratado de Pediatría, novena edición, Madrid, 1985.



Neuropatías Adquiridas: Estas son representadas esencialmente por el síndrome de Guillain-Barré, accesoriamente por las polineuropatías y mononébritis inflamatorias subagudas o crónicas.

- **A nivel de Articulaciones⁵⁹**

Término utilizado para explicar la unión de uno o más huesos, tenemos diferentes tipos de articulaciones; a nivel de la cabeza, del tronco, de las extremidades superiores, extremidades inferiores.

Artrogriposis: Flexión o contractura permanente de una articulación, es de origen congénito y puede darse tanto en el niño como en la niña. Su etiología es misteriosa pero las deformaciones ortopédicas que presentan son en parte ligadas a una inmovilización fetal en útero mas o menos importante dependiendo del lugar de localización y la importancia de las lesiones dependerá de ello. Por lo general el potencial intelectual está conservado.

- **A nivel de Ligamentos⁶⁰**

El ligamento es una cinta, fascículo o membrana de tejido fibroso denso, inserta en los huesos o cartílagos, que sirve como medio de unión de las articulaciones o para otros fines. Estas mantienen al órgano en su lugar.

- **A nivel de Músculos⁶¹**

El músculo, son los órganos carnosos productores de los movimientos en los organismos de los animales y compuestos de tejido fibroso, caracterizados principalmente por la contractilidad.

Miopatías: Enfermedad de los músculos, hay varios orígenes, unos son genéticos, congénitos, ligados al sexo y otras autosómicas (cromosomas sexuales). Ejemplo de Dúcheme – Becker.

⁵⁹ BEHRMAN Richard E, VAUGHAN Víctor, NELSON Waldo, Tratado de Pediatría, novena edición, Madrid, 1985.

⁶⁰ CHEDEVILLE j, VILALLONGA Cariou, Kinesitherapie Pediatrique, editorial Masson, París – Milán-Barcelona-Bonn, 1992.

⁶¹ BEHRMAN Richard E, VAUGHAN Victor, NELSON Waldo, Tratado de Pediatría, novena edición, Madrid, 1985.



Malformaciones congénitas: Es un trastorno que se da en el momento de la formación del nuevo ser y se puede dar a nivel muscular como articular y que da dificultades motrices.

3.4. EL ANUNCIO DE LA DISCAPACIDAD

El anuncio de la discapacidad y la toma de consciencia no van necesariamente de la mano.

Generalmente en los dos primeros años de desarrollo del niño se empiezan a observar que algo en su desarrollo no va bien, por lo que los padres recurren al conocimiento profesional, médico, reeducador, educador, psicólogo, ortofonistas, etc. Esto como un grito de auxilio pero también de exigencia ante la diferencia de su hijo (a).

Descubierta alguna anomalía en el niño, es necesario regresar a los padres el anuncio de la discapacidad, pero este hecho es diferente al de la toma de consciencia de la misma; en tanto que esto viene a confrontar a los padres a esta nueva situación.

El contenido del anuncio si bien es cierto no significa solamente el déficit del niño sino son las palabras que calman la angustia de los padres y de la familia.

Los padres consideran a la discapacidad como una enfermedad, por lo tanto tiene una duración variable, ellos consideran que en un momento dado, el niño se reparará, y sobre todo que la ciencia médica es capaz de hacer esta restitución con la finalidad de la desaparición de la discapacidad. El niño está situado por un tiempo como enfermo, su estado depende en parte de que sea atendido por el hombre de la ciencia.

Esta imagen de discapacidad / enfermedad suscita en los padres una esperanza, la misma que no se debe destruir, por que esto está ligado al deseo de recuperación y lucha, pero



es de vital importancia dar a los padres la información adecuado que ellos se encargarán de procesarla de acuerdo a situación personal y psicológica.

CAPITULO IV

En lo que se refiere al marco teórico hemos puesto en evidencia la importancia del conocimiento tanto técnico como humano en la comprensión de las deficiencias y o discapacidades en el contexto dentro del cual se desarrollan.

Por lo que es de significativo interés para éste estudio exponer las condiciones en las cuales se desarrolla la relación madre – hijo deficiente y / o discapacitado.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es Cualitativo. Donde se determinó el grado de intensidad de la relación madre - hijo en niños con deficiencias y/ o discapacidad por medio de un grupo de control.

4.2 UNIVERSO

El universo era de 22 casos; siendo la mitad con deficiencias y /o discapacidad y la otra sin deficiencias y /o discapacidad, los mismos que cumplían con los siguientes requisitos de inclusión:

- Niños de entre 0 y 3 años que asisten al C.D.T Anick Macqueron que hayan presentado algún tipo de deficiencia y / o discapacidad motriz.



- Niños de entre 0 y 3 años que asisten al Preprimario San Juan de Jerusalén que no posean ningún tipo de deficiencia y / o discapacidad motriz.
- Colaboración por parte de sus madres.

4.3 MUESTRA

Se tomó un tipo muestra de conveniencia⁶², en virtud de haber cumplido con los requisitos de evaluación a niños de 0 a 3 años con deficiencias y/o discapacidades que asisten al Centro de Detección Temprana y Centro Educativo San Juan de Jerusalén.

4.4 OPERACIONALIZACION DE LOS OBJETIVOS

- Para poder establecer la frecuencia de deficiencias y /o discapacidades de los niños que asisten al C.D.T Anick Macqueron se procedió a revisar las historias neuro – pediátricas de los niños que fueron evaluados en el período de abril - julio y se determinó la frecuencia con el cuál se presentan las deficiencias y / o discapacidades en el Centro.

- Para conocer el desarrollo afectivo y relacional del niño se realizó una revisión bibliográfica sobre la evolución del desarrollo psicoafectivo del niño.

- Para determinar los factores psicológicos del embarazo en la madre y los cuidados diarios del lactante, se realizaron Historias Clínicas psicológicas por medio de una entrevista directa, la misma que consistió en la recolección de datos personales, motivo de consulta, antecedentes personales, la psicobiografía en donde se profundizó más el desarrollo del embarazo, su desarrollo, y eventos posteriores, de igual manera se dio importancia a la dinámica relacional que se estableció entre los miembros de la díada y fuera de ésta.

- Para identificar la relación de afectividad que existe entre madre e hijo y el grado de intensidad, se realizó una Observación Directa del grupo de estudio por medio de la utilización de un registro de observación, en donde se apuntó aspectos relacionales como:

- La manera de portar a su hijo,
- La forma cómo se desarrolla el niño dentro de un espacio desconocido,
- De qué manera se relacionan
- Tipos de juegos, manera de comunicarse

⁶² CAMELL Fayad “Bioestadística” Tomo I, Mérida Venezuela, 1976.



En la mayoría de los casos existió el soporte de una cámara filmadora, material que fue de apoyo para la observación y recolección de datos.

- Consecutivamente se aplicó el Test de Apercepción Temática T.A.T 8 láminas definidas (1,2, 3NM, 7NM, 12M, 15,17NM, 18NM) las mismas que manejan con mayor profundidad a cerca del tema de la relación madre – hijo y sus niveles más profundos en el inconsciente de la madre que le potencian a éste rol, y cuales son las más sutiles ideas que manejan su personalidad y hacen obedecer su actuar. La prueba consiste en exhibir al examinado en forma sucesiva una colección de láminas que reproducen escenas dramáticas escogidas, que por sus contornos imprecisos, su impresión difusa o su tema inexplicito, son lo suficientemente ambiguos como para provocar la proyección de la realidad íntima del sujeto, no tiene un tiempo específico, depende del examinado, el tipo y contexto que él desarrolla.

CAPITULO V

5. PARTE PRÁCTICA

5.1 RESULTADOS Y ANALISIS

5.1.1. TABLA Y GRAFICO DE FRECUENCIAS DE DEFICIENCIAS FISICAS Y/O DISCAPACIDADES EN EL CDT ANICK MAQUERON:

TABLA 1

Porcentaje de las Frecuencias de Deficiencias y / o Discapacidades en el C. D.T ANICK MAQUERON efectuado en la ciudad de cuenca durante los meses de febrero – Julio del año 2005

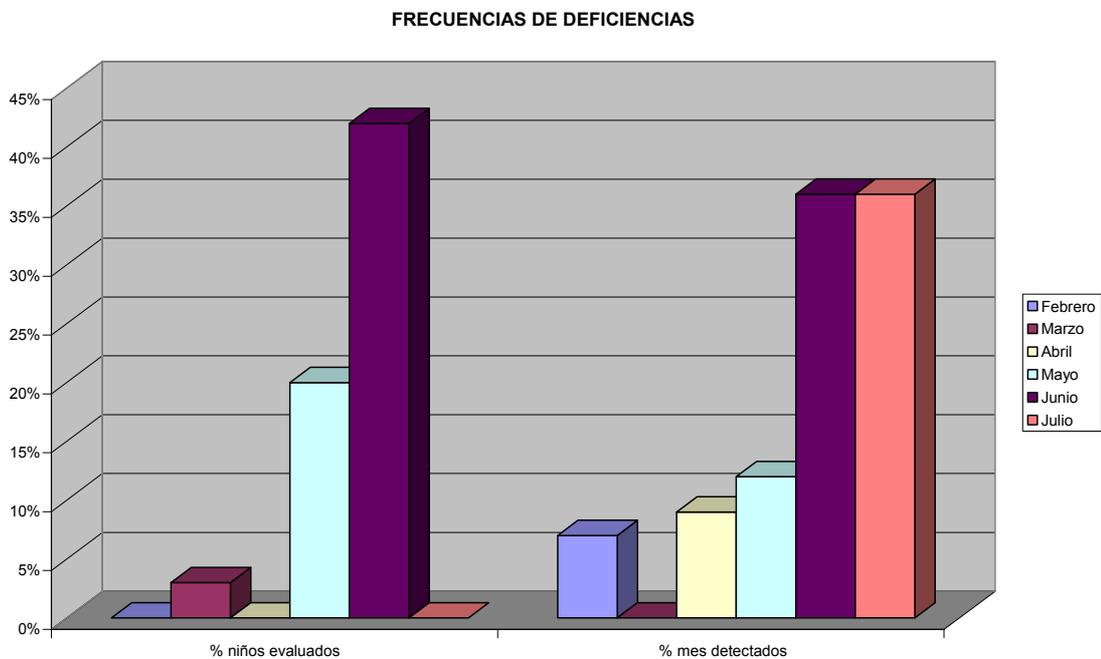


Mes	Niños evaluados	% niños evaluados	Niños Detectados	% mes detectados	% total
Febrero	13	10.2%	1	7%	0.8%
Marzo	4	3%	0	0%	0.0%
Abril	11	8.8%	1	9%	0.8%
Mayo	25	20%	3	12%	2.4%
Junio	52	42%	7	36%	5.6%
Julio	19	15.3%	7	36%	5.6%
TOTAL	124	100%	19	100%	15.2%

Fuente: Directa

GRAFICO 1

Porcentaje de las Frecuencias de Deficiencias y / o Discapacidades en el C. D.T ANICK MAQUERON efectuado en la ciudad de cuenca durante los meses de febrero – Julio del año 2005



Fuente: Directa



ANÁLISIS DEL CUADRO DE FRECUENCIAS DE DEFICIENCIAS FÍSICAS Y/O DISCAPACIDADES:

Según los datos expuestos podemos determinar que la frecuencia de deficiencias y /o discapacidades en el Centro, dentro del período Febrero – Julio, se presentan en un 15.2% en relación a la población global de los niños evaluados.

Podemos analizar que en el mes de Junio y Julio se detectó un 5.6 % del porcentaje total de evaluados en todos los 6 meses.

Esta población va con tendencia al alza, pero no por motivos de que existan mayores casos de deficiencias, sino que, su frecuencia es mayor por el conocimiento del Servicio de Detección Precoz, por una mejor comprensión del desarrollo de su niño y de los factores de riesgo. Sin embargo es necesario cambiar, modificar, prevenir los sistemas sanitarios y de salud para que la población se vea menos afectada.

5.1.2. TABLAS Y GRAFICOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS:

a. DATOS GENERALES:

TABLA 2

Porcentaje de *Datos Generales*

del estudio realizado en el C.DT. ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén efectuado en la ciudad de Cuenca durante los meses de Febrero – Julio del año 2005

PATOLOGIA	Con Deficiencias						Total		Sin deficiencias						Total	
	0 a 11		12 a 23		24 a 36		#	%	0 a 11		12 a 23		24 a 36		#	%
Edad	#	%	#	%	#	%			#	%	#	%	#	%		
a. IMC	0	0%	3	27%	1	9%	4	37%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
b. Microcefalea	1	9%	1	9%	0	0%	2	18%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
c. Hidranancefalea	0	0%	1	9%	0	0%	1	9%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
d. Problemas Metabólicos	0	0%	1	9%	0	0%	1	9%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
e. Pie Equino Varo	1	9%	0	0%	0	0%	1	9%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
f. Síndrome Cromosómico	1	9%	0	0%	0	0%	1	9%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
g. Sindr. De	1	9%	0	0%	0	0%	1	9%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%



Deformación															
Craneana															
h. Sin patología	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	36%	6	55%	1	9%	11%
	4	36%	6	54%	1	9%	11	100%	4	36%	5	55%	1	9%	100%

Fuente: Directa

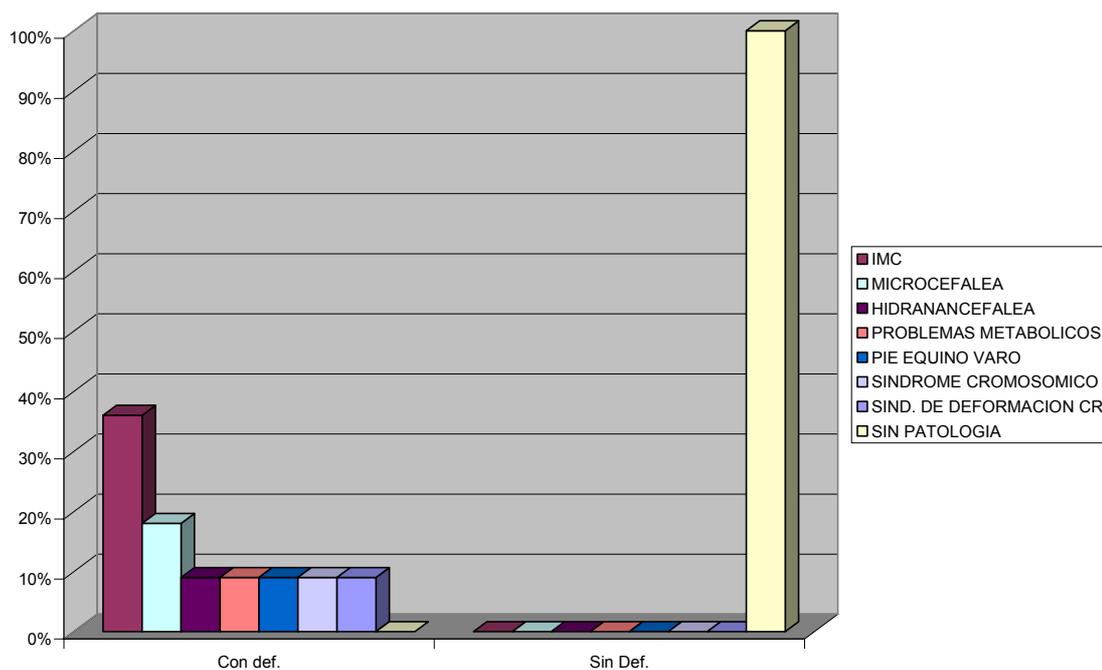
GRAFICO 2

Porcentaje de *Datos Generales*

del estudio realizado en el C.DT. ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén efectuado en la ciudad de Cuenca durante los meses de febrero – Julio del año 2005



Patologías



Fuente: Directa

- *Análisis de Datos Generales:*

El estudio se realizó con niños y con sus madres de cero a tres años y consta de dos grupos; uno con deficiencias y / o discapacidad y el otro sin deficiencias y / o discapacidad.

El porcentaje de niños evaluados en total de cero a once meses fue del 27%. De Doce a veinte y tres meses fue del 54% y de veinte y cuatro a treinta y seis meses fue de 18.9%.

Dentro del grupo de los niños con deficiencias y / o discapacidades encontramos que el 36.6% de niños tienen IMC, el 18% tienen Microcefalia, y el resto de deficiencias como: Hidranancefalea, problemas metabólicos, pie equino varo, síndrome cromosómico, síndrome de deformación craneana, tienen un 9%.

b. DESARROLLO PRENATAL:

TABLA 3

Porcentajes del Estudio del Desarrollo *Prenatal* de las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

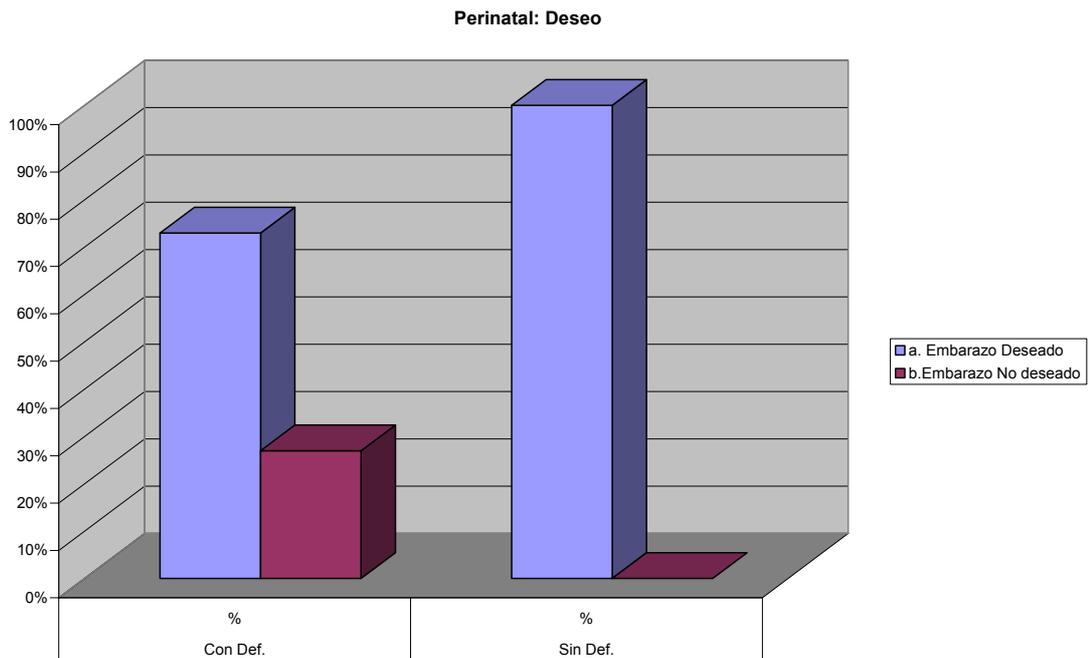


VARIABLES	CON DEFICIENCIA		SIN DEFICIENCIA		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	#	%
Embarazo Deseado	8	72.7%	11	100%	19	86.4%
Embarazo No deseado	3	27.3%	0	0.0%	3	13.6%
	11	100%	11	100%	22	100%
Durante el Embarazo:						
a. ansiedad	5	45%	3	28%	8	36.3%
b. tranquilidad	5	45%	4	36%	9	40.6%
c. otros	1	10%	4	36%	5	23.1%
	11	100%	11	100%	22	100%

Fuente: Directa

GRAFICO 3

Porcentajes del Estudio del Desarrollo *Prenatal* (Deseo) de las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén dela ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005



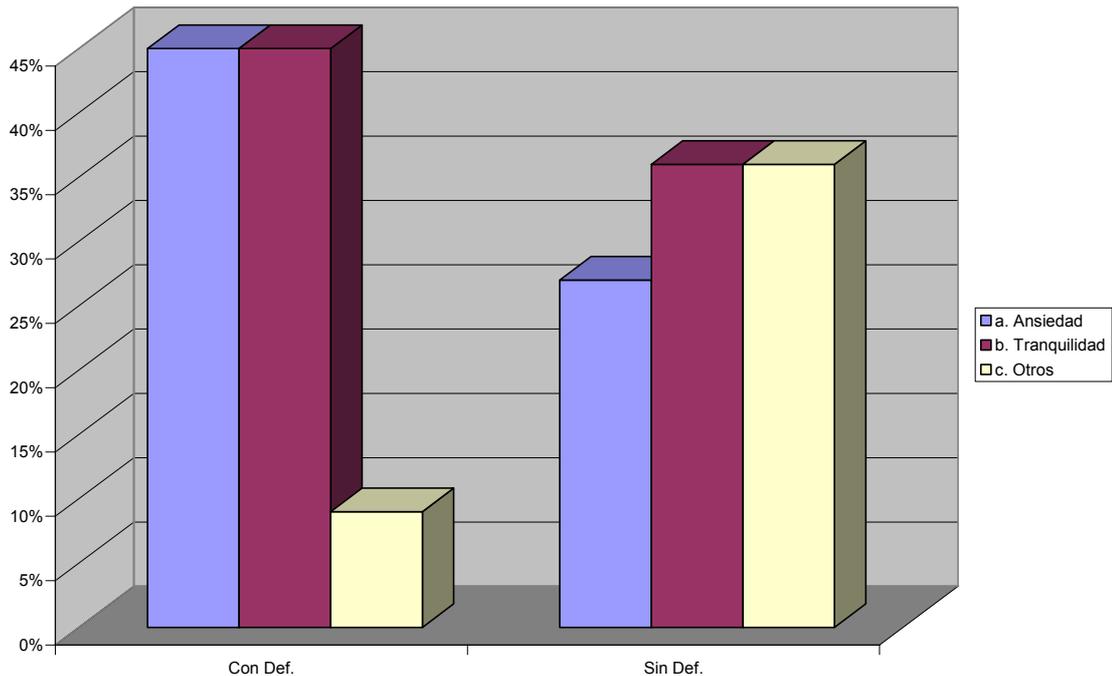
Fuente: Directa

GRAFICO 4

Porcentajes del Estudio del Desarrollo *Prenatal* (Estado Emocional) de las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén dela ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005



Prenatal: Estado Emoc.



Fuente: Directa

Análisis del Desarrollo Prenatal

Según los resultados a pesar del porcentaje similar entre los grupos de estudio en cuanto a la planificación del embarazo, en lo que se refiere a la variable de Deseo de tener un hijo los porcentajes cambian, ya que el 100% lo desearon desde el primer momento que supieron de su embarazo, esto en el caso de las madres de niños sin deficiencias, al contrario de un 72% en el otro grupo de estudio ya que un 27% admite no haberlo deseado.

En el desarrollo emocional del embarazo observamos que durante el embarazo las madres de los niños con deficiencia, presentaron ansiedad con un 45% a comparación de un 27% con el otro grupo. Un grupo de 45% de madres de niños con deficiencias sintieron mayor tranquilidad, que el otro grupo, ya que estos tuvieron un porcentaje de un 27% de otros sentimientos, como alegría, felicidad, etc.

Se puede decir que a pesar de que existe un gran porcentaje de madres de niños con discapacidad que han pasado su período de embarazo con tranquilidad, hay un porcentaje elevado en comparación con el otro grupo que han pasado con ansiedad situación que a sido como resultado del conocimiento de alguna dificultad en el embarazo, así como también la presencia de factores de riesgo.

c. DESARROLLO PERINATAL:

TABLA 4



**Porcentajes del Estudio del Desarrollo Perinatal de las madres del CDT ANICK
MAQUERON y Centro Educativo San Juan
De Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005**

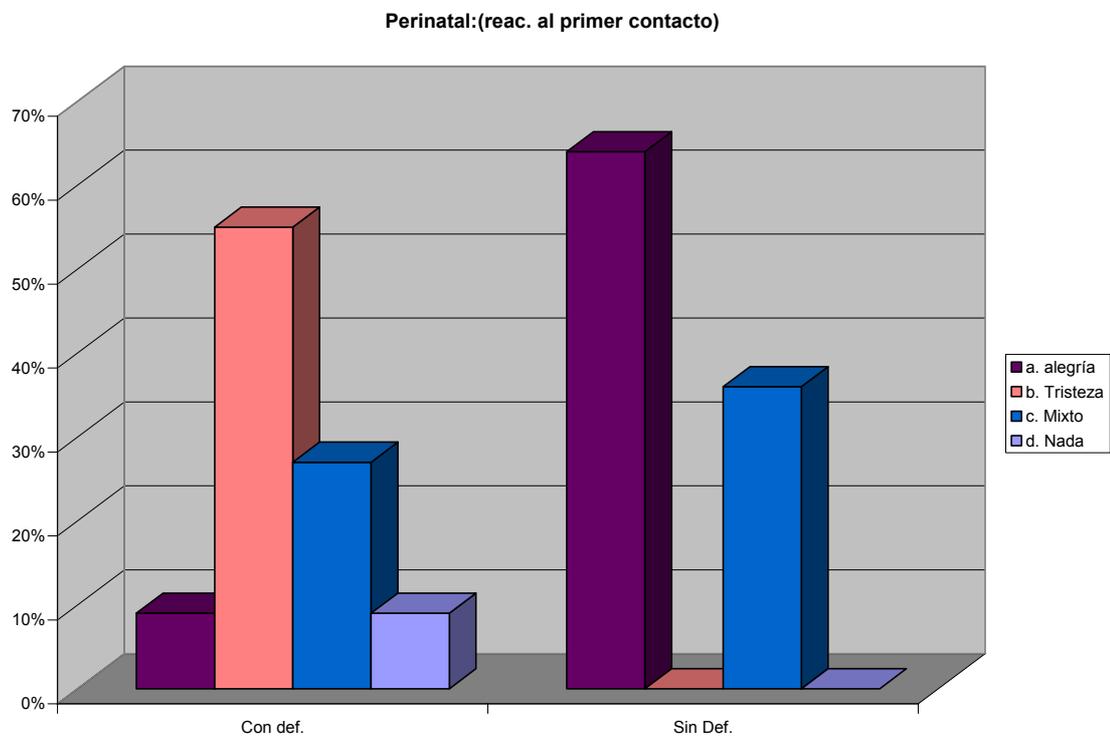
VARIABLES	CON DEFICIENCIA		SIN DEFICIENCIA		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	#	%
Reacción de la madre ante el primer contacto.						
a. alegría	1	9.0%	7	63%	8	36%
b. tristeza	6	55%	0	0%	6	27%
c. Mixto	3	27%	4	37%	7	32%
d. Nada	1	9.0%	0	0%	1	5.0%
	11	100%	11	100%	22	100%
Lactancia:						
a. Enseguida	3	28%	10	90%	13	59%
b. No lactó enseguida	8	72%	1	10%	9	41%
c. Nunca lactó	0	0%	0	0%	0	0%
	11	100%	11	100%	22	100%
Tiempo:						
a. Menos de 6 meses	7	63%	6	55%	13	59%
b. Un año	2	18.5%	4	36%	6	27%
c. Más de un año	2	18.5%	1	9%	3	14%
	11	100%	11	100%	22	100%

Fuente: Directa

GRAFICO 5



Porcentajes del Estudio del Desarrollo *Peri natal* (Reacciones al primer contacto) de las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

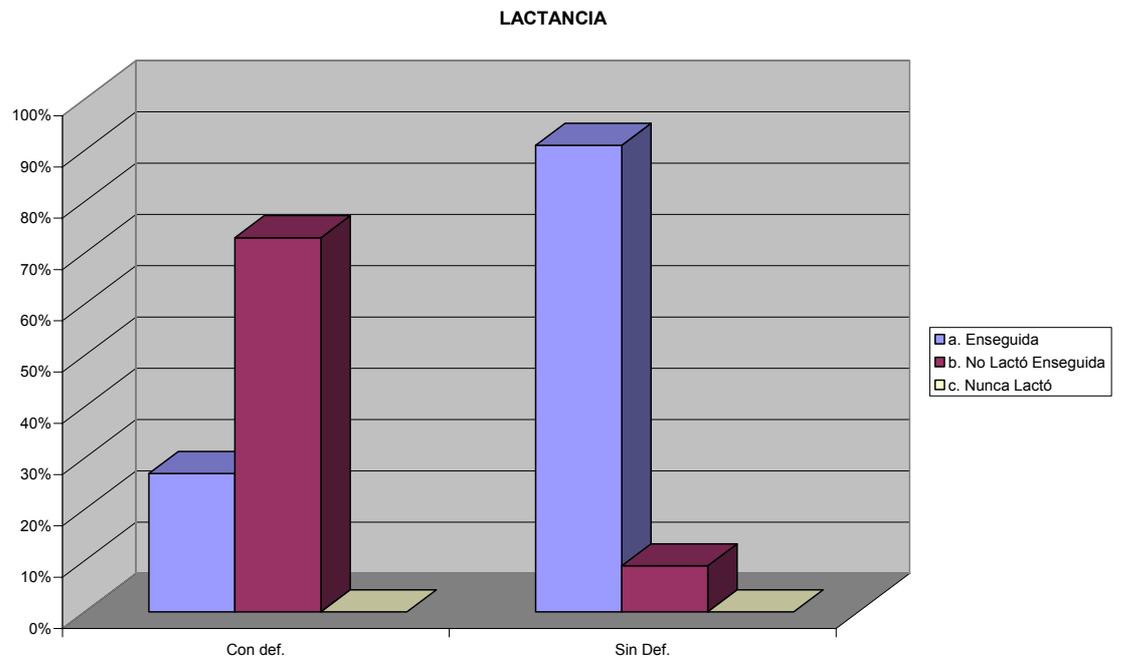


Fuente: Directa



GRAFICO 6

Porcentajes del Estudio del Desarrollo *Perinatal* (Lactancia) de las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén dela ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

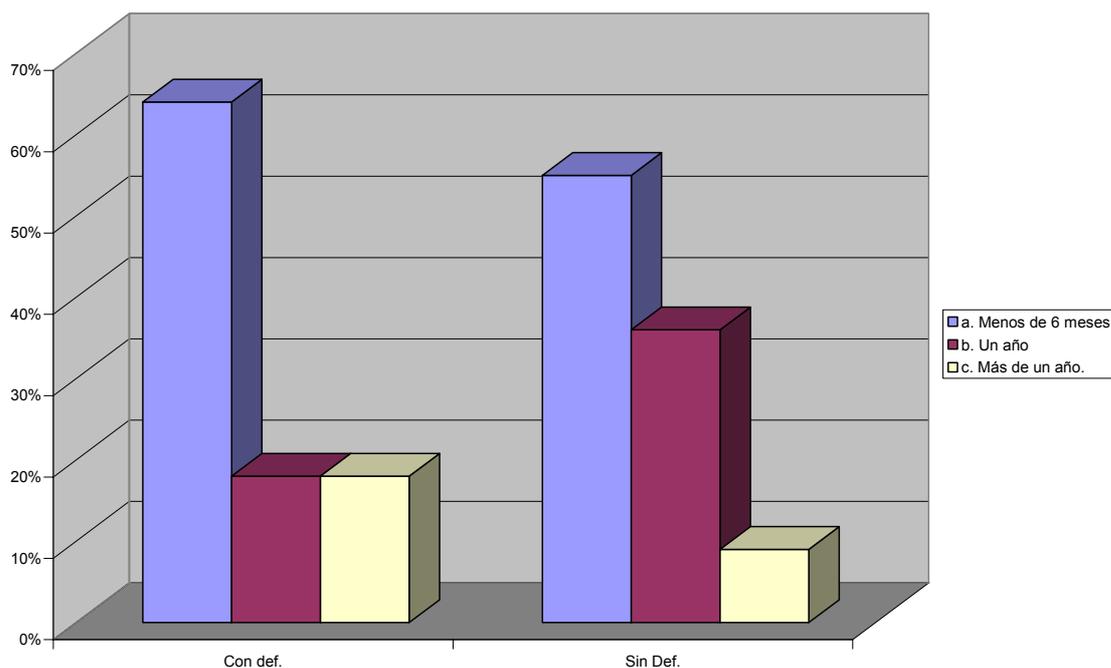


Fuente: Directa



GRAFICO 7

Porcentajes del Estudio del Desarrollo *Peri natal* (Tiempo) de las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005



Fuente: Directa

Análisis de Datos del desarrollo Perinatal:

Observamos que existen mayores partos cesáreas en las madres de los niños con deficiencias y/o discapacidades mientras que existe mayor porcentaje de parto natural en el otro caso.

Un dato interesante y revelador es el primer contacto que tienen las madres con sus hijos, el mismo que en un 90 % de los casos es enseguida cuando se trata de niños sin ninguna deficiencia, mientras que en el otro caso solamente el 27% pudieron tener un contacto enseguida con sus hijos mientras que un 36% nunca tuvieron un contacto cercano, más que al mes de nacido.

En cuanto a la lactancia, el 90% de los niños sin deficiencias lo hicieron enseguida, a un contrario de un 28%, ya que el 72% restante nunca lo hizo por motivos de dificultades en el



parto, porque sus hijos tuvieron que pasar a cuidados neonatales por lo que la lactancia no se realizó en condiciones “normales”.

El tiempo de lactancia encontramos que un 54% de madres de niños sin deficiencias lo hicieron menos de un año, y el 63% en el otro caso, hay que tomar en cuenta que la muestra de niños es de 3 en esta edad para cada caso, los mismos que continúan haciéndolo, pero el porcentaje aún así es más alto en madres de niños con deficiencias, podemos decir que del 63%, el 36% de éste a lactado hasta los seis meses y el restante no lo a continuado haciendo por problemas de alimentación con su hijo. Los niños sin deficiencias han lactado un porcentaje de un 36% hasta un año a comparación del 18% en el otro caso. Mientras tanto que hay mayor porcentaje de niños con deficiencias que lactaron hasta más del año (18%) a comparación del otro grupo (9%).

Se puede decir que dependiendo del caso y la patología del niño, dependerá del estilo de alimentación y el tiempo de ésta, pero en la mayor parte de niños con deficiencias coincide que el tiempo es menor al de un año o sobre pasa este tiempo, en el segundo caso por dificultad de separarse del niño por parte de la madre o como idea de que es único medio de alimentación.

d. DESARROLLO POSTNATAL

TABLA 5

Porcentajes del Estudio del Desarrollo *Postnatal* de las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

VARIABLES	CON DEFICIENCIA		SIN DEFICIENCIA		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	#	%
POST NATAL						
Estado Emocional de la madre:						
a. alegría	3	27%	3	27%	6	27.2%
b. labilidad emocional	3	27%	5	46%	8	36.4%
c. estados depresivos	5	46%	2	18%	7	31.9%
d. otros	0	0%	1	9%	1	4.5%
	11	100%	11	100%	22	100%
Atención al recién Nacido:						

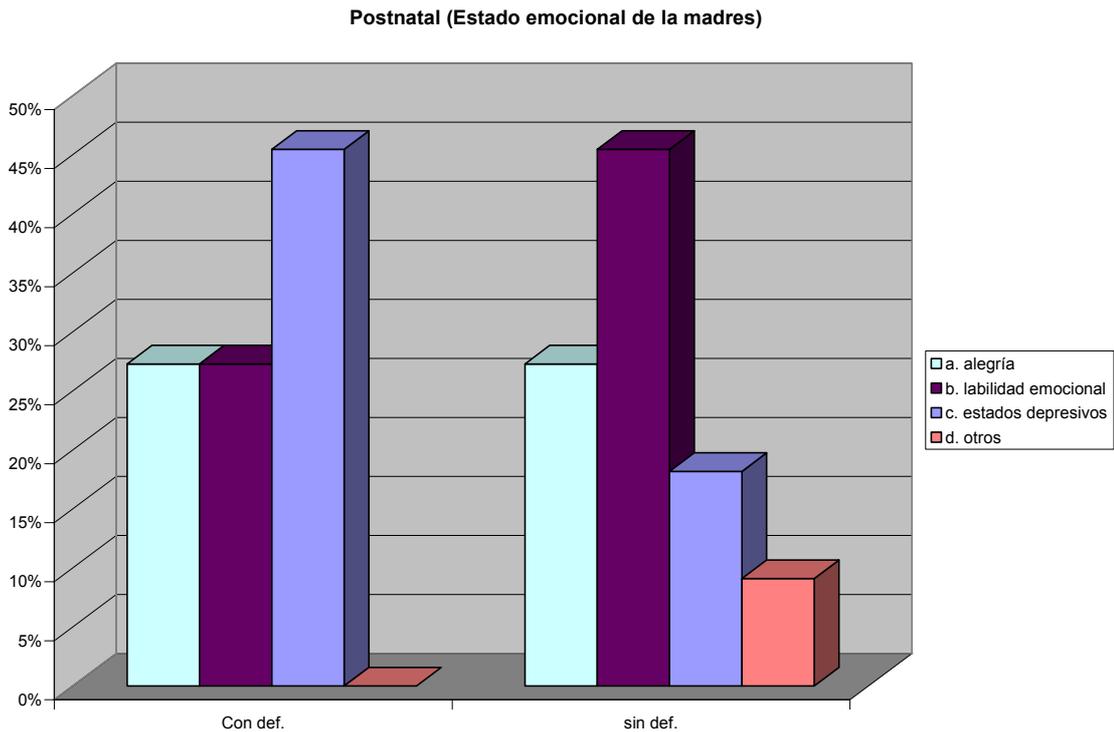


a. Poco	0	0%	0	0%	0%	0%
b. Adecuado	0	0%	0	0%	0%	0%
c. Bastante	11	100%	11	100%	22	100%
	11	100%	11	100%	22	100%

Fuente: Directa

GRAFICO 8

Porcentajes del Estudio del Desarrollo *Postnatal* (Estado Emocional) de las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

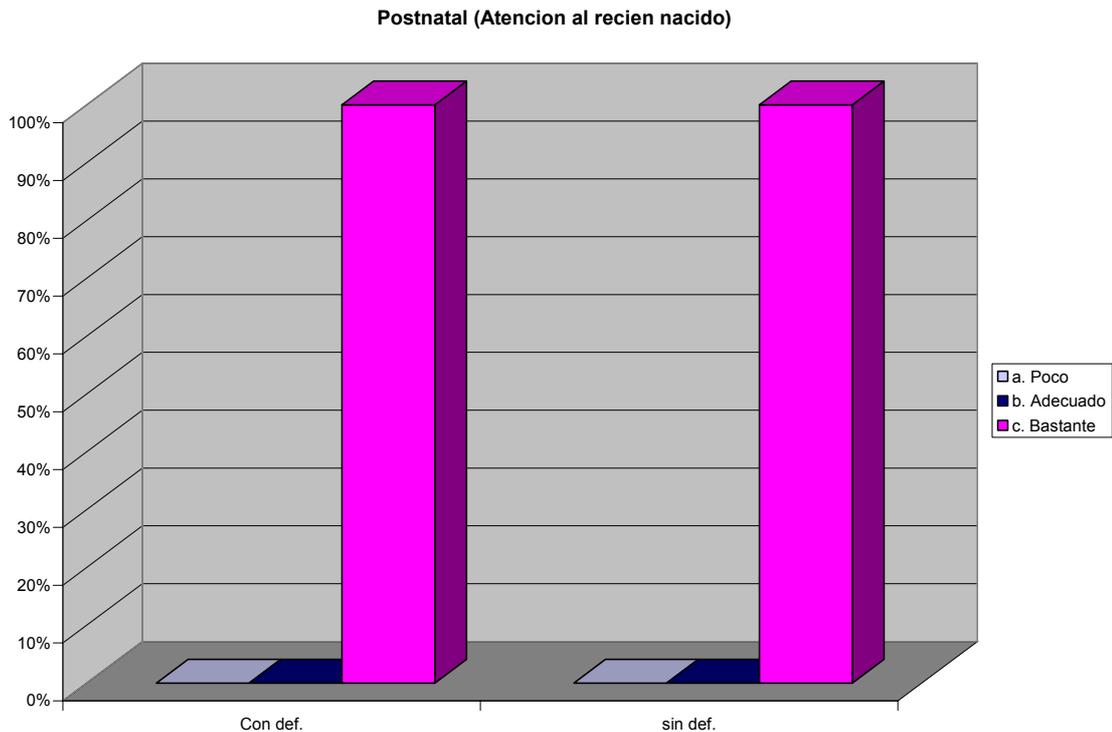


Fuente: Directa



GRAFICO 9

Porcentajes del Estudio del Desarrollo *Postnatal* (Atención al R.N) de las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005



Fuente: Directa

Análisis de los Resultados del desarrollo Posnatal

- En el período postnatal, en los dos grupos de estudio el 27% de las madres sintieron alegría; el 45% en el caso de madres de niños sin deficiencias y de 27% en el otro caso presentaron períodos de alegría, tristeza, preocupación, extrañeza, (labilidad emocional). En el caso de las madres de niños sin deficiencias un 18% dicen haberse sentido deprimidas, mientras tanto en el otro grupo de estudio el 45% de las madres se sintieron en estados depresivos. Un dato interesante el que el 100% de las madres en ambos casos cuidan todo el tiempo de sus hijos.

Es interesante analizar que en los dos grupos de estudio se dan cambios en el estado de ánimo tendientes a la labilidad emocional y a la depresión, es evidente que en el caso de madres



de niños con deficiencias el porcentaje (45% de madres) es mayor hacia la depresión por la situación en la que viven que es diferente y mayor grado de complejidad que en el otro caso.

e. ESTUDIO DEL NIÑO Y SU ENTORNO

TABLA 6

Porcentajes del *Estudio del Niño y su entorno* del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

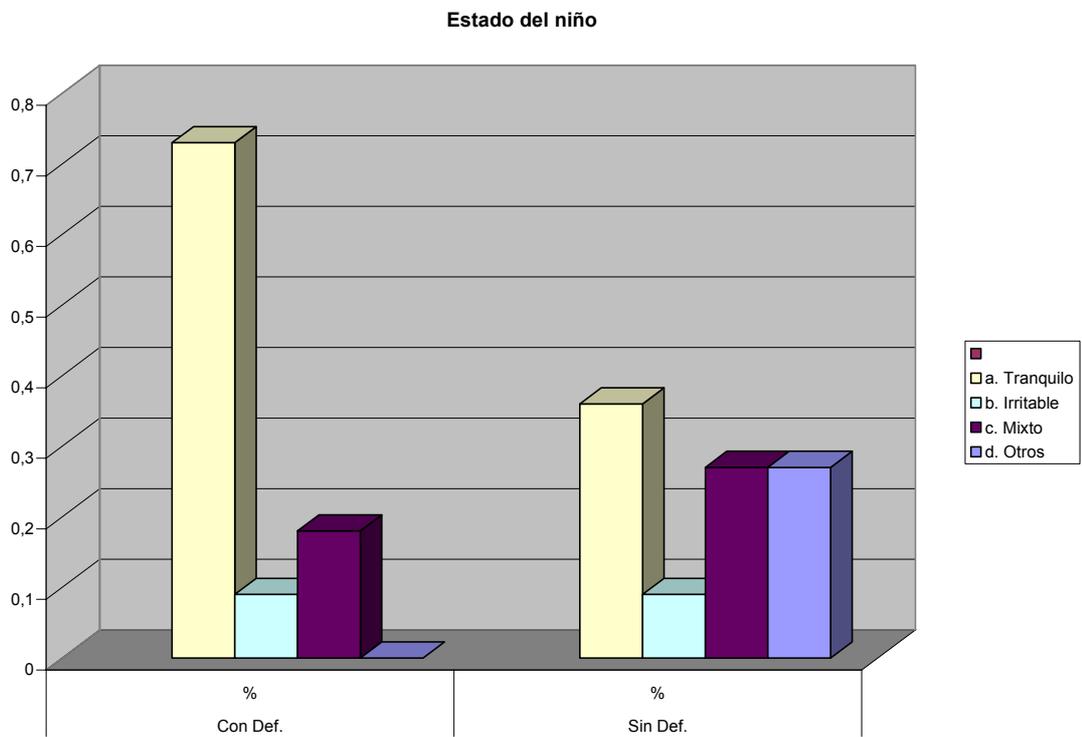
VARIABLES	CON DEFICIENCIA		SIN DEFICIENCIA		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Estudio del niño y entorno.						
Estado del niño a nivel emoc.						
a. Tranquilo	8	73%	4	36%	12	55%
b. Irritable	1	9%	1	9%	2	9%
c. Mixto	2	18%	3	27%	5	23%
d. Otros	0	0%	3	27%	3	14%
	11	100%	11	100%	22	100%
Con quien se relaciona más:						
a. Papá	2	18%	1	9%	3	14%
b. Mamá	7	64%	10	91%	17	77%
c. Otros	2	18%	0	0%	2	9%
	11	100%	11	100%	22	100%
Interrelación madre - hijo						
a. Si	2	18%	8	73%	10	45%
b. No	9	82%	3	27%	12	55%
	11	100%	11	100%	22	100%

Fuente: Directa



GRAFICO 10

Porcentajes del *Estudio del Niño y su entorno* del CDT ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén dela ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

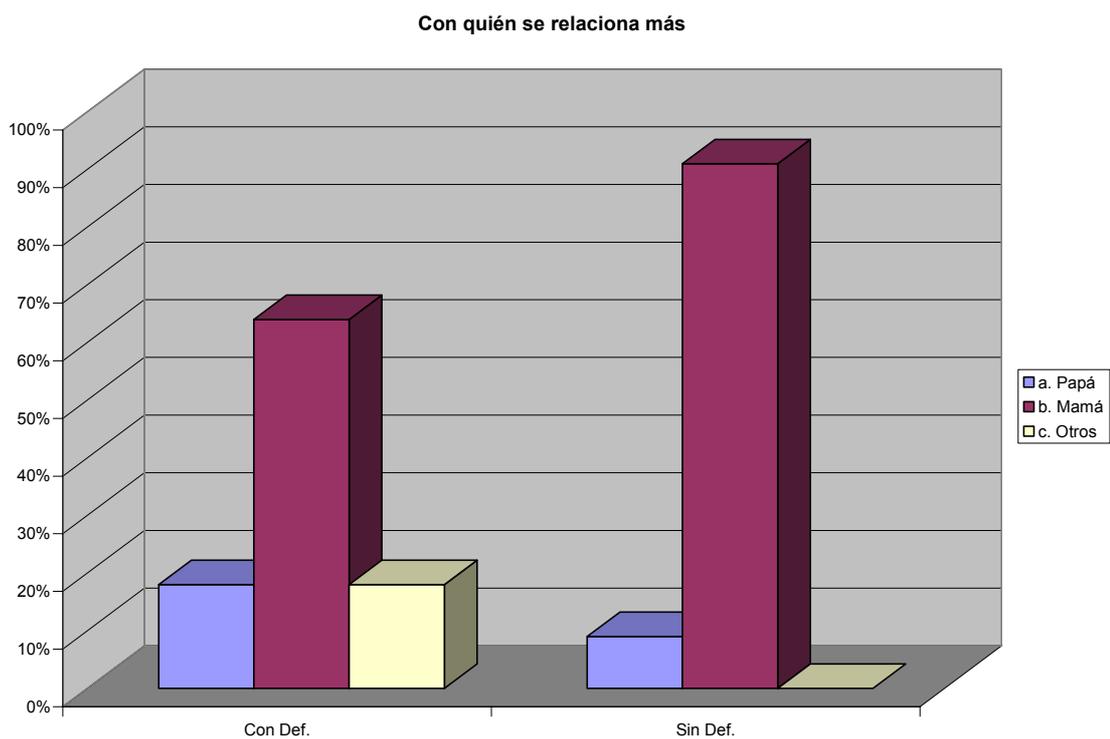


Fuente: Directa



GRAFICO 11

Porcentajes del *Estudio del Niño y su entorno* (Con quien se relaciona más) del CDT ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén dela ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

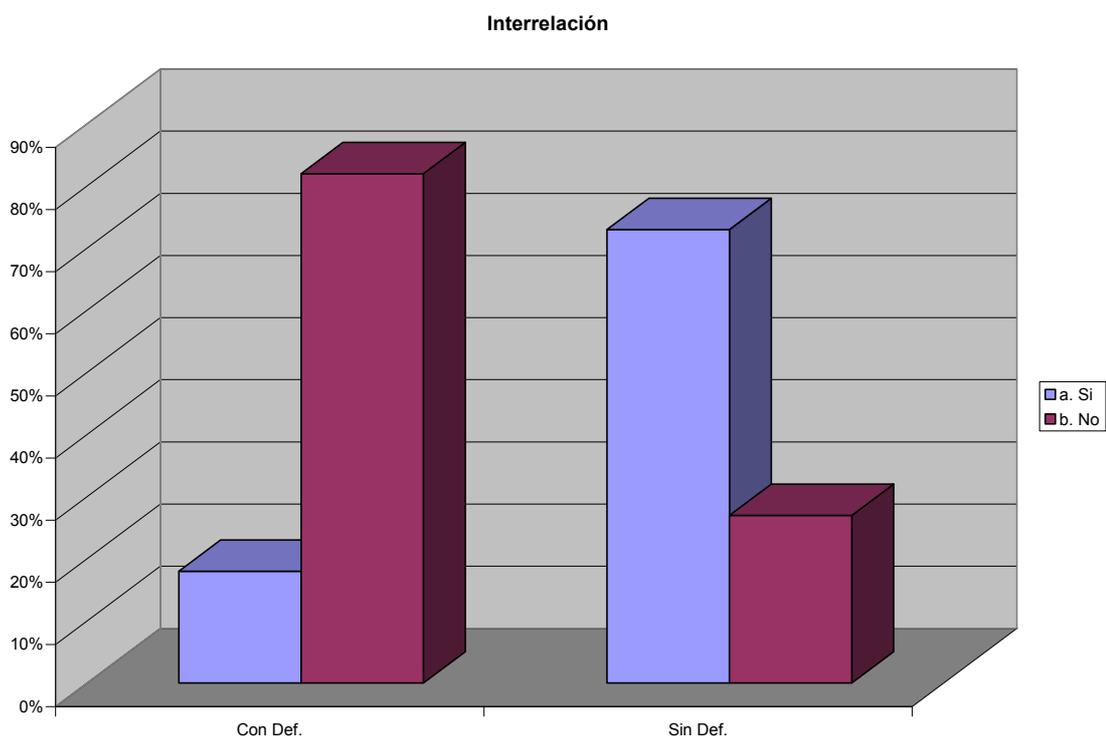


Fuente: Directa



GRAFICO 12

Porcentajes del *Estudio del Niño y su entorno* (Interrelación) del CDT ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén dela ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005



Fuente: Directa

Análisis de los Datos del Estudio del niño y su Entorno

El 73% de niños con deficiencias son tranquilos en comparación del 36% en el otro caso; esto lo demuestran mediante su sonrisa o lo que pasan la mayor parte de tiempo acostados, o tienen poca actividad. Coincide un 9% que son irritables; se observa por los llantos o gritos o la negativa a querer aceptar nuevas cosas. El 27% son mixtos en el caso de los niños sin deficiencias, mientras que en el otro caso son el 18%, donde presentan las dos actitudes de sonrisa y de rabietas. El 18% de niños sin deficiencias presentan otras actitudes como ser inquietos, juguetones, muy activos, etc.



A nivel relacional según los datos los niños tienen mejor relación con la madre, aunque en el caso de los niños sin deficiencias y/o discapacidad el 90% tienen una relación más directa con su madre que en el otro caso con un 63%, ya que se observa que en caso de los niños con deficiencias hay la presencia de otros como los abuelos o el padre.

En cuanto a la interrelación, el 72% de madres con niños sin deficiencias presentan una mejor comunicación tanto en el juego como en el trato diario, a comparación del otro grupo que presenta un 18%, dato revelador, ya que en el niño con deficiencias no hay respuestas ante las intervenciones de la madre lo que interviene en el proceso interrelacional.

f. SITUACION ACTUAL

TABLA 7

Porcentajes del Estudio de la *Situación Actual* de los niños y su madre del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén dela ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

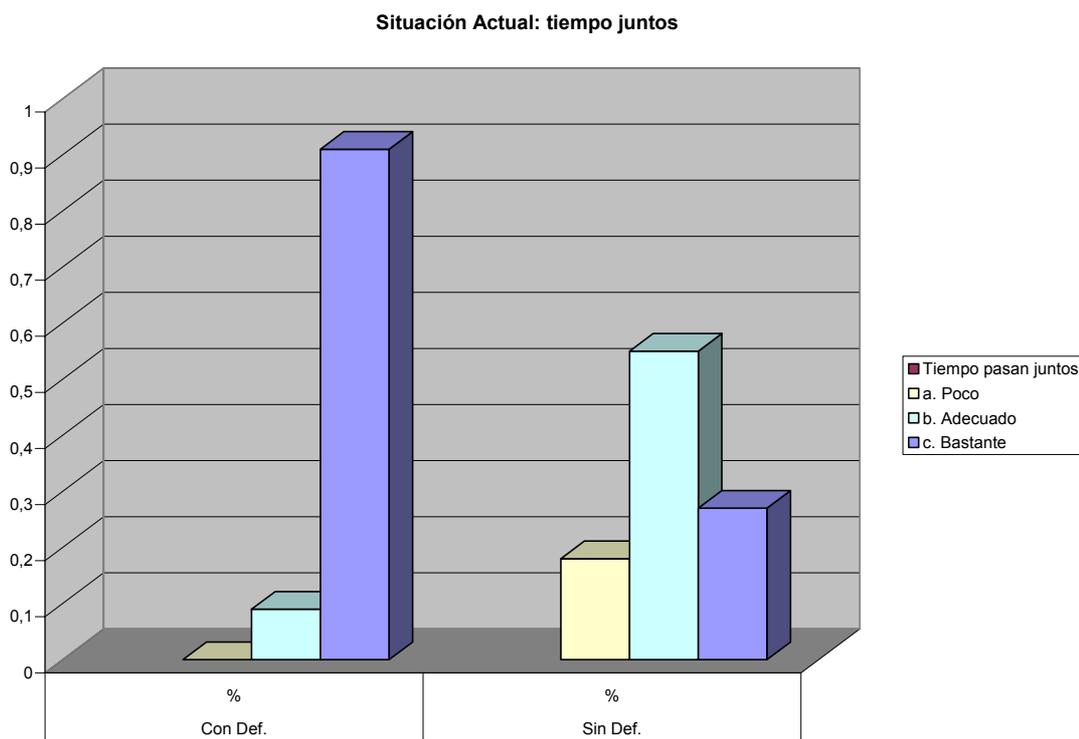
VARIABLES	CON DEFICIENCIA		SIN DEFICIENCIA		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Situación Actual						
Tiempo que pasa con su madre						
a. Poco	0	0%	2	18%	2	9%
b. Adecuado	1	9%	6	55%	7	32%
c. Bastante	10	91%	3	27%	13	59%
	11	100%	11	100%	22	100%
Tipo de Relación establecida:						
a. Dependencia	8	73%	3	27%	11	50%
b. Neutral	2	18%	8	73%	10	45%
c. Aislada	1	9%	0	0%	1	5%
	11	100%	11	100%	22	100%

Fuente: Directa



GRAFICO 13

Porcentajes del Estudio de *la Situación Actual* (tiempo que pasan juntos) de los niños y su madre del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

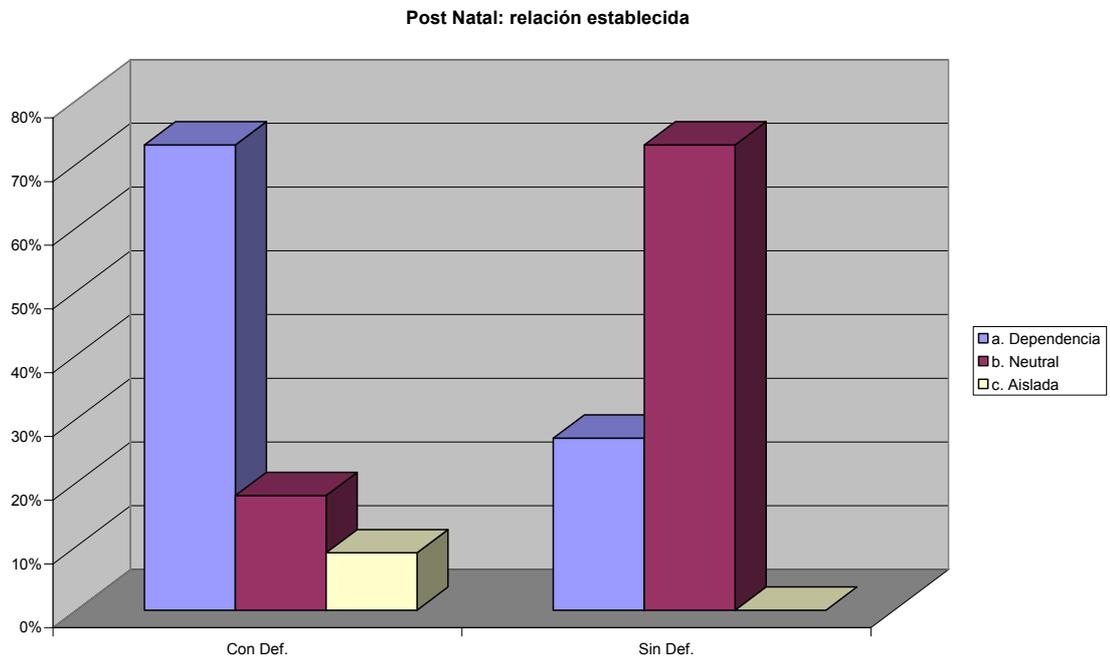


Fuente: Directa



GRAFICO 14

Porcentajes de la *Situación actual* (relación establecida) del CDT ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005



Fuente: Directa

Análisis de los Datos de la Situación Actual



El tiempo que dedica la madre a sus hijos difiere en ambos casos, ya que el 90% de las madres de niños con deficiencias pasan la mayor parte de su tiempo con ellos, por necesidades como asistir a las terapias, y el cuidado diario que ellos necesitan. Mientras tanto en el otro caso solamente el 28% de las madres pasa junto a su hijo todo el tiempo por motivos que no trabajan.

Según los datos el 72% de las madres con niños con deficiencias consideran que tienen una relación dependiente con su hijo, sin embargo piensan también que deben tener mayor atención por parte de ellas, caso contrario con las madres de los niños sin deficiencias, que dicen el 72% tener una relación neutral con sus hijos.

Se observa que la madre de los niños con deficiencias y / o discapacidades pasan mayor tiempo con sus hijos donde ellas consideran crear un fuerte vínculo, sin embargo en la interrelación se percibe en ciertos casos falta de comunicación, tensión, ansiedad, miedo, angustia y culpa, lo que no permite una relación más relajada y libre.

5.1.3 TEST DE APERCEPCION TEMATICA: TAT

TABLA 8

Porcentajes del Test de Apercepción Temática T.A.T aplicados a las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

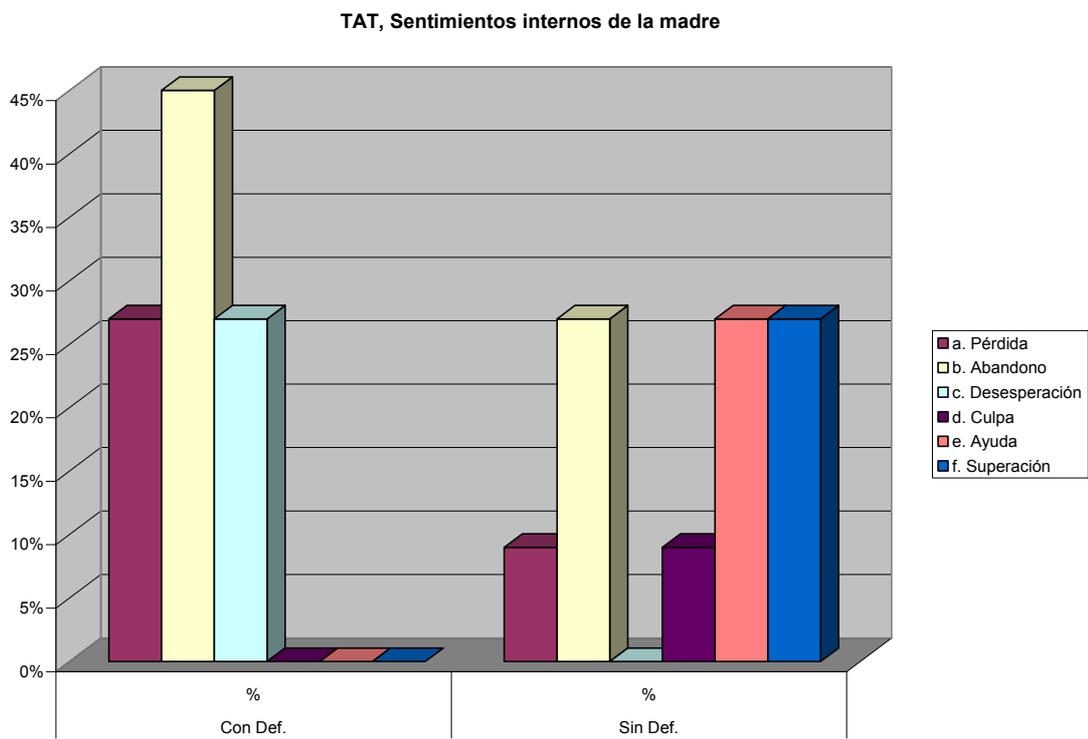
VARIABLES	CON DEFICIENCIA		SIN DEFICIENCIA		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Estudio del niño y entorno.						
Sent. internos de la madre						
a. Pérdida	3	27%	1	9%	4	18%
b. Abandono	5	45%	3	27%	8	36%
c. Desesperación	3	27%	0	0%	3	14%
d. Culpa	0	0%	1	9%	1	5%
e. Ayuda	0	0%	3	27%	3	14%
f. Superación	0	0%	3	27%	3	14%
	11	100%	11	100%	22	100%
Sent. A la maternidad						
a. Negación	6	55%	2	18%	8	36%
b. Deseo	3	27%	6	55%	9	41%
c. Pasividad	2	18%	2	18%	4	18%
d Miedo	0	0%	1	9%	1	5%
	11	100%	11	100%	22	100%
Sent. Al futuro						
a. Frustrado	7	64%	1	9%	8	36%



b. No Frustrado	4	36%	10	91%	14	64%
	11	100%	11	100%	22	100%

GRAFICO 15

Porcentajes del *Test de Apercepción Temática T.A.T* (Sentimientos Internos de la madre) aplicados a las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén dela ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

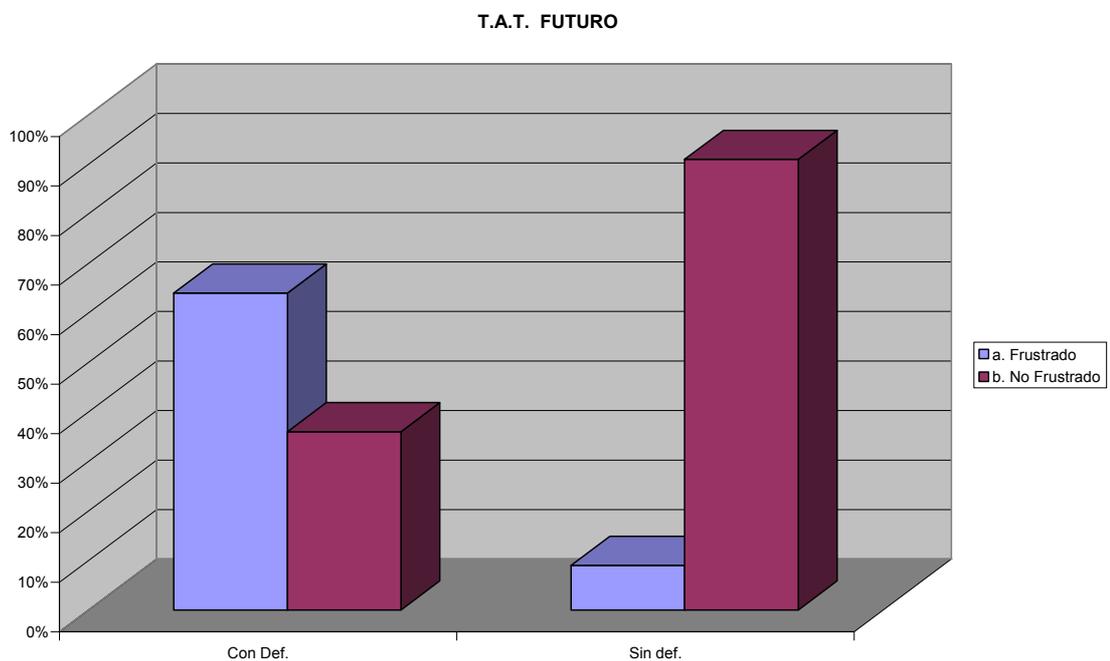


Fuente: Directa



GRAFICO 16

Porcentajes del *Test de Apercepción Temática T.A.T* (Sentimientos al futuro) aplicados a las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005



Fuente: Directa

Análisis de datos del Test de Apercepción Temática TAT

Mediante esta prueba y la visualización de las respuestas podemos discurrir lo siguiente:



- Que el 63% de los casos de madres de los niños con deficiencias y/o discapacidad piensan tener un futuro frustrado, con una mala actitud hacia el deber y muchos sentimientos de abandono, mientras que en el otro caso solamente el 10% se siente con un futuro frustrado hay una mejor actitud hacia el deber y hay sentimientos de superación también de ayuda, aunque también sienten abandono o culpa. Lo importante es tomar en cuenta las diferencias de sentir sin olvidar que todos somos seres humanos y tenemos diferentes formas de vivir y sentir así es que de igual manera las madres de niños sin deficiencias también presentan algún tipo de preocupación.
- Un dato interesante es la actitud ante la maternidad, que en los casos de madres del niño deficiente presentan una tendencia a la negación de la maternidad, y muestran también pasividad y miedo, mientras en el otro caso hay una actitud más positiva y de deseo, aunque también de miedo.
- El punto clave de esta prueba fue el darnos cuenta del estado emocional de la madre con respecto a ella misma, a sus miedos internos en relación a su hijo(a), lo que nos hace caer en cuenta que hay mayores tendencias depresivas y una visión negativa del futuro en el caso de madres de niños con deficiencias, lo que es un dato importante incluso como diagnóstico para futuras intervenciones terapéuticas, con la finalidad de potenciar el desarrollo del niño.

5.1.4. TABLAS Y GRAFICOS DE LOS DATOS DE OBSERVACION DIRECTA

TABLA 9

Porcentajes de la *Observación Directa* aplicados a las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén dela ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

VARIABLES	CON DEFICIENCIA		SIN DEFICIENCIA		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Observación Directa						
La Madre en relación del niño:						
a. Lo deja en libertad	0	0%	3	27%	3	14%
b. Lo deja pero está pendiente	5	45%	7	64%	12	55%
c. No le permite estar solo	6	55%	1	9%	7	32%
	11	100%	11	100%	22	100%
Interrelación:						
a. Más el niño con su madre	3	27%	2	18%	5	23%
b. Más la madre con el niño	3	27%	1	9%	4	18%
c. los dos	2	18%	8	73%	10	45%

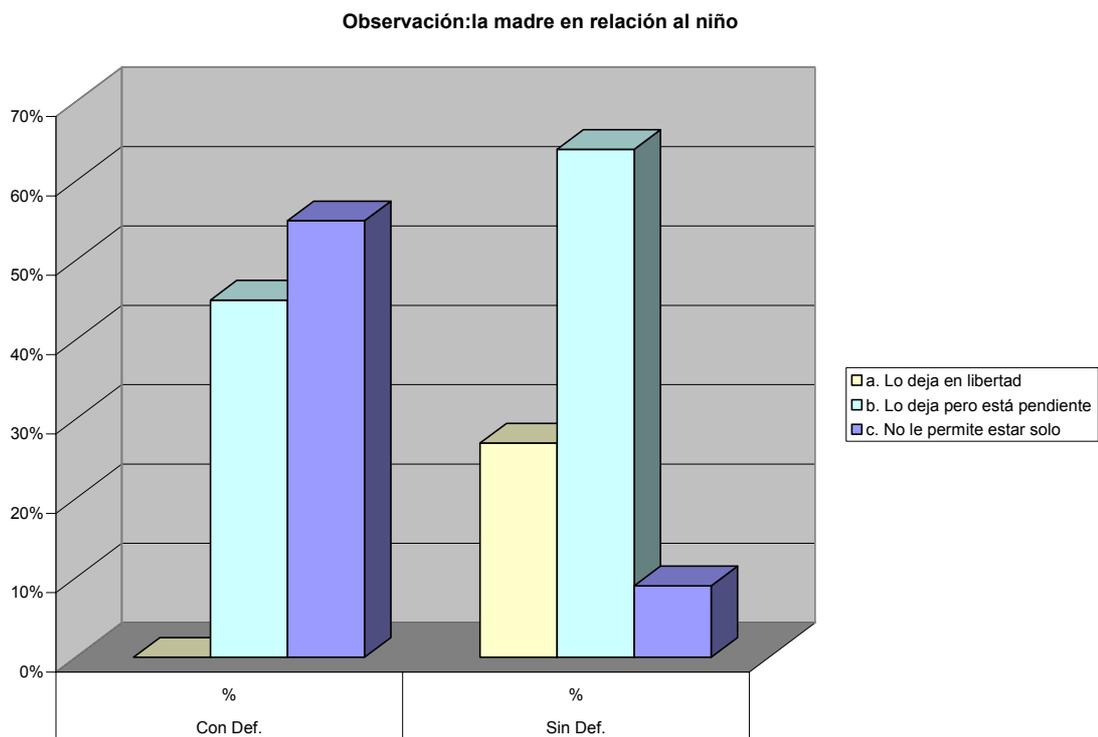


d. Ninguno	3	27%	0	0%	8	36%
	11	100%	11	100%	22	100%

Fuente: Directa

GRAFICO 17

Porcentajes de la *Observación Directa* (la madre en relación al niño) las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén dela ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005

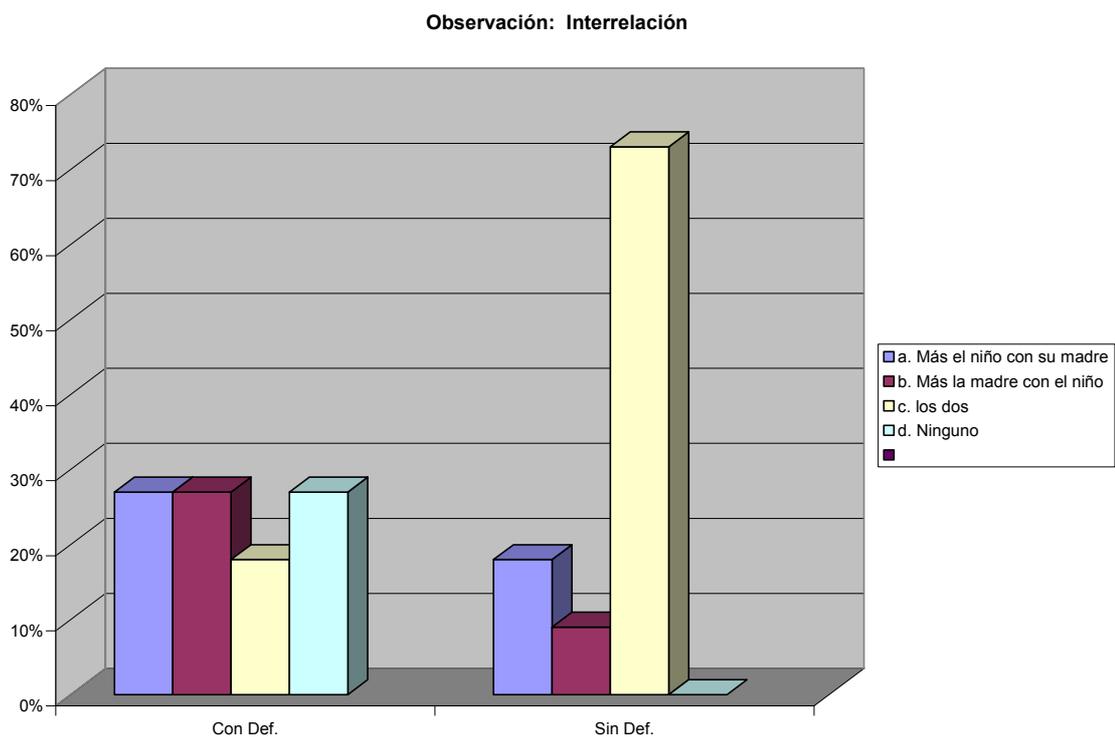


Fuente: Directa



GRAFICO 18

Porcentajes de la *Observación Directa* (Interrelación) aplicados a las madres del C.D.T ANICK MAQUERON y Centro Educativo San Juan de Jerusalén de la ciudad de Cuenca durante los meses febrero – julio del 2005



Fuente: Directa

Análisis de los Datos de Observación Directa

Este método nos dio una información relevante en lo que respecta a lo relacional:



- A nivel corporal hay un apego mucho más fuerte entre madre – hijo con deficiencias y/o discapacidad.
- La madre del niño con deficiencias lo carga todo el rato y no busca otra opción de portarlo, en ciertos casos ella da la libertad y permite que el niño descubra por sí sólo, pero esto se da más en los casos de niños sin deficiencias, que su madre no lo sobre protege sino lo suelta.
- En cuanto a la interrelación el 72% de los casos de niños sin deficiencias comparte hijo y madre, ya que ella encuentra una respuesta en su hijo, mientras que en el otro caso, el 18 % interactúan los dos, un 54% tratan de buscarse mutuamente un miembro más que otro, y un 36% no se interrelacionan ninguno de los dos, caso puede ser el resultado de la falta de respuesta de su hijo y la ausencia de conocimiento o cansancio, preocupación que no le permite estar con el niño.



5.2 CONCLUSIONES

Ante el estudio realizado y su respectivo análisis se puede concluir que la relación de afectividad que existe entre madre – hijo con deficiencias y / o discapacidad muestra algunas varianzas en relación con el grupo control.

La mujer y futura madre se prepara mucho antes desde el anuncio de maternidad, con diferentes ideas, sentimientos con respecto a un futuro sujeto- bebé, donde éste primer momento se transforma en deseo y por lo tanto es materializado con un cuerpo imaginario.

En el presente estudio podemos observar que desde momentos previos al nacimiento existe una mayor aceptación y deseo de la maternidad por el grupo control, situación que influye definitivamente en las ideas preconcebidas y los sentimientos posteriores de la madre.

El shock que produce el descubrir al niño imaginado con el hijo real en el momento del nacimiento del bebe, se observa más en las madres de niños con deficiencias y / o discapacidad ya que el 55% de ellas sintieron tristeza y el 9% sintieron alegría. Mientras tanto en las del grupo control los resultados son diferentes donde el 36% sintieron alegría siendo el 32% que tuvo los dos sentimientos tanto de alegría como tristeza.

Esto implica que la aceptación del nuevo bebé va a tener un complejo y diferente proceso cuando se trata de un niño discapacitado, siendo diferente en el grupo control, sin embargo tanto en los dos casos un cierto porcentaje tuvieron estos dos sentimientos tanto de alegría como de tristeza dándose como una situación “normal” de sentimientos de la nueva madre en los dos grupos de estudio.

Es interesante observar que en el período post natal hay una equivalencia de resultados en lo que respecta al Estado emocional de la madre, ya que en los dos grupos el 27% tuvo alegría, en tanto que es más elevado la variable de Labilidad emocional con un 36% en el caso de madres de niños sin deficiencias y / o discapacidad, mientras que las madres de niños con deficiencias y /o discapacidad tienen un 46% en la variable de estados depresivos.

Por lo que esto nos lleva a pensar que sin depender de la situación contextual, la madre en un primer momento presenta sentimientos contradictorios entre alegría y tristeza, habiendo una tendencia hacia la labilidad emocional, situación que se agudiza cuando se trata de las



madres con niños deficientes /o discapacitados donde la depresión es un elemento con el cual ellas tienen que luchar para continuar con su función.

Según el proceso normal de aceptación del niño es más difícil para la madre de niños deficientes lograr este sentimiento, lo que implica en ellas mayor esfuerzo emocional y mental por parte de ellas hasta llegar a la fase donde ésta pueda tomar la decisión de “hacerse cargo” de esta diferente situación.

El 63% de las madres de niños deficientes y/o discapacitados tienen la percepción de un futuro frustrado, por lo que estos sentimientos, más el grado de discapacidad de su hijo, la aceptación de ésta, las relaciones intrafamiliares; hace que se desarrolle en la mayoría de los casos un tipo de relación dependiente pero con un estilo de apego ansioso – ambivalente, evasivo – evitador y en ocasiones desorganizado. El grado de intensidad de éste apego es profundo lo que hace que ambos miembros continúen en la simbiosis de la relación, sin que haya un corte una unificación y por lo tanto una humanización. Siendo este un factor de riesgo para esta población ya que sus futuras relaciones se verán afectadas por este patrón de apego desarrollado en su infancia.

En el otro caso tomando en cuenta los factores psicológicos de la madre y el estado físico y mental del niño existe menos dependencia, ya que el 73% de ellos tienen una relación más neutral entre madre e hijo, donde el factor que mueve la relación es la libertad, para brindar bases seguras y un grado de intensidad que permita al niño desarrollarse dentro de sus condiciones normales. De igual manera no hay que olvidar que estas madres tienen que manejar sus sentimientos internos y su pre-historia para poder crear una nueva en sus hijos y manejar sus fantasmas internos.

Esto implica que no se puede hablar de un tipo de relación ideal, aun así no se presenten contextos diferentes, ya que cada grupo familiar viene cargado de su material interno.

Es importante tomar en cuenta las varianzas de las relaciones existentes, no para estereotipar o encasillar, ya que cada persona tiene su individualidad y cada relación tiene su propio contexto y realidad. Más bien nos sirve como un acercamiento hacia un escenario donde el niño es el actor principal, y nuestro que hacer es el de acompañar.

5.3 RECOMENDACIONES:

De acuerdo a los resultados podemos recomendar:

1. Acompañamiento psicoterapéutico madre –hijo en niños con discapacidad:
 - Acompañar al proceso de aceptación a la discapacidad.
 - Brindar estrategias relacionales madre – hijo.
2. Acompañamiento individual a la madre:



- Expresión libre de sentimientos internos y guías de acompañamiento
3. Talleres grupales de madres de niños con deficiencias.
- Medio por el cual se da un grupo de apoyo y referencia.

BIBLIOGRAFIA



LIBROS y ENCICLOPEDIAS

- AJUERIAGUERRA J, “Manual de Psiquiatría Infantil”, cuarta edición, masson, Barcelona –México, 1983.
- BEHRMAN R, VAUGHAN V, “Tratado de Pediatría”, novena edición, Interamericana, Madrid 1985.
- BERNAL María Elena, ARANGO Teresa, “Enciclopedia, aprendiendo y creciendo Juntos”, ediciones gamma, Colombia 1995.
- CARBOLES José Antonio, PALOMO Tomás, ABARCA Amelio, BECERRA Antonio: “Gran Diccionario de Psicología”, ediciones del Prado, 1996.
- **CIF** “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud”, Traducción por el dep. de filología, Universidad de Cantabria, Santander – España. Ma. Del Consuelo Crespo, Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Discapacidades Quito – Ecuador.
- CHEDEVILLE R, CORIOU-VILALONGA R, “Kinésithérapie Orthopédique pédiatrique”, masson, París – Milán- Barcelona 1992.
- GARNER Howard, “Teoría de las inteligencias múltiples, la estructura de la mente”, editorial Fondo de Cultura Económica de Bogotá, 1999.
- GUIDETTI Michele, TOURRETTE Catherine, “ Handicapas et développement psychologique de l enfant”, editorials armand Colin, París 1999.
- MONETA María Eugenia, “El Apego, aspectos Clínicos y Psicobiológicos de la Díada Madre – Hijo”. Cuatro vientos editorial, Chile,2003.
- MASCARÓ y PORCAR José Médico, “Diccionario terminológico de ciencias médicas”, undécima edición. Salvat Mexicana de Ediciones, S.A de C. V. 1978.
- MAZEAU Michele, “Conduit du Bilan neuropsychologique chez l enfant”, primera edición, masson, París 2003.
- MOUNOUD Claude, ROY Joel, “ Des Parents d enfants Handicapés en Quete d une pratique associative”, publicaciones de C.T.N.E.R.H.I , París Junio 1983.
- NARBONA Juan, CHEVRIE Muller, “ El desarrollo del lenguaje”, editorial masson SA, París 2001.



- LANDRIEU P, TARDIEU M, “Neurologie Pédiatrique” segunda edición, masson, París 2001.
- LAWRENCE A, Pervin, “ La Ciencia de la Personalidad”, traducciones españolas, 1998.
- LEDOUX P, LARROQUE A, “ Kinésithérapie de l enfant paraysé”, segunda edición masson, París – Milán – Barcelona 1995.
- LEVIN Esteban, “Discapacidad Clínica y educación, Los niños del otro espejo”, ediciones nueva visión, Buenos Aires, 2003.
- LEDOUX Michel, “Introducción a la obra de Francoise Dolto” Amorrortu editores, Buenos Aires, 1992.
- SALADIN Monique, CASANOVA Alain, VIDALI Humberto, “Les regard des Autres”, ediciones Fleurus, París 1990.

ARTICULOS

- AGUINAGA Hernán, “Qué misma es la cosa llamada familia”, artículo de revista Nueva Sociedad, marzo-abril 2002, pag. 58.
- DE BARBOT Françoise, “Developpement psycoafective d l enfant, journal des psychologues – octubre 2000, N. 181, pag 23.

TEST

- GESELL A, “Inventario de Desarrollo de A. Gesell”, ediciones de C.P.A, 1955, París.
- MURRAY Henry, “Test de Apercepción temática (TAT)”, editorial Paidós, Buenos Aires.
- WESCHSLER David, “Escala de Inteligencia para niveles de 4 – 16 años, editorial El manual Moderno, S.A de C.V, versión en español, 1981, México DF.

INTERNET

- <http://www.apsique.com> GAYÓ Rosa, “ El apego” archivo del portal de recursos para estudiantes, 06/abril/2005.
- <http://www.apsique.com> “El apego”, 14/03/2005.
- <http://www.apsique.com> RUSSOMANDO Marisa, “ El Vínculo entre la mamá y el bebé con necesidades especiales. 31/enero/2005.
- <http://www.apsique.com> AMORN David “El psicoanálisis como método de investigación del afecto. 14/12/2004.



- [http:// www.apsique.com](http://www.apsique.com) ARANO Diana, “El Deseo”, 06/abril/2005.
- [http:// www.conadis.gov.ec](http://www.conadis.gov.ec) CONADIS, Distribución de las personas con discapacidad por tipo de deficiencia. 03/12/2002.
- <http://www.google.com>, ARANQUENA Pedro, “Bloqueos en el Desarrollo de la Afectividad en el Inicio de la vida: repercusiones”.
- <http://www.google.com> FELD Victor, “Historia de la Neuropsicología infantil”, noviembre/2004.
- <http://www.google.com> CHELGER Irene Lic. “ Biografía de Donald Woods Winnicot”, 10/mayo/2005.
- <http://www.google.com> VELASCO Sara, “La madre del Psicoanálisis”, 20/11/2004.
- <http://www.psicologia.htm> FUNDACION CIRENA, “ Programa para prevención del Maltrato Infantil”, 27/09/2004.
- <http://www.hotmail.com> Le Developpement Psychomoteur de l enfant, file documets. 4/29/2004.
- [http:// www.Yahoo.com](http://www.Yahoo.com) PINAGUA Maite, SERRANO Xavier, “Aportaciones Teóricas a la Fase Oral, proceso de nacimiento del Feto extrauterino y Maternage, Valencia 2004.
- [http:// www.Yahoo.com](http://www.Yahoo.com) PEREZ Luis dr, “ Causas de discapacidad en la población infantil”, proyecto esperanza para los niños discapacitados.



ANEXOS



ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA PSICOLOGICA

1. DATOS DE FILIACION:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL NIÑO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

CONFORMACION FAMILIAR:

MADRE:

OCUPACION:

EDAD:

PADRE:

OCUPACION:

EDAD:

N. DE HERMANOS:

1. ANTECEDENTES:

2. DIAGNOSTICO

3. MOTIVO DE CONSULTA:

4. PSICOBIOGRAFIA:

Desarrollo Prenatal:

Embarazo:

Hijo:

El desarrollo del embarazo se presentó con:

Desarrollo Peri- natal:

Tipo de parto:

Hubo contacto con su hijo a

Estuvo dispuesta a la lactancia,

Tiempo

Desarrollo Post-natal:

Después de nacido su hijo, cómo se sintió.

Tiempo de cuidado los tres primeros meses de vida del bebe.

Evolución del niño:

Emocional:

El niño es

Reacciones más comunes

Relacional – Comportamental:



Con quien se relaciona más,

Que tipo de interacciones existen

Como se relaciona con otras personas

Como reacciona sin la presencia de la madre.

Estado Actual a nivel Relacional Madre - Hijo:

Tipo de relación que ha establecido.

5. Conclusiones:

6. Recomendaciones:



ANEXO 2

FICHA DE OBSERVACION RELACION MADRE – HIJO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Madre:

Edad:

Ocupación:

Fecha de Observación:

2. FICHA DE OBSERVACION

HORA	DATOS OBSERVADOS	INTERVENCIONES

3. CONCLUSIONES:



ANEXO 5

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE FILIACION:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL NIÑO: N.N

FECHA DE NACIMIENTO: 14 – Enero - 2003

EDAD: 2 años 4 meses

CONFORMACION FAMILIAR:

MADRE: N.N

OCUPACION: Quehaceres del Hogar

EDAD: 20 años

PADRE: N.N

OCUPACION: EE. UU

EDAD: 21 años

N. DE HERMANOS: Un hermano de tres años cuatro meses (David Sebastián)

2. **ANTECEDENTES:** Niño fruto de segunda gestación con diagnóstico intrauterino de hidranencefalia, a los 9 días de nacido ingresa al CDT, para ser evaluado. Poco tiempo después el padre abandona el país y viaja a los EE. UU dejando a su esposa y dos hijos, el niño se integra al servicio de Reeducción Funcional para recibir apoyo terapéutico.

3. **DIAGNOSTICO:** Encefalopatía Malformativa hidranencefalia, patología definitiva.

4. MOTIVO DE CONSULTA:

Evaluación de la relación madre – hijo.

5. PSICOBIOGRAFIA:

Desarrollo Prenatal:

Embarazo: No planificado

Hijo: No deseado

El desarrollo del embarazo se presentó con ansiedad porque conocía de la dificultad de su hijo.

Desarrollo Peri- natal:

Tipo de parto: cesárea

Hubo contacto con su hijo a las setenta y dos horas de nacido.

Se sintió rara, lloraba, no sabía que hacer si cogerle al uno o al otro hijo.

Estuvo dispuesta a la lactancia, pero no lacto enseguida porque el bebé estaba en neonatología, por lo que se alimentó solo con biberón.

Desarrollo Post-natal:

Después de nacido su hijo, sintió mucha tristeza.

Dedicó todo su tiempo los tres primeros meses de vida del bebe.

Evolución del niño:



Emocional:

El niño es tranquilo, la mayoría de tiempo no reacciona a los estímulos, pasa acostado.

Relacional – Comportamental:

Depende de la mamá, interaccionan poco, no hay un juego específico que le guste. Cuando ve a extraños no hace nada, se queja un poco cuando la madre se aleja, pero no llora. Tiene buena relación con su hermano y en terapias, con su padre no hay relación.

Estado Actual a nivel Relacional Madre - Hijo:

Pasa la mayor parte del tiempo con su hijo, duerme con él, es un tipo de relación que ella llama dependiente. La madre ve como necesidad de su hijo el de darle cariño y cuidado.

6. Conclusiones:

Situación emocional, familiar, económica, médica, desfavorecen al estilo de relación afectiva que se establecen entre los miembros. Existe un estilo de apego aparentemente dependiente, pero rodeado de situaciones que no permiten un normal desarrollo.

7. Recomendaciones: Acompañamiento Familiar, terapia madre – hijo



ANEXO 6

FICHA DE OBSERVACION RELACION MADRE – HIJO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos n.n

Fecha de Nacimiento: 14 – Enero - 2003

Edad: 2 años 4 meses

Madre: n.n

Edad: 20 años

Ocupación: Quehaceres del Hogar y estudia el colegio.

Fecha de Observación: 10/ mayo/2005.

2. FICHA DE OBSERVACION

HORA	DATOS OBSERVADOS	INTERVENCIONES
10 h 00	<ul style="list-style-type: none">- El niño entra en el aula en brazos de su madre.- Ella lo mantiene en sus brazos la mayor parte del tiempo.- El niño tiene pocas reacciones:- sonrío a la estimulación, pero su madre no lo hace sola.- La comunicación que establecen es corporal, sin embargo son muy pocas. No hay palabras.	<p>¿ Desea Ud. Que les acompañe?</p> <p>- Respuestas a inquietudes de la madre.</p>
Tiempo final: 10 h 30 Observación 30 minutos.		

3. CONCLUSIONES:

El grado de Deficiencia del niño es profundo, lo que no hace que sea posible una interacción continua, la madre siente confusión ante esto y no sabe como manejar esta situación, por lo que su que hacer es más el de dar atención a los cuidados diarios del niño, dejando al lado la comunicación y relación, pese a que ellos pasan la mayor parte del tiempo juntos.



ANEXO 7

TAT

NOMBRE DEL NIÑO: César Alberto Tello

FECHA DE EVALUACIÓN: 09 / 05 / 2005

TIEMPO REACCION	TIEMPO FINAL	# DE LAMINA	HISTORIA
10'	10'	Lámina 1	- Que tal vez le mandó que siga un curso y el parece que no quiere, (curso de qué) de violín, tal vez no le gusta. Pero va a seguir no con todo el empeño no es de su agrado.
8'	10'	Lámina 2	- ¡No sé que decir! Que están yendo a labrar la tierra, no sé que van a terminar muy cansados, que la chica llegará del colegio, que les ayudará a los papas.
5'	12'	Lámina 3 NM	Que la chica está sufriendo, porque talvez no tienen cómo mantener a los hijos, pero igual ella sigue, que va a continuar a pesar de los problemas ella va a seguir.
10'	14'	Lámina 7 NM	Que la hija y su madre están conversando, de las cosas que tendrían que pasarle a ella cuando ya crezca, la niña talvez con su inocencia no le hace caso a la mamá, y si no supo escuchar los consejos le va ir mal y si escucha talvez le valla bien, en la mayoría de casos no escuchan
7'	10'	Lámina 8 NM	Puede ser la niña que creció y está recordando lo que hizo o dijo su madre, parece que está sola, que ella va a tener su familia va a tratar de dar sus ejemplos que dijo su madre a sus hijos. Ella va a seguir su vida.
3'	8'	Lámina 12 M	Pienso que parece que este (él de atrás) es como que le trata de tentar en hacer cosas malas, como tomar por ejemplo, si ella logra tentarle el va a acabar con su



			vida, si lo logra, ella va a dedicarse al alcohol, si se dedica a eso.
2'	7'	Lámina 15	Tristeza, soledad, que alguien se ha muerto..... me hace sufrir, es soledad.
6'	12'	Lámina 17 MN Parece que están en guerra, hay un río bien fuerte, y un sol que quema, parecen soldados los de aquí (abajo), talvez por la plata por las cosas materiales están en guerra, va a pasar que va a quedar destruida esa ciudad y que sólo quedaron gente muerta.
3'	8'	Lámina 18 MN	Hay una agresión por los problemas que hay entre la familia, ellos se van a enojar no se hablarán, no se tomarán en cuenta, tratarán de herirse entre dos, hay desunión de la familia.
Tiempo Total:	107'	Làminas que impresionaron: -Làmina 7NM -Làmina 15	- Por la relación entre madre e hija. - Por la imagen.



ANEXO 8
ANÁLISIS DEL T.A.T

N. de lámina :	Personaje Principal:	INTERPRETACION
Lámina 1	Personaje Principal: Niño	Historia corta con poco contenido, en su primera parte expresa su sentimiento de realizar algo que no desea, que alguien le mando a realizar y ella no quiere. Reconoce al violín pero como un Instrumento que no le gusta, puede referirse a cuidar a su hijo, pero no con todo el empeño, ya que no es de su agrado. El mecanismo de defensa que utiliza es la proyección.
Lámina 2	Personaje Principal: La joven estudiante.	Historia con pocos elementos, Le causa una aparente confusión, que no sabe que decir, que no le incita a nada, comienza diciendo que está yendo a labrar la tierra y terminarán muy cansados, implica un cansancio ante la cotidianidad, luego en la segunda parte la responsabilidad de la joven chica por ayudar a sus padres en el trabajo, no hay aspiraciones futuras solamente el vivir así de una manera lineal donde no hay otras expectativas, hacer lo mismo que lo hacen sus padres y terminar cansada. El mecanismo de defensa que utiliza es la proyección.
Lámina 3 NM	Personaje principal: Mujer	Historia que saca a relucir problemas económicos y necesidades para el hogar, hecho que provoca sufrimiento sin embargo tiene que continuar viviendo y adelante por sus hijos aunque el sufrimiento no cese. Mecanismo utilizado: proyección.
Lámina 7 NM	Personaje principal: Niña	En un primer momento ella proyecta su rechazo hacia su madre no haciendo caso a lo que ella le sugiere, y como una consecuencia a tal acto le ha ido mal en la vida, se desarrolla como un sentimiento de



		culpa por no hacer caso a lo que la madre propone.
Lámina 8NM	Personaje principal: Mujer	Esta historia es una continuación de lo anterior, en donde muestra que arrastra este sentimiento de culpa hasta la adultez y trata de compensarlos con sus hijos, hablándoles lo que su madre le dijo y ella no hizo caso. Pero ella como no los siguió tiene que seguir así su vida, no le queda más que aceptar lo que le tocó por no hacer caso a su madre. Mecanismo proyección y sublimación (tratar de ser buena madre, dando buenos consejos).
Lámina 12 M	Personaje Principal: Mujer fea en primer momento, mujer bonita después	En un primer momento ella como una persona que en su interior quiere hacer cosas malas, hacer todo aquello que pueda para acabar con su vida, y luego ella misma que acepta el autodestruirse y dedicarse a dañarse por sí sola. Mecanismo de defensa: desplazamiento
Lámina 15	Personaje Principal: Personaje de la muerte.	Sufrimiento profundo, proyección de una situación real para ella, pero que le hace sentir soledad, la muerte de su hijo? La muerte de ella misma?... pero que es un sentir real y cierto.
Lámina 17NM	Personaje Principal: Soldados	En el comienzo hay dos elementos; sol que quema y un río fuerte, como que no es un buen momento todo está difícil, y que están en guerra, realmente un momento de crisis donde el final no es bueno, todos se destruyeron y no quedó nadie, el deseo a que todo desaparezca, que se acabe estos malos momentos aún así sea con la muerte de todos, el culpable es el dinero o lo material.
Lámina 18 NM	Personaje Principal: Pareja	Historia que muestra peleas, riñas, disgustos entre los miembros de la familia, lo que provoca crisis familiares y descomposición de la misma.



		Mecanismo utilizado: proyección.
--	--	----------------------------------

CONCLUSIÓN: En todas las historias se repite el sentimiento de disconformidad, la falta de anhelos y proyección para el futuro, unidos con el sentimiento de culpa ante los hechos acontecidos en su vida, problemas y crisis familiares que aparentan una guerra, donde el deseo es que se termine aún así sea con la muerte de todo. Los mecanismos de defensa más utilizados por ella es la proyección y la sublimación.