



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA U.N.A.M.

302925
13
24.

EFFECTOS PROVOCADOS POR LA AUSENCIA DE LA FIGURA MATERNA EN
NIÑOS ENTRE EL PRIMER Y EL TERCER AÑO DE VIDA : UN ESTUDIO DE CASOS
EN CASA CUNA COYOACAN

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA :

IVONNE MULGADO FRANCO

DIRECTOR DE TESIS :

MAESTRO EDWIN SANCHEZ AUSUCUA

México, D.F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

QUIERO AGRADECER :

Al maestro Edwin Sánchez por la asesoría y dirección para la elaboración de éste trabajo.

A la profesora Elba Gama por su ayuda y comentarios en relación a éste trabajo.

A mis maestros en general por brindarme sus conocimientos y apoyo durante la carrera.

A la Licenciada María Antonia González del Castillo, Directora de Casa Cuna Coyoacán, por la gran ayuda prestada para la elaboración de este trabajo.

A las Coordinadoras de las áreas de Psicopedagogía y Trabajo Social por la ayuda prestada para la realización de éste trabajo.

Al personal del área de Psicología de Casa Cuna Coyoacán por su apoyo.

DEDICO ESTE TRABAJO :

A mis padres por su ejemplo, ayuda y paciencia.

A mis tíos, Carlos y Godofredo por la gran ayuda prestada para la elaboración de éste trabajo.

A Carlitos por su ayuda.

A mi tía Coco por sus atenciones durante la realización del trabajo.

A Horacio por su ayuda, cariño y motivación.

A todos mis familiares.

Con especial cariño a los niños de la Casa Cuna.

INDICE

Introducción	
Justificación	
I. La Casa Cuna : antecedentes, organización y funciones.	1
1.1 Organización actual de la Casa Cuna	6
1.2 Funciones de los Psicólogos dentro de la Casa Cuna	7
II. Influencia de la función materna para el desarrollo infantil en los primeros años.	10
2.1 La primera relación madre e hijo y su importancia para el desarrollo estructural y afectivo : consideraciones psicoanalíticas.	10
2.1.1 Las etapas del desarrollo psicosexual.	18
2.1.2 El desarrollo del lenguaje.	23
2.1.3 El inicio de la marcha.	26
2.2 Consideraciones de la teoría del apego.	27
III. Estudios sobre los efectos provocados por la pérdida materna.	30
IV. Sugerencias para el manejo del niño carente de vida familiar.	38
V. Metodología	41
5.1 Tipo de investigación	41
5.2 Diseño	41
5.3 Planteamiento del problema	41
5.4 Objetivo general	41
5.5 Objetivos específicos	41
5.6 Población	42
5.7 Muestra	42
5.8 Procedimiento	43

VI. Presentación de los casos	45
VII. Análisis de los casos	128
Conclusiones	165
Sugerencias	167
Alcances *	169
Limitaciones	172
Bibliografía básica	175
Bibliografía complementaria	177

INTRODUCCION

El tema relacionado con la influencia que ejerce la función materna en los primeros años de vida del niño sobre su desarrollo general ha sido objeto de estudio para diversos teóricos e investigadores, algunos de los cuales se han interesado en indagar acerca de los efectos de la falta de la función materna en niños internados en distintos tipos de instituciones.

A partir de esto resulta conveniente tener información referente a las condiciones que imperan actualmente en las Instituciones encargadas del cuidado del menor, cuando éste no forma parte de un familia, ya sea por abandono o por otras causas, debido a ello se consideró pertinente realizar una investigación en una institución llamada "Casa Cuna" con la finalidad de :

- a) Obtener un conocimiento acerca de sus funciones, de su organización y de los aspectos que son tomados en cuenta para ayudar a los niños albergados ahí, enfatizando la labor del Psicólogo.
- b) Obtener información clínica referente a los menores.

Todo con el propósito de saber que aporta la "Casa Cuna" a los menores carentes de vida familiar y qué efectos puede tener sobre los niños la atención proporcionada por el personal encargado de su cuidado, tomando en cuenta los antecedentes de cada menor y en base a la investigación teórica que ha aportado conocimientos sobre el tema.

La idea de realizar dicha investigación surgió a partir de un período de estancia en ésta institución, en la cual se prestó servicio social por un periodo de 6 meses.

El contacto con los niños, la convivencia con el personal encargado de su cuidado y el diálogo sostenido durante este período con el personal del área de Psicología permitió obtener un conocimiento acerca de los menores que presentaban cuadros patológicos.

A partir de ésta información se decidió tomar como muestra un grupo conformado por 5 menores que ingresaron a la institución en el transcurso del primer año de vida.

Al inicio de la investigación se recabaron los datos concernientes a la institución y posteriormente se obtuvo la información referente a cada uno de los menores incluidos en la muestra. Dicha información fue extraída de sus expedientes y en parte guarda relación con sus antecedentes, de acuerdo a las notas referidas por personal que toma conocimiento de éstos, así como de la situación jurídica de cada niño.

La información referente a la evolución de cada menor durante su permanencia en la "Casa Cuna" es referida por Psicólogos, médicos y en algunas ocasiones por las niferas.

Por otra parte, se incluyó un resumen de lo que se observó personalmente en cada caso durante el período en que se prestó servicio social.

Para el propósito de esta investigación clínica son presentados los datos de cada niño, iniciando con sus antecedentes y finalizando con la última nota referida en cada expediente. Al respecto se considera pertinente señalar que en la fecha en que fue recabada la información, las últimas notas que se encontraban en los expedientes que correspondían a los informes psicológicos y médicos tenían la fecha de enero de 1996, a excepción de un caso, en donde la última nota tenía la fecha de octubre de 1995.

Al finalizar la presente investigación se integra la información práctica y teórica para hacer un análisis de cada uno de los casos.

En base a lo anterior se proponen conclusiones y sugerencias para el apoyo y manejo de los menores.

JUSTIFICACION

La Psicología ha contribuido ampliamente en la explicación de los efectos que produce la institucionalización en el comportamiento del niño durante los primeros años de vida y en etapas posteriores. A partir de esta información se han aportado ideas para su manejo, ya que aún en la actualidad existen menores que al encontrarse bajo el cuidado de alguna institución presentan problemas psicológicos recurrentes que interfieren en su desarrollo, de ahí que resulte conveniente investigar acerca de los factores que intervienen en la aparición de determinadas patologías y buscar una solución que contribuya al sano desarrollo del niño dentro de sus posibilidades.

Actualmente existen 2 Casas Cuna y 2 Casas Hogar para menores que forman parte de la organización social (DIF), las cuales se encargan de atender a un gran número de niños sin padres, o que por distintas razones, como el haber sido víctimas de ilícitos han sido separados de sus padres.

En éste ámbito donde se presenta un déficit importante en las funciones parentales surge el problema de interrelación con éstos menores, que presentan problemas psicológicos diversos, ya que han sido objeto de ilícitos como el abandono, el maltrato o excesos de diversa índole. De manera tal que es fundamental pensar en un abordaje clínico que considere a cada caso en su singularidad.

Para éste fin se eligió como muestra a un grupo de 5 lactantes que presenta un déficit en las funciones parentales.

Se decidió llevar a cabo un estudio de casos, debido a que resulta necesario tomar en cuenta que existen diferencias individuales en cada menor.

Por otro lado, se consideró pertinente hacer énfasis en la labor del Psicólogo, debido a que es el encargado de intervenir cuando se presentan cuadros patológicos en los niños. A pesar de que su labor no es aislada sino en complementación con otras

disciplinas y en caso de ser el encargado de brindar orientación al personal que trata directamente con la población infantil por sus conocimientos sobre el área, se desprende la inquietud de conocer qué actividades específicas realiza y con qué herramientas cuenta, ya que en base a esto se pueden proponer sugerencias que aporten nuevas alternativas para tratar de apoyar su labor de brindar ayuda a los menores.

En base a todo lo mencionado anteriormente, el análisis previo de la situación de cada menor permitirá buscar la solución mas apropiada a cada caso, que permita el desarrollo adecuado del individuo y en consecuencia su adaptación tanto en la niñez como en etapas posteriores.

CAPITULO I

HISTORIA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES GENERALES DE LA CASA CUNA

La finalidad de este primer capítulo es ofrecer una visión general de las modificaciones que ha sufrido la Casa Cuna en cuanto a sus lineamientos, organización y funciones, desde su origen hasta principios del año 1996, enfatizando la labor que ejercen los Psicólogos dentro de la Institución

Es muy probable que el origen de la Casa Cuna tenga una lejanía de poco más de 200 años.

Nació la idea de su creación por el año de 1764 con el primitivo nombre de Hospicio de Pobres habiéndose iniciado la construcción del edificio con el aporte económico de un distinguido filántropo de la época, Don Fernando Ortiz Cortés, canónigo de la Catedral Metropolitana. Este Hospicio se destinaria para alojar a niños expósitos y huérfanos. Fue terminada la edificación e iniciada su labor benéfica en el año de 1768, pocos años después de la muerte de su creador.

Aparece por esos mismos años la figura de Don Francisco Antonio de Lorenzana y Buitrón, Arzobispo de México, como benefactor de los niños abandonados, quien, dice la leyenda, en 1768 fundó la Casa de Niños Expósitos adjudicándole una renta de 70,000.00 pesos de su propio peculio para su sostenimiento.

Sufriendo una serie de penurias y miserias, la fructífera humanitaria labor logró sobrevivir durante el resto del siglo XVIII y parte del XIX gracias a que en sus distintos momentos de crisis surgen una o varias personas caritativas que ocurren en su auxilio evitando su desaparición definitiva.

Durante el año de 1861, y siendo Presidente de la República el Licenciado Benito Juárez, se suprimió el nombre tradicional de Hospicio de Pobres, en virtud de que, si hasta ese momento era la caridad cristiana la que había inspirado su existencia, de

acuerdo con las nuevas doctrinas en cuanto la forma de otorgar ayuda a los indigentes, es el estado el que adquiere por Ley la obligación de impartirla. Se creó por ello un Organismo Oficial, la Junta de Beneficencia, a quien se le encomendó, además de la administración de los bienes y legados que constituía el patrimonio de todas las instituciones caritativas, la administración de la aportación económica estatal. En este nuevo orden de ideas se produjo la transformación del establecimiento en otro tipo de Institución que desde ese momento llevaría el nombre de Casa de Cuna, con funciones y objetivos semejantes a la del Hospicio de Pobres.

La vida de este centro benefactor continuó teniendo situaciones favorables y desfavorables en relación con las etapas históricas de México, especialmente de carácter económico, peregrinando con relativa frecuencia a diversos locales y edificios, algunos de ellos de gran belleza arquitectónica como el edificio de Mascarones, hasta que llega a situarse por algún tiempo, decenio de los veinte, en la Calle de Totoquihuatzo No. 13, ahora Avenida Atzacapozalco, donde actualmente se encuentra instalada la Casa de Ancianos "Vicente García Torres" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Asentada la Casa de Cuna en este lugar y durante la dirección sucesiva del Dr. Alfonso R. Ochoa y después del Dr. Manuel Cárdenas de la Vega, concurren a realizar sus actividades de naturaleza Médico - Pediátricas un grupo distinguido de profesionistas jóvenes que había tenido la formación de esa disciplina en Francia y que dada su gran vocación y afán de estudio lograron constituirse en el grupo pionero del ejercicio formal de la Pediatría en México, vinculándose además como maestros de ésta por entonces incipiente especialidad a la Facultad Nacional de Medicina, donde su cátedra comenzó a despertar un extraordinario interés entre estudiantes y Médicos de la época.

Posteriormente, en el año de 1933, la Casa de Cuna sufrió su último traslado al edificio ubicado en la Delegación de Coyoacán, Distrito Federal.

Cuando la Institución se instaló en este sitio, siendo Director el Dr. Manuel Cárdenas de la Vega, se operó en ella una transformación profunda en cuanto a sus técnicas de

trabajo y su organización interna. Ya no era el lugar exclusivo de internamiento y guarda de niños abandonados total o parcialmente, en donde la pobreza que privaba en el establecimiento era compensado por la eficiencia y entusiasmo de Médicos a los que se hizo referencia, sino que se convirtió en un pequeño Hospital Infantil, como novedosa Institución en México, en cuyo recinto era atendido el niño acuciosa y científicamente y donde además, en el renovado afán de enseñanza se desarrolló una importante actividad docente. En este marco tan positivo, se fortaleció el interés por el cultivo de la reciente disciplina, la Pediatría, dando origen en gran medida a la formación de la Sociedad Mexicana de Puericultura como corporación especializada, la que posteriormente se transformó en Sociedad Mexicana de Pediatría que hasta la fecha subsiste.

A raíz de la muerte del ilustre Dr. Manuel Cárdenas de la Vega la Dirección pasó a manos del Doctor Federico Gómez, en quien germinó una idea generosa: la creación del Hospital Infantil de México que fue propiciada entusiastamente por el grupo de Pediatras de la Casa Cuna, al que se incorporaron nuevos valores y a cuya cabeza figura él destacadamente.

Concluida la obra hospitalaria específicamente proyectada en otro sitio e iniciadas actividades como novedoso nosocomio infantil la Casa de Cuna dejó de ser entonces el centro de la Escuela Pediátrica Mexicana, aconteciendo multitud de cambios sobre todo en su personal profesional, quien se desplazó casi en su totalidad hacia el nuevo Hospital Infantil donde se iniciaría una brillante etapa asistencial y científica de servicio, enseñanza e investigación.

La Casa de Cuna desde aquel momento quedó solo en el significado literal de su nombre como: "Cuna" de un historial humano y profesional que todo el cuerpo médico de México reconoce, altamente justificado por la protección que prodigó generosamente durante tantos años a los niños, así como por los progresos en la clínica y docencia que bajo su abrigo tuvieron lugar en el ejercicio de una medicina infantil avanzada.

A partir de entonces la Casa de Cuna comenzó a padecer una serie de problemas en el orden material, económico y humano. La función social verdadera a la que de acuerdo con su nombre y su origen estaba destinada no la cumplió puntualmente, sino que conservó sus características hospitalarias anteriores en cuanto a sus actividades predominantes y perduró el criterio de un régimen de Internamiento prolongado en la mayoría de los niños que a ella llegaban. Sin embargo cabe señalar que muchos fueron los esfuerzos que desarrollaron quienes laboraron en la Institución para producir la transformación de esta anticuada fisonomía material y funcional en un centro asistencial adecuado y moderno.

Ante tal imagen de una Casa de Cuna ya caduca, se imponía inaplazablemente la transformación radical de ella, por lo que la Secretaría de Salubridad y Asistencia, proyectó y construyó una moderna Institución ubicada en el sitio preciso en que asentaba la antigua Casa.

No fue sino hasta 1975 que se iniciaron las actividades en la nueva Casa de Cuna de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo objetivo Institucional era dar asistencia de una manera integral pensando en el niño como una unidad bio-psico-social. (1)

Su objetivo era fomentar y atender la salud del niño en sus aspectos físicos, afectivos, intelectuales y sociales, así como utilizar personal para el cuidado directo del menor, especialmente las cuidadoras o niñeras. (2)

Se aplicaba la escala de desarrollo evolutivo de Gesell notificando el grado de desarrollo e indicando cual era el área que se encontraba más afectada haciendo hincapié en la estimulación de esa conducta por parte de las niñeras para su rehabilitación (3).

Los niños que entraban a esta institución, lo hacían por abandono total o parcial, presentándose como causas frecuentes del abandono: Indigencia, explotación, Invalidez, extravío, orfandad, ilegitimidad y desorganización. (4)

Desde esa época el ingreso a la institución era por las condiciones de abandono total o parcial de niños de 0 a 6 años, prevaleciendo el ingreso de este tipo de menores hasta años recientes.

En relación a lo anterior se dió a conocer que se modificaría el perfil requerido para el ingreso de los menores, sin precisar la fecha exacta en que sucedería dicha transformación.

El niño que ingresa a la institución pasa a una sección denominada Unidad de Recepción en donde permanece durante algunas semanas. Cuando concluye su estancia en dicho lugar, es trasladado a otra sala que se conoce con el nombre de "Sala de Enfermería" o "Sala de lactantes menores". Posteriormente es ubicado en la sala de lactantes mayores, tiempo después pasa a la sala de maternales y finalmente al área de preescolares. El traslado de una sala a otra se lleva a cabo de acuerdo a la edad cronológica del menor, es decir, va pasando de un lugar a otro según lo requiera su edad.

Cada una de las salas cuenta con un grupo de niñeras, cuyo número varía de 2 a 4. Por lo general éstas se encargan de proporcionar el alimento a los niños, bañarlos y cambiarlos de ropa. Por otro lado se cuenta con personal voluntario que acude a visitar a los menores y con personas que prestan servicio social en la institución, ya sea estudiantes o pasantes de diferentes carreras como : pedagogía, medicina y psicología, entre otras.

Existen tres turnos : matutino, vespertino y nocturno, habiendo cambio de personal en cada uno de ellos.

El número de niños varía en cada una de las salas, ya que existe un constante flujo, es decir, ingresan y egresan menores de manera constante. En la sala de donde se extrajo la muestra para el presente estudio había por lo regular un número aproximado de 20 menores.

El niño interno puede salir de la institución al cumplir con cualquiera de las siguientes condiciones : al ser ubicado nuevamente en su propio hogar; al llegar a la edad de 6 años para ser trasladado a una Casa Hogar para niños de mayor edad o bien al salir en adopción, ésta última se otorga si los solicitantes cumplen con determinados requisitos.

1.1 ORGANIZACIÓN ACTUAL DE LA CASA CUNA

La Casa Cuna cumple con todas sus actividades, atendiendo a la población infantil albergada, como una institución independiente en cuanto a sus lineamientos internos, pero a su vez forma parte de una organización social: El Sistema del Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

El DIF es una dependencia del Gobierno Federal que se maneja como un patronato, cuyo Director Principal es la Primera Dama de la Nación. Tiene una Dirección General que se divide en varias áreas, que son las siguientes: Subdirección de Asistencia y Concertación, Subdirección de Operación y Oficialía Mayor.

La Subdirección de Asistencia y Concertación a su vez se divide en Dirección de Rehabilitación y Asistencia social y en la Dirección de Apoyo a Servicios. La Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social se divide a su vez en Rehabilitación que cuenta con unidades operativas en el D.F. y los estados que se encargan de la protección y asistencia a discapacitados, así como también de promover programas de capacitación a los mismos y en la Dirección de Asistencia Social que cuenta con 13 unidades operativas: 2 casas cuna, 2 casa hogar para menores, 4 casas hogar para ancianos, 1 comedor familiar, 1 centro de discapacitados "Valle Narvarte", 1 centro de ayuda para el débil visual, y 2 Internados.

Para el manejo de todos estos centros se cuenta con los Departamentos de Servicios Asistenciales con 3 coordinaciones técnicas (orientación ocupacional, hogares sustitutos y enseñanza e investigación) y con el Departamento de Prevención Asistencial, que se encarga del control administrativo de las unidades operativas.

Así, Casa Cuna Coyoacán forma parte de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social.

Casa Cuna Coyoacán tiene una Dirección General y cuatro Coordinaciones Técnicas que son las siguientes: Coordinación Técnica Administrativa, Coordinación Técnica de Trabajo Social, Coordinación Técnica de Psicopedagogía, y la Coordinación Técnica Médica.

La Coordinación Técnica Médica se divide a su vez en el Servicio de Nutrición, en el Servicio de Enfermería, y en el Servicio Médico. Todos estos servicios tienen como objetivo principal el proporcionar atención médica, paramédica y nutricional necesaria para preservar el estado de salud de los menores albergados, esto en comunicación continua con las diferentes coordinaciones de Casa Cuna.

1.2 FUNCIONES DE LOS PSICOLOGOS DENTRO DE LA CASA CUNA

La finalidad de este apartado es dar a conocer de manera general las actividades que llevan a cabo los psicólogos para brindar apoyo psicológico al menor :

- Programa actividades y elabora programa de apoyo a menores que requieren de atención especial.
- Detecta casos con necesidades de atención especial.
- Canaliza de acuerdo al caso a Educación especial (SEP) ó Terapia física y/o casos que requieran atención médica ó especializada.
- Entrega informe de actividades diarias y el informe mensual a la Coordinación Técnica de Psicopedagogía.
- Revisa y analiza expediente de Trabajo Social y Médico de los menores.

- Asiste a las salas correspondientes, para realizar observaciones conductuales, entrevista y orienta al personal sobre el trato al menor.
- Elabora informe de observación conductual y se archiva (documento).
- Programa valoraciones Psicológicas semestralmente y aplica las pruebas que se mencionan a continuación :
 1. Esquema Evolutivo de Gesell
 2. Prueba de Inteligencia Terman - Merrill
 3. Test de la figura humana de Koptsz
 4. Test Gestáltico visomotor de Bender,
 5. Escala de Inteligencia Weschler, para preescolares.

NOTA. Estas pruebas se seleccionan conforme a las características de cada menor, no siendo posible aplicarlas todas en cada caso.

- Interpreta y califica valoraciones, establece un diagnóstico, da recomendaciones para validación y entrega a la Coordinación Técnica de Psicopedagogía.

La finalidad de este apartado es dar a conocer las actividades que llevan a cabo los psicólogos para seleccionar a los solicitantes de adopción :

- Determina fecha de entrevista de la pareja
- Aplica valoraciones psicológicas a la pareja solicitante ó solicitante.

Pruebas aplicadas:

1. Autobiografía
2. Dibujo de la figura humana de Machover
3. Frases incompletas de Sasck
4. Inventario Multifásico de la Personalidad

5. Dibujo de la familia (en caso de existir hijos)

Cita a la persona o pareja a entrevista , donde se analiza:

1. Antecedentes
2. Dinámica familiar
3. Motivo de adopción
4. Manejo de esterilidad
5. Manejo de adopción
6. Características del menor solicitado

- Interpretan, califican e integran las valoraciones.
- Establecen resultados de aprobación o negación de solicitud , en caso que requieran orientación se les cita posteriormente para análisis y elaboración de información.
- Elabora informe de valoraciones con copia a la Coordinación de Trabajo Social y se tuma a la Coordinación Técnica Psicopedagógica.

(1) Flores, Herrera, Luz María y Ugalde, Navarro, Gabriela. Tesis, Licenciatura, U.N.A.M., Estimulación correctiva a lactantes Institucionalizados, pag.11.

(2) Ibid.10

(3) Ibid. 20

(4) Ibid.17

CAPITULO II

INFLUENCIA DE LA FUNCION MATERNA PARA EL DESARROLLO INFANTIL EN LOS PRIMEROS AÑOS

El objetivo de éste capítulo es ofrecer una visión general acerca de la relación que se establece entre madre e hijo durante los primeros años, así como de la influencia que ejerce la función materna para el desarrollo general del niño de acuerdo a diversas proposiciones psicoanalíticas y a las principales consideraciones de la teoría del apego.

2.1 LA PRIMERA RELACION MADRE E HIJO Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO ESTRUCTURAL Y AFECTIVO: CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS.

En la primera etapa de vida, el niño requiere de una madre o sustituto materno que le proporcione los cuidados necesarios para sobrevivir. Es necesario que la madre proteja al bebé y que poco a poco le vaya permitiendo tener contacto con lo que le rodea.

De acuerdo a la teoría de Freud, los bebés nacen con una sola estructura a la cual denominó "ello", dicha estructura se basa en lo que el llamó el principio del placer. Este concepto expresa la idea de que hay una fuerza interna que induce a la persona a buscar alivio inmediato cuando tiene necesidades.

El ello induce a la persona a buscar alivio, dicha estructura se maneja a través de los instintos.

Cada individuo posee energía. La energía utilizada para llevar a cabo alguna acción se obtiene de los instintos, los cuales son innatos, al igual que los reflejos.

Freud reconoció 2 grandes grupos de instintos, los de muerte, entre los que se encuentran los agresivos que no sólo se refieren al ataque y a la hostilidad, sino que impulsan al sujeto a realizar sus acciones y los instintos de vida, entre los que se encuentran los sexuales. La forma de energía utilizada por éste último grupo recibe el nombre de libido.

La energía libidinal se relaciona con el mantenimiento de la vida y permite establecer vínculos con otras personas.

A medida que el niño crece invierte una Carga de energía en las personas, objetos, actos y pensamientos. Freud llamó a ésta inversión "catexis".

En las primeras etapas de vida es común observar actitudes agresivas entre los niños, debido a que el ello los induce a actuar en forma impulsiva cuando hay otros menores o adultos que los obstaculizan para alcanzar lo que desean. En los primeros años los niños no son capaces de entender que los demás tienen necesidades propias.

René Spitz estudió la relación que se establece entre madre e hijo durante el primer año de vida y distinguió 3 etapas del desarrollo infantil. A la primera le dió el nombre de etapa preobjetual o sin objeto.

Este autor considera que en éste período el infante no es capaz de reconocer los estímulos que se encuentran a su alrededor. Durante el primer mes de vida no tiene una imagen del medio circundante. Las manifestaciones del niño en ésta etapa aún no tienen un contenido Psicológico. La percepción se desarrolla en forma gradual.

También en forma gradual los niños desarrollan otra estructura a la cual Freud dió el nombre de "yo". El desarrollo de ésta depende en gran medida de la interacción que exista entre el niño y el medio externo, así como de la herencia y el proceso de crecimiento.

El yo está gobernado por el principio de realidad. Sus funciones se basan en el reconocimiento de las condiciones y demandas del ambiente.

Entre las funciones relacionadas con el yo están las siguientes :

Tener en cuenta la realidad exterior, tolerar la frustración, hasta encontrar formas de obtener satisfacción que sean aceptables en el medio externo, es decir, si un estímulo provoca tensión, la tarea del yo consiste en buscar la forma de descargar dicha tensión por medio de conductas que en el exterior se consideren las adecuadas, en vez de actuar de manera impulsiva. Solo gradualmente el niño se vuelve capaz de llevar a cabo lo anterior y para que esto sea posible requiere de los padres quienes al encargarse de su cuidado lo capacitan para que acepte que no siempre se le puede satisfacer en el momento mismo en que aparece una necesidad.

Se requiere tener un monto de frustración para aprender, ya que si siempre se cubrieran las necesidades y demandas del menor en forma inmediata, éste no tendría que esforzarse en aprender a hacer las cosas por sí mismo.

Todo lo relacionado con el área intelectual, como el pensamiento, la memoria, la capacidad de síntesis, de abstracción, el uso de la lógica, etc. dependen del desarrollo del yo.

El desarrollo del lenguaje y las actividades motoras, como el caminar son funciones relacionadas con ésta estructura.

Otra tarea que corresponde al yo es el uso de mecanismos de defensa cuando la realidad es muy amenazante. Dichos mecanismos son inconscientes.

Se utilizan 2 significados del término inconsciente :

inconsciente al no darse cuenta.

inconsciente como un estrato de la mente. (1)

El niño va formando una representación mental de aquello que percibe de manera constante. Cuando se almacenan recuerdos en su memoria, esto le permite actuar de acuerdo a las experiencias que haya tenido.

Al segundo mes de vida, el bebé ve al adulto que se acerca y 2 o tres semanas después sigue los movimientos del rostro atentamente porque éste se presenta ante la vista del niño innumerables veces.

Aproximadamente al tercer mes de vida las huellas mnémicas de una serie de señales que dirige el niño a su medio quedan codificadas en su aparato mental. Después del tercer mes un número cada vez mayor de rastros de recuerdos quedan en su mente. En su mayoría son simples, están relacionados con situaciones recurrentes y con sensaciones agradables y desagradables que haya experimentado. (2)

Spitz, explica que el infante pasa por otra etapa a la cual denominó como etapa del precursor de objeto.

Al llevar a cabo un estudio experimental del fenómeno de la respuesta sonriente en una población de 145 niños, desde que nacieron hasta los 12 meses, determinó que en el tercer mes de vida los bebés eran capaces de reconocer la faz humana, lo que suscitaba su sonrisa. Este autor concluyó que ésta respuesta por parte de los menores indicaba la presencia de un yo rudimentario, ya que había un reconocimiento del estímulo exterior y una respuesta ante él, lo que indicaba que había quedado depositada una imagen intema de algo presente en el medio, se habían depositado rastros de recuerdos y la sonrisa era una manifestación de conducta activa.

El rostro materno se presenta ante la vista del niño de manera constante. En condiciones normales es ella quien se encarga de cubrir sus necesidades, de acudir ante él cuando requiere su intervención y de enseñarle todo lo que es necesario que aprenda en los primeros años.

Los sentimientos de la madre hacia su hijo hacen que éste se convierta en un objeto de interés para ella. Las experiencias se tornan importantes para el infante por el hecho de estar relacionadas con el afecto materno, al cual el niño responde afectivamente. (3)

La presencia de la madre es necesaria para que el niño pueda vincular su libido hacia ella. La libido es dirigida hacia la madre porque es quien cuida al niño y le provee satisfacción. (4)

Es necesario que la satisfacción predomine sobre la frustración impuesta al menor para que de éste modo su impulso libidinal sobrepase al agresivo, el cual debe estar presente, pero solo en proporción a las necesidades del niño. De lo contrario, al imponer límites en forma exagerada su desarrollo no seguirá un curso normal.

La personalidad de la madre influye en gran medida en el desarrollo infantil. Las respuestas del niño estarán en función de las experiencias que tenga.

Spitz considera que en el curso del desarrollo normal, los niños llegan a la etapa del establecimiento libidinal.

En relación a ésta etapa explica que entre el sexto y el octavo mes el bebé ya es capaz de reaccionar ante personas desconocidas con angustia, ya que el rostro de éstas no coincide con la imagen que tiene del rostro materno. Cuando sucede lo anterior el niño refleja que ha establecido una relación con la madre y que ésta se ha convertido en su objeto libidinal.

Cuando al niño se le intenta separar de su madre puede manifestar angustia, ya sea llorando, cubriéndose el rostro, apegándose intensamente a ella o mostrando conductas similares a éstas.

El hecho de que el niño se angustie cuando se le separa de su madre u otros objetos con los que haya establecido un vínculo libidinal prueba que éste es capaz de apreciar los hechos externos.

La ausencia de tensión y ansiedad cuando se está amenazado de perder el amor de los padres no es un signo de salud. El niño demasiado complaciente y resignado es el que debe despertar sospechas de que están actuando en él procesos anormales, debido a deficiencias en el desarrollo del yo, a la extrema pasividad con respecto a sus impulsos a la presencia de enfermedades. (5)

En psicoanálisis se emplea el concepto de constancia objetal para referirse a la capacidad del niño de mantener una imagen interna de la madre con una carga afectiva (catexis) aunque ésta no se encuentre presente en el exterior.

No existe un consenso entre todos los autores en cuanto a la edad en que se presenta la constancia objetal, pero cuando existe indica que el niño ha establecido una relación con su madre y que el yo se ha desarrollado.

En resumen, la función de la madre consiste en satisfacer las necesidades del niño, proporcionarle cuidados ; en establecer una relación con él conforme se desarrolle, lo que le permita vincular su energía libidinal y agresiva y establecer su primera relación afectiva. Otra de sus funciones es limitar gradualmente la acción impulsiva del menor para favorecer el desarrollo del yo y de otra estructura, de la cual se hablará en el siguiente apartado.

De acuerdo a Freud, la personalidad se va integrando de acuerdo al desarrollo de las diferentes estructuras.

La frustración es necesaria para la adaptación cuando se imponen límites en forma moderada, sin cometer excesos que puedan afectar el desarrollo normal.

Spitz, considera que durante el primer año, el infante pasa por varias etapas, cada una de las cuales representa una transformación. Durante la transición de una etapa a otra pueden existir "peligros", ya que de ser expuesto el infante a un trauma durante dichas transiciones, esto tendrá consecuencias a veces graves.

El establecimiento de una relación temprana con la madre bajo circunstancias normales favorece el desarrollo y crea en el niño un sentimiento de seguridad de que sus necesidades serán satisfechas, aunque tenga experiencias de frustración inevitables para la adaptación.

En condiciones normales la frustración y aplazamiento, van seguidos inevitablemente de satisfacción y seguridad (6).

No ocurre lo mismo cuando la madre es indiferente o insensible a las necesidades del niño.

Los efectos que provoquen los acontecimientos desfavorables dependerán de las experiencias que tenga cada individuo en particular.

- (1) Spitz, René. El primer año de vida del niño, pag. 119.
- (2) Ibid. 84.
- (3) Freud, Anna. Normalidad y Patología en la niñez, pag.146.
- (4) Dicaprio, N.S., Teorías de la Personalidad, pag. 62.
- (5) Freud, Anna., Op. Cit., pag. 98.
- (6) McKinnon, R.A. y Michels. Psiquiatría Clínica aplicada, pag.291

2.1.1 LAS ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL

Las etapas que Freud denominó con los nombres : oral, anal, fálica y genital se basan en zonas del cuerpo erógenas. Estas zonas son fuentes de excitación, por lo cual pueden proporcionar experiencias placenteras o pueden convertirse en el centro de frustraciones.

LA ETAPA ORAL

En éste período que va desde el nacimiento hasta los 12 a 18 meses aproximadamente, predominan las actividades relacionadas con la boca. El niño obtiene placer por medio de las actividades orales, como introducir objetos en la boca, morder, chupar, vocalizar, etc.

Anna Freud considera que las dificultades en torno a la alimentación están en conexión con las relaciones entre el niño y la madre. Al respecto explica que los niños carentes de afecto pueden comer en exceso al tomar el alimento como un sustituto del cariño materno.

Por otro lado, los que sufren una separación traumática de la madre pueden rechazar la comida porque rechazan el sustituto materno. (1)

Los diversos trastornos en la alimentación tienen relación con cada una de las fases por las que pasa el niño : desde la alimentación dependiente hacia la independiente.

En un principio es la madre quien fija el horario y la cantidad de comida y si éstos no concuerdan con las necesidades naturales del niño puede presentar dificultad para comer.

A pesar de que por medio del alimento el bebé obtiene gratificación no basta con que la madre se limite a proporcionarlo. También se considera necesario que exista contacto afectivo. Lo primordial es la calidad de la relación entre madre e hijo, ya sea que se le alimente en forma natural o artificial.

Después del destete, el niño puede rechazar los alimentos de consistencias y sabores nuevos a los que no está acostumbrado.

El placer de comer puede limitarse al existir un exceso de disciplina, por ejemplo, al obligar al niño a largos ratos de espera o al insistir en lo buenos modales en la mesa. (2)

LA ETAPA ANAL

Es el período que va desde los 18 meses a los 3 años y medio de edad aproximadamente, que corresponde al período de aprendizaje del control de esfínteres. En ésta etapa es necesaria la intervención de la madre para que el niño aprenda los hábitos higiénicos.

Cuando el menor se encuentra muy apegado a una persona que se ocupa exclusivamente de él la restricción se va desarrollando como consecuencia directa de esa dependencia. (3)

Puede haber respuestas de aceptación o rechazo por parte de los padres dependiendo de los logros que el niño obtenga durante el entrenamiento, lo cual puede generar tensión o satisfacción en el pequeño que puede presentar fluctuaciones entre "amor" y agresión hacia los padres. Cuando surgen en exceso las manifestaciones agresivas es necesaria la intervención de los padres para controlarlas.

Finalmente el niño logra aprender porque con ello obtiene la aprobación, lo que le genera satisfacción cuando hay un vínculo entre él y sus padres.

Pueden aparecer defensas ante la tensión durante ésta etapa, tales como la formación reactiva y el desplazamiento. La desviación de la energía de los impulsos se facilita por la diversificación de los intereses del niño y su independencia motora. (4)

La intervención materna no debe ser muy estricta o de lo contrario propiciará que el niño tenga conflictos.

LA ETAPA FALICA

Tiene lugar entre los 3 y los 5 o seis años aproximadamente. Los órganos genitales se vuelven una fuente de placer y provocan inquietud e interés en el niño.

Recibe el nombre de "Complejo de castración" una experiencia psíquica compleja que el niño vive inconscientemente a los 5 años aproximadamente y que es decisiva para asumir su futura identidad sexual. (5)

Lo esencial en ésta etapa es que el niño reconoce las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres. Los niños tienen que aprender a aceptar que el cuerpo tiene límites. En ésta etapa es importante la función del padre, ya que por ser éste una figura de autoridad y de superioridad impone límites y sirve como modelo al cual el niño puede imitar. Cuando el complejo de castración se resuelve en forma apropiada, el niño se identifica con el padre y el "superyó" comienza a formarse.

Freud consideraba que en la niña ésta experiencia era vivida en forma diferente: al reconocer ésta las diferencias anatómicas piensa que ella y su madre fueron castradas y surge la "envidia del órgano masculino", lo cual le lleva a separarse de su madre y orientar su deseo al padre y a otros hombres.

Freud denominó con el nombre de "superyó" a una estructura que se desarrolla en el niño cuando asimila la autoridad de los padres. Esto permite que se comporte de acuerdo a las normas paternas.

El orgullo equivale al amor propio al llevar a cabo lo que se considera aceptable y la culpa corresponde al "odio" cuando se lleva a cabo algo inaceptable, ambos son la representación interna del amor y rechazo paternos. (6)

El superyó regula los impulsos que de no ser controlados pondrían en peligro la estabilidad de la sociedad. (7)

A medida que el niño crece desarrolla nuevas capacidades que le permiten irse independizando de sus padres gradualmente.

El manejo que se le dé al niño en cada etapa influye en su desarrollo. Al frustrar al niño en forma excesiva o al no imponerle límites habrá efectos nocivos.

En general puede decirse que de acuerdo a Freud, la personalidad está integrada por el ello, el yo y el superyó.

Freud utiliza éstos nombres para referirse a procesos, funciones, mecanismos y dinámicas diferentes dentro de la personalidad de cada individuo.

Por otro lado, explica que el niño pasa por una serie de etapas y que el desarrollo del menor puede alterarse a consecuencia de experiencias adversas en el transcurso de dichas etapas.

En el caso de los niños se debe de tomar en cuenta que pueden comportarse en forma inestable durante el curso del desarrollo, debido a las alteraciones que éste produce a causa de la aparición de nuevas estructuras y a las presiones que el medio ambiente ejerce, lo que puede propiciar que manifiesten conductas correspondientes a etapas anteriores. Por ejemplo, en cuanto a los hábitos higiénicos puede ocurrir que después de que el menor aprendió a controlar su necesidad moje la cama en forma temporal.

En éstos casos no se debe diagnosticar automáticamente a los niños como retrasados o en regresión, a menos que muestren conductas permanentes no acordes a su edad.

Por otro lado, es indispensable conocer las situaciones externas, como el medio en el que se desenvuelve el niño y la influencia que ejercen los padres en su desarrollo.

La forma en que se organice la personalidad dependerá de las experiencias que tenga cada individuo en particular.

(1)Freud, Anna. Normalidad y Patología en la niñez, pag.14.

(2)ibid. 61.

(3)Freud, Anna y Burlingham, D., Niños sin familia, pag. 21.

(4)Blos, Peter. Psicoanálisis de la Adolescencia, pag.39.

(5)Nasio, J.D., Enseñanza de 7 Conceptos Cruciales del Psicoanálisis, pag.15.

(6)Hall, Calvin S., Compendio de Psicología Freudiana, pag.38.

(7)ibid.39.

2.1.2 LA ADQUISICION DEL LENGUAJE

El lenguaje es una función superior a nivel simbólico que hace posible la comunicación entre seres humanos.

La comunicación entre madre e hijo hasta fines del primer año se produce en el nivel no verbal. (1)

Aunque el bebé no sea capaz de hablar en éste período produce sonidos y gestos que permiten comprender al adulto que el niño tiene necesidades.

El infante atiende a estímulos auditivos y visuales, gradualmente se va familiarizando con objetos, personas y acontecimientos recurrentes lo que propicia que comience a adquirir representaciones internas de éstos.

Son los adultos los que se encargan de proporcionar experiencias que facilitan el desarrollo del lenguaje.

El lenguaje incluye la imitación y la comprensión gradual de lo que expresan otras personas, siendo éstos elementos indispensables para que se desarrolle.

El niño va siendo capaz de reproducir las expresiones faciales mediante la imitación que lo impulsa a expresarse por medio de la palabra. (2)

La imitación es menos estimulada cuando el contacto del niño con el adulto no es frecuente o cuando son varias las personas que se encargan de atenderlo.

El lenguaje se desarrolla a partir de un contacto íntimo con los padres. El vínculo que existe entre el niño y las personas que se encargan de su cuidado facilita el aprendizaje.

Cuando los pequeños están por lo general separados de los mayores y en convivencia constante con otros niños que no saben hablar, esto limita su desarrollo.

El contacto continuo con el adulto y el interés de éste porque el niño hable influyen para que el lenguaje se desarrolle.

Por otro lado, es necesario que exista en el niño el deseo de hablar, ya que si se le proporciona todo en forma inmediata no se esforzará por expresarse.

Paulatinamente se aprende el significado de las palabras.

Los símbolos son signos que representan a objetos, acciones, situaciones e ideas. Los gestos y las palabras son los símbolos de carácter más elemental. (3)

La imitación se desarrolla aproximadamente a partir del octavo mes.

Después del primer año, los niños comienzan a nombrar cosas con las que están familiarizados, éstas consisten en una o 2 sílabas y a menudo 2 sílabas duplicadas, como "mamá".

Cuando el niño pronuncia la primera palabra tiene la experiencia de que ésta lo pone en contacto con el mundo. La experiencia de que la palabra lo vincula con el objeto y la reacción emocional de las personas del medio cuando habla permiten que el niño crea en la palabra como si tuviera una capacidad mágica. La ausencia de las figuras paternas puede influir gravemente en el desarrollo del lenguaje. (4)

Al año y medio el niño ya tiene un repertorio limitado de palabras: más de 3, aunque todavía hay balbuceo.

A los 2 años empiezan a unir palabras para formar frases de dos vocablos.

A los 2 años y medio hay un aumento rápido del vocabulario y ya no hay balbuceo ; las expresiones constan por lo menos de dos palabras, algunas veces hasta 3 o 5. (5)

- (1) Spitz, René. El primer año de vida del niño, pag. 104.
- (2) Freud, A. y Burlingham, D., Niños sin Familia, pag. 18.
- (3) Spitz, René. Op. Cit., pag. 106.
- (4) Aberastury, Arminda. Teoría y Técnica del Psicoanálisis en niños, pag. 82.
- (5) Papalia, E.D. y Olds. Psicología del desarrollo, pag. 225.

2.1.3 EL INICIO DE LA MARCHA

Cuando el niño quiere caminar es necesario que la madre se lo permita de buena gana y lo favorezca en vez de limitarlo. La andadera es mejor que tener al niño inmovilizado, pero no puede sustituir los brazos de la madre que se le ofrecen al niño como una continuación de sí mismo favoreciendo que camine. La marcha implica entre otras cosas la separación de la madre y si ella permite que se dé sin limitaciones o apresuramientos, el desprendimiento se torna apacible y satisfactorio. (1)

La necesidad de contacto con la madre se hace cada vez menor cuando el niño comienza a llevar a cabo otras actividades. El inicio de la marcha favorece su independencia.

Los padres que sobreprotegen a los niños los limitan a aprender.

(1) Aberastury, Aminda. Teoría y Técnica del Psicoanálisis en niños, pag.83.

2.2 CONSIDERACIONES DE LA TEORIA DEL APEGO

La Teoría del Apego adopta principios derivados de la etología y establece vínculos con la teoría cognitiva. Entre los autores que se basan en éste marco conceptual se encuentran John Bowlby y Mary Ainsworth.

Por conducta de apego se entiende cualquier forma de comportamiento que tiene como resultado el logro o conservación de la proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. (1)

La finalidad de dicha conducta de apego es mantener la proximidad, lo que lleva al niño a establecer vínculos afectivos entre él y sus progenitores y posteriormente con otras personas.

La teoría del apego considera que hay una tendencia predeterminada a establecer lazos íntimos. Dicha tendencia se encuentra presente en el neonato.

El modo en que la conducta de apego se organiza dentro de cada individuo depende de sus experiencias propias. Esta teoría considera que las experiencias con la familia de origen tienen influencia.

Dependiendo de la forma en que la madre y el padre tratan al niño será la pauta de apego que éste muestre.

Si la relación entre el individuo apegado y la figura de apego funciona bien produce alegría y una sensación de seguridad. Si resulta amenazada surgen los celos, la ansiedad, la ira. Si se rompe habrá dolor y depresión. (2)

Ainsworth y sus colegas en 1971, describen 3 pautas principales de apego :

Apego seguro.- cuando el individuo confía en sus padres.

Apego ansioso.- cuando el individuo no está seguro de si sus padres acudirán y le ayudarán al necesitarlo, lo que propicia aferramiento.

Apego ansioso elusivo.- cuando el individuo espera ser desairado, lo que propicia que intente vivir sin amor, ni ayuda.

Bowby, nos dice que los progenitores deben mostrarse accesibles y sensibles ante las demandas de sus hijos. Deben proveer lo que llama "una base segura" que permita al niño o adolescente saber que sus padres cubrirán sus necesidades y le proporcionarán atención, como protección cuando lo requiera.

Bowby, explica que la forma de tratar a los hijos, depende de las propias experiencias que hayan tenido los progenitores en su infancia y adolescencia. En base a ésta teoría en el plazo de unos días el niño es capaz de distinguir entre la figura de la madre y otros mediante su olor, su voz y por el modo que tiene ella de sostenerlo. El discernimiento visual es seguro hasta el segundo trimestre y para que se dé la conducta de apego como un sistema organizado se considera necesario que el niño haya desarrollado la capacidad cognitiva de mantener a la madre en su mente cuando ella no está presente, capacidad que se desarrolla durante los primeros 6 meses. (3)

Hacia el final del primer año la conducta de apego del niño se activa cuando éste requiere la cercanía de la madre para que lo proteja, por ejemplo cuando siente temor.

La conducta de apego contribuye a la supervivencia. El brindar cuidados también se relaciona con dicha conducta, pero su función es la de proteger al individuo apegado.

En conclusión, el patrón de los vínculos afectivos que un individuo establece durante su vida depende de la forma en que su conducta de apego se organiza en su personalidad. (4)

(1) Bowlby, John. La pérdida afectiva, pag.60.

(2) Bowlby, John. Una base segura, pag. 16.

(3) Ibid 144.

(4) Op. Cit., pag.62

CAPITULO III

ESTUDIOS SOBRE LOS EFECTOS PROVOCADOS POR LA PERDIDA MATERNA

El objetivo de éste capítulo es proporcionar información acerca de diferentes estudios que han llevado a cabo diversos autores con el propósito de conocer los efectos que provoca la separación madre-hijo.

René Spitz explica que las enfermedades defectivas emocionales se originan por lo general, de la ausencia física materna. El sustituto proporcionado al infante puede ser inadecuado o inexistente.

Al llevar a cabo un estudio en una institución denominada "Casa Cuna", éste autor encontró un conjunto de síntomas en 19 niños que después de haber estado a cargo de su madre con la que habían tenido una buena relación fueron privados de ella durante 3 meses, entre el sexto y el octavo mes de vida.

El progreso medio del síndrome que se observó mes por mes en los 19 infantes, más otros 15 que se estudiaron a continuación fue el siguiente :

Durante el primer mes los infantes se mostraron llorones, exigentes y con tendencia a asirse al observador cuando lograba hacer contacto con ellos.

En el segundo mes a veces cambiaban el llanto por gemidos y había una detención en el índice de desarrollo. Durante el segundo y tercer mes perdían peso.

En el tercer mes se negaban al contacto, se iniciaba el insomnio y la rigidez facial, existía una tendencia a contraer enfermedades interrecurrentes, se generalizaba el retraso psicomotor.

Después del tercer mes quedaba establecida la rigidez facial, presentaban letargo, gemidos y el índice de desarrollo empezaba a decrecer.

Había diferencias individuales en los síntomas encontrados, el lloriqueo podía predominar durante algunas semanas ; o en algunos casos podía haber una actitud de total retraimiento, o bien después de una repulsa inicial, se encontraba un apego de desesperación al adulto. (1)

El síndrome fue denominado depresión anaclítica.

Los niños presentaban mejoría si la madre retornaba al niño dentro de un período de 3 a 5 meses.

Se observó la privación total en una institución llamada Casa de Expósitos, que albergaba a 91 infantes (Spitz, 1945, 1946). Los infantes eran criados al pecho durante los 3 primeros meses. Después del tercer mes eran separados de sus madres y pasaban por las etapas características de la privación parcial y después de 3 meses el retraso psicomotor se hacía evidente por completo. Al final del segundo año, el promedio de su índice de desarrollo se detenía en el 45% de lo normal. (2)

Las cifras de mortalidad eran altas.

Anna Freud y Dorothy Burlingham observaron a bebés de 6 a 12 meses criados en una guardería infantil dependiente de una asociación de padres adoptivos de niños víctimas de la guerra, lo que les permitió comprobar que el internamiento provocaba que se presentara un retraso en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje del control de esfínteres.

Por otro lado, las disposiciones agresivas en éstos niños eran frecuentes, debido a que tenían que compartir las cosas con una cantidad grande de menores.

Al realizar en repetidas ocasiones el experimento de dividir en pequeñas secciones a grupos de niños (de 3 a 5 menores en cada grupo) en donde una maestra joven hacia las veces de madre adoptiva, se observó que los niños mostraban un apego intenso y se volvían exigentes con la sustituta. Ciertas fases evolutivas que habían resultado difíciles anteriormente, así como la formación del hábito de limpieza tuvieron cumplimiento. (3)

John, Bowlby reunió testimonios de las respuestas observadas en niños durante el segundo año de vida al ser separados temporalmente de sus padres quedando bajo el cuidado de otras personas. En 3 casos reunidos por Bowlby se plasmaron las respuestas presentadas por infantes. A pesar de que estos diferían en algunos aspectos, mostraron conductas semejantes durante la separación.

El primer caso hace referencia a una niña de 17 meses que estuvo a cargo de 2 personas en un hogar sustituto durante 10 días bajo condiciones muy favorables.

El segundo caso es el de un varón que tenía un año con 5 meses cuando paso 15 días en una guardería para niños internos sin recibir cuidados especiales de ninguna niñera en particular.

El tercer caso se refiere a una niña que tenía 16 meses de edad cuando pasó quince días en una guardería para niños internos.

Entre las conductas semejantes que se observaron entre los 3 infantes se encuentran las siguientes :

La niña del primer caso y el niño del segundo caso buscaron la compañía de las figuras sustitutas. Sin embargo en el segundo caso decrecieron los intentos de aproximarse a las niñeras, ya que ninguna en especial tomó la responsabilidad de cuidar al niño.

Ambos niños respondieron con intensos sentimientos hacia la madre cuando volvieron a verla , a pesar de no haber recibido visitas anteriores de ella.

Los 3 niños se aferraban cada uno a su padre cuando éste intentaba retirarse después de visitarlos.

Los 3 infantes mostraron tendencia al llanto y con excepción de la niña del primer caso se observó propensión a abrazar a un osito.

Se observó que el niño se aferró a una manta en una ocasión. Algunas veces andaba de "aquí para allá" mientras se retorcia las manos. Jugaba silenciosamente en un rincón y se fue poniendo cada vez mas deprimido (no jugaba , no comía, no pedía nada y respondía solo fugazmente). Permanecía apático durante largos periodos.

Una de las niñas chupaba la manta de la cama en algunas ocasiones, accedía a que la dejaran sola al acostarse si le daban un biberón y en ocasiones daba la impresión de estar vagando errante. En el segundo y tercer días de su estancia en la guardería pasaba largo rato junto a la puerta por la que había desaparecido su padre. En los últimos 5 días de su estada permanecía callada, parecía triste y ocasionalmente tenía accesos de risa.

La niña que se encontraba en el hogar sustituto mostró una tendencia a chuparse el pulgar. Cuando dejaba de sonreír, ponía el rostro tenso e inexpresivo. Fue capaz de reconocer su propia casa y jardín que se encontraban cerca del hogar sustituto e intentó abrirlas.

Bowlby observó las reacciones de niños entre los 15 y los 30 meses, los cuales al ser hospitalizados presentaban lo que él denominó ansiedad de separación. Estos menores atravesaban por 3 etapas :-

En la etapa de protesta los bebés lloraban, hacían estremecer la cuna y se dejaban caer.

En la etapa de desesperación disminuían sus movimientos activos, se tornaban retraídos e inactivos y lloraban en forma monótona o intermitente.

En la etapa de desligamiento aceptaban los cuidados de las diferentes enfermeras, comían, se entretenían con los juguetes e inclusive sonreían y era sociables. Cuando la madre los visitaba se mostraban apáticos y hasta se alejaban de su lado.

Bowlby considera que al existir diferentes figuras adoptivas o cuando hay una relación inadecuada con el niño, esto provoca que éste se separe con mayor dificultad.

En 1940, Lowrey, un psiquiatra norteamericano de niños describió que niños recluidos en un orfanato durante los 3 primeros años de vida mostraban incapacidad para dar y recibir afecto, comportamientos agresivos y trastornos del lenguaje. Esto no se encontró en niños ingresos después de la edad de 2 a 3 años. (4)

Goldfarb investigó a 15 niños que vivieron en un orfanato desde los 4 meses a los 3 años de edad que fueron recogidos posteriormente por otras personas. Estudió un grupo de referencia integrado por niños de las mismas edades que fueron recogidos inmediatamente después de llegar al orfanato

Los niños del primer grupo mostraron menor inteligencia, memoria y una mengua notoria en el desarrollo del lenguaje.

La doctora Kellmer Pringle comprobó que la aptitud verbal de niños de 4 años criados en residencias infantiles era inferior a la de niños que vivían en su casa y asistían a guarderías. Ambos grupos procedían de familias que estaban desamparadas social y culturalmente. Concluyó que los niños cuidados en residencias y que pasaban la mayor parte del tiempo en compañía mutua, sufrían atraso en el desarrollo del lenguaje por la falta de contacto con personas adultas. (5)

En un estudio de niños recluidos en una institución, una psicóloga sirvió de madre sustituta. Durante 7.5 horas diarias, 5 días a la semana, durante 8 semanas, jugó con

ellos, los alimentó, los cambió y realizó las funciones maternas. Un grupo de control de 8 bebés recibió atención a sus necesidades físicas por parte de varias niñas.

Después de 2 meses, los niños que habían recibido cuidados maternos mostraron una diferencia significativa con respecto a los bebés del grupo de control; sonreían y balbuceaban más fácilmente con la experimentadora y con otros adultos. Un año y medio después, los niños del grupo experimental aún continuaban vocalizando más que los del grupo control. (6)

En otro estudio se llevó un programa de abuelos adoptivos (Saltz, 1973). En este caso, las personas de edad avanzada alimentaban, acunaban, caminaban y hablaban con un grupo de 81 niños de una institución durante 4 horas diarias, cinco días a la semana. Lían cuentos, jugaban y conversaban con ellos. Después de 4 años de este programa, los niños mejoraron en cuanto al cociente intelectual y a la competencia social en comparación con un grupo de control de una institución similar que no contó con los abuelos adoptivos. (7)

Al llevar a cabo un estudio de casos de 5 niños, cuyas edades fluctuaban entre los 7 y los 10 años de edad, que se encontraban en una comunidad infantil a los cuales se les aplicaron pruebas de inteligencia y personalidad, se encontró lo siguiente :

El área afectiva estaba seriamente alterada.

Se detectaron elevados niveles de ansiedad y angustia que determinaban retardo en el desarrollo psicosocial, lo que a su vez propiciaba impermeabilidad al contacto social y limitación para establecer relaciones afectivas acordes a su edad.

Existía un pobre desarrollo psicomotor, debido quizá a la escasa motivación que recibían por parte del medio ambiente y a la nula gratificación afectiva que su actividad producía.

Tenían una capacidad intelectual media y superior a la media. Sin embargo las carencias reales, sobre todo las concernientes al aspecto afectivo y de identificación materna resultaban claves para mantener un bajo rendimiento intelectual. (8)

Estos estudios indican que los niños necesitan de la atención individual por parte de una persona que ejerza la función materna.

Winnicott refiere que el niño carente de vida familiar es un niño enfermo que puede tener regresiones a fases mas tempranas del desarrollo emocional que hayan sido mas satisfactorias y que puede presentar un estado de Introversión patológico como consecuencia de la privación. (9)

El niño normal, a quien su propio hogar ayuda en las etapas iniciales, desarrolla una capacidad para controlarse, lo que no ocurre en niños que no han tenido la oportunidad de desarrollar un adecuado control interno y necesitan absolutamente de un control exterior. (10)

- (1) Spitz, René. El primer año de vida del niño, pag.200.
- (2) Ibid. 205.
- (3) Freud, A. y Burlingham. Niños sin familia, pag.54.
- (4) Wolff, Sula. Trastornos Psíquicos del niño : causas y tratamientos, pag.19.
- (5) Ibid.20
- (6) Papalia, E. Diane. Psicología del desarrollo, pag.292.
- (7) Ibid.293.
- (8) Ugalde y Ríos de la Torre. Privación maternal: problemas emocionales e intelectuales del infante. Tesis, Lic. U.N.A.M., pag.175.
- (9) Winnicott, D.W., La familia y el desarrollo del individuo, pag.174.
- (10) Winnicott, D.W., El niño y el mundo externo, pag.189.

CAPITULO IV

SUGERENCIAS PARA EL MANEJO DEL NIÑO INSTITUCIONALIZADO

El objetivo de éste capítulo es proporcionar sugerencias generales en base a lo que proponen diversos autores para brindar una mejor atención al niño que se encuentra bajo el cuidado de alguna institución.

Los niños que no tienen un hogar y se encuentran internados en una institución requieren de una persona o de un número limitado de personas que permanentemente les brinden atención individual, tomando en consideración que todos los niños difieren entre sí, por lo que resulta necesario adaptarse a las necesidades propias de cada uno.

Lo anterior significa que la persona encargada del cuidado del menor debe tener una relación personal y viva con él, mas no una relación basada en técnicas de aprendizaje. (1)

La tendencia interna al desarrollo y el complejo crecimiento emocional de cada bebé requieren de determinadas condiciones, entre las cuales se destaca el cuidado amoroso como una condición necesaria para el crecimiento emocional. (2)

Se considera que el aprendizaje se puede dar en forma espontánea como consecuencia directa de una relación constante entre el niño y una persona que no solamente se encargue de proporcionar cuidados físicos, sino de interactuar continuamente con él y brindarle cuidados.

Es necesario tomar en cuenta que la cantidad de personas encargadas de los menores puede no estar en proporción a la cantidad de niños, lo que propicie que existan menores carentes de atención.

En éstos casos se necesitaría contar con un número de personas suficiente para atender a cada menor de manera adecuada.

El establecimiento de relaciones entre las niñeras y los niños es limitado cuando cada menor está bajo el cuidado de una nómina de personas.

En las guarderías las separaciones pueden ser inevitables debido a que las encargadas del cuidado de los niños pueden abandonar el empleo o ser trasladadas de un departamento a otro, lo cual puede ser usado como argumento en contra de la "asignación de madres sustitutas" a los menores dentro de la institución, pero es preferible una relación de cariño corta que una existencia deprovida de afecto. (3)

Es necesario que las personas encargadas del cuidado del niño en las instituciones reciban orientación en cuanto al manejo que se les debe dar a los menores.

Los llamados grupos de instrucción profesional se componen de todo el personal de los establecimientos en donde se atiende a estos niños. En éstos grupos se requiere de un profesional que diriga al grupo, ya sea un psiquiatra, psicoanalista o trabajador social entrenado en métodos de grupo. (4)

Las discusiones en estos grupos se centran en las interacciones entre el personal y los niños. Se brinda la oportunidad de dilucidar los sentimientos que provoquen los niños entre los miembros del personal, así como los sentimientos en relación a la organización de la vida institucional para lograr alivio ante dichas situaciones. Por otra parte, se pueden brindar interpretaciones del comportamiento de los niños cuando los miembros del personal no sean capaces de explicárselos por sí mismos. En éste tipo de grupos no se intenta analizar la vida privada de los participantes, sino sus sentimientos en relación con su trabajo. (5)

(1)Winnicott, D.W., La familia y el desarrollo del individuo, pag.48.

(2)Winnicott, D.W., El niño y el mundo externo, pag.54.

(3)Freud, A. y Burlingham. Niños sin familia, pag.62.

(4) Wolff, Sula. Trastornos psicológicos del niño : causas y tratamientos, pag.255.

(5)Ibid 256.

CAPITULO V

METODOLOGIA

5.1 TIPO DE INVESTIGACION : Clínica.

5.2 DISEÑO : Estudio de Casos.

5.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La función materna ejerce influencia en el desarrollo infantil. Al no existir un sustituto materno estable cuando el niño es separado de su madre durante la primera etapa de su desarrollo ; se presentan una serie de anomalías debido a la situación adversa al desarrollo por distintas causas como pueden ser excesos, desamparo o violencia.

5.4 OBJETIVO GENERAL

La presente investigación tiene como propósito conocer los efectos que provoca la ausencia de la función materna en niños entre el primer y el tercer año de vida a partir del estudio de 5 casos de menores internos en una Casa Cuna en base a la información clínica recabada en ésta última, desarrollando los aspectos teóricos relacionados con la influencia de la función materna y los efectos de la institucionalización en los primeros años de vida del niño.

5.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la normalidad y funcionamiento de la Casa Cuna, las modificaciones que ha sufrido desde su creación, cuáles son sus objetivos y su organización actuales.
- Conocer las funciones que ejercen los Psicólogos que atienden a la población infantil.

- Obtener conocimientos teóricos en relación a la función materna y a los efectos de la institucionalización en los primeros años de vida del niño, así como el manejo que se recomienda para este tipo de menores.
- Elaborar un resumen de las conductas observadas después de un período de convivencia con los niños incluidos en la muestra.
- Integrar la información teórica y práctica con el fin de proporcionar una interpretación que permita tener un conocimiento de la problemática presentada en cada caso al indagar acerca de los factores que intervienen para que se presenten determinadas conductas en los niños, tomando en consideración los antecedentes de cada menor y la atención proporcionada a cada uno desde su ingreso a la institución con el propósito de atenderlos y apoyarlos en base al conocimiento de sus experiencias particulares.
- Proporcionar conclusiones y proponer sugerencias con la finalidad de brindar bases para proporcionar atención y apoyo a los menores en general.

5.6 POBLACION

De la población total de Casa Cuna Coyoacán que alberga a menores de 0 a 6 años en condiciones de abandono total o parcial, lo cuales se encuentran repartidos en 5 áreas de acuerdo a su edad cronológica, se escogió a la población de una sala llamada área de lactantes mayores en la cual había aproximadamente 20 menores albergados. De ahí se extrajo una muestra de niños.

5.7 MUESTRA

La muestra está constituida por un grupo de 5 menores, 2 niños y 3 niñas albergados en el área de lactantes mayores de la Casa Cuna Coyoacán por ser víctimas de ilícitos de diversa índole. Estos niños fueron separados de su madre en el transcurso del primer año de vida. Sus edades fluctúan entre un año y dos años y medio. Se eligió a

menores que presentaban cuadros patológicos. La muestra fue elegida después de observar de manera personal el comportamiento de un grupo de lactantes por un período de tiempo variable en cada caso. Por otro lado se consideró la sugerencia de la Psicóloga del área de estudiar a un grupo de menores que de acuerdo a su consideración se caracterizaban por presentar cuadros patológicos recurrentes.

5.8 PROCEDIMIENTO

Después de un período aproximado de 6 meses de convivencia con los menores albergados en el área de lactantes mayores de la Casa Cuna se acudió con la Directora de esta institución con la finalidad de obtener su autorización para llevar a cabo el presente estudio. Al tomar conocimiento del tema que se abordaría, dió su consentimiento para consultar los expedientes de los niños incluidos en la muestra, además de proporcionar información referente a los antecedentes y organización de la institución. En el área de Trabajo Social se proporcionó un resumen más amplio de los antecedentes.

Por otro lado se acudió con la Psicóloga del área de lactantes mayores, con la cual se había establecido un diálogo previo durante el período en que se convivió con los niños al prestar servicio social, debido a que ella era quien indicaba el tipo de manejo que se debía establecer con cada menor en base a sus características. Fue así como ella ayudó a elegir a un grupo de menores para emplear la información referente a éstos en la presente investigación.

Posteriormente se acudió con la Coordinadora Técnica de Psicopedagogía quien proporcionó la información referente a las actividades de los Psicólogos.

Al ingresar una nueva Coordinadora de esta área se le informó que se llevaría a cabo un estudio de casos, por lo que sería necesario consultar los expedientes. La directora General de la Casa Cuna pidió a las Coordinadoras de las áreas en donde se encontraban éstos que permitieran la consulta.

A partir de lo anterior se extrajo la información necesaria y se elaboró un breve resumen de lo que se observó de manera personal al haber convivido previamente con la población objeto de estudio.

Una vez que se llevó cabo lo anterior, se recabo información teórica por medio de libros y de tesis que abordaban temas semejantes. De éstas últimas se tomó alguna información que sirvió como complemento para este estudio.

Para llevar a cabo esto se consideró la información recabada en la institución , el resumen de lo que se observó en lo personal y la teoría que sirvió como base para analizar los casos.

En base a las explicaciones teóricas y al estudio de casos se extrajo una conclusión general y se propusieron sugerencias que pudieran servir para ayudar a los menores de la Casa Cuna.

CAPITULO VI

PRESENTACION DE LOS CASOS

CASO NUMERO 1

DATOS PERSONALES

Nombre : "N."

Sexo : masculino.

Fecha de nacimiento : probablemente en junio de 1994.

Fecha de ingreso a la Casa Cuna : 23 de enero de 1995.

Edad al ingreso : 7 meses.

Procedencia : Unidad de Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Motivo de ingreso : relacionado con la averiguación previa iniciada por privación ilegal de la libertad.

Situación jurídica : caso a cargo de la Institución canalizadora, por lo que se esperaría el término legal para establecer su situación jurídica.

ANTECEDENTES DEL CASO

El menor ingresó a la Casa Cuna a la edad de 7 meses procedente de la Unidad de Albergue temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. De la averiguación previa que se llevó a cabo se desprende que el niño fue víctima de ilícitos:

Una señora denunció que un sujeto se había llevado a su hijo. Dicho sujeto manifestó que efectivamente dicha señora le dió al menor regalado y él a su vez lo regalo a otras personas sin haber recibido ninguna cantidad de dinero a cambio. Declaró que sin precisar fecha exacta conoció a unas personas que le pidieron que en cuanto supiera de alguien que regalara un niño se los comunicara.

Por otro lado, unos policías judiciales declararon que los Inculpados les manifestaron que el día 4 de septiembre de 1994 el sujeto les habla regalado al menor.

Por todo lo anterior, el niño fue canalizado a la Casa Cuna para su guarda y protección hasta que la autoridad correspondiente concluyera los trámites para determinar su situación jurídica.

REPORTES PSICOLOGICOS DEL CASO "N"

Enero de 1995. El niño se encontraba en proceso de integración al medio institucional ; se le proporcionaba estimulación en el área motriz fina.

Febrero de 1995. Tenía un buen desarrollo general. Se recomendó una mayor estimulación en las áreas motriz gruesa y de lenguaje.

28 de febrero de 1995. Hubo buena respuesta a la estimulación motriz y social **afectiva. Sus logros motrices eran característicos de los 8 meses y habría que enfocarlos hacia el desarrollo de los 9 meses.** Ya presentaba emisión de sílabas simples consonantes. Se le estimulaba físicamente.

Marzo de 1995. No había logrado adaptarse a la sala debido a que permanecía la mayor parte del tiempo en su cuna sin participar con los demás, por lo que se brindó la **sugerencia de incluirlo en el grupo.** Sin embargo llamó la atención una leve atonía muscular especialmente en tronco que impedía que lograra permanecer más tiempo sentado. Se observaba torpe en sus movimientos y aunque su carácter era tranquilo no respondía a la estimulación psicomotriz. Por otro lado al observarlo se lograba tocar una **protuberancia en la cabeza a la altura del occipital,** pero se ignoraba que era y que efecto podía tener a futuro en su desarrollo por lo que se sugirió dar a conocer esa situación.

Abril de 1995. Se inició la ejercitación diaria para fortalecer tronco y piernas. Se observó que lograba sentarse y permanecer así por mucho tiempo, sin embargo al colocarlo en prona se negaba a elevarse provocando angustia que degeneraba en llanto hasta que se dormía. Se insistiría en brindar apoyo, se mantendría en observación y en caso necesario se solicitaría apoyo médico que orientara en relación a una posible **anomalía en su desarrollo en general.** Por otro lado, se informó que permanecía mas tiempo junto con los demás, pero no participaba, se mantenía aislado a pesar de que se le instigaba por medio del reforzamiento social.

Sus ingestas y sus sueño eran adecuados.

Mayo de 1995. Con la estimulación que había recibido en el área motriz se logró que se desplazara arrastrando el tronco, aunque se notaba perezoso, lo que obligaba a motivarlo permanentemente, sin embargo aún era evidente el atraso a pesar de sus logros, además mostraba poca tolerancia siendo común observar que llorara por cualquier motivo.

Se seguiría trabajando en esas áreas manteniéndolo en observación.

Junio de 1995. Se había dado prioridad a la estimulación de este menor en todas sus áreas dado que para su edad había un atraso leve en su desarrollo a pesar de que en su última valoración había presentado un diagnóstico normal.

Se brindó estimulación en el área motriz, por lo que se pudo observar el inicio del gateo en 4 puntos lo que le permitía desplazarse mas fácilmente y en consecuencia integrarse con el grupo. Fue valorado por el neurólogo coincidiendo en que aparentemente se trataba de carencia de estimulación previa, lo cual obligó a insistir en brindarle atención especial. Se mantendría en observación a sugerencia del especialista con el fin de reservar el pronóstico.

Julio de 1995. Se encontraba respondiendo a la estimulación, la cual le había favorecido en forma importante, aunque todavía se consideraba muy pronto para mejorar el pronóstico, ya que para su edad continuaba retrasado. Se empezaba a observar un incremento en el lenguaje, el cual se aprovechó para reforzar. Sus ingestas y su sueño eran adecuados. Recibía atención de terapia física para inducir la marcha. Se mantendría en observación.

Agosto de 1995. Fue valorado obteniendo un E.D. de 88, lo cual era inferior a lo normal. Fue evidente que el área mas afectada era la del lenguaje, ya que a pesar de que había mejorado, de acuerdo a su edad cronológica se encontraba retrasado. Había

recibido estimulación del área de terapia física con buena respuesta. Se observó que era tranquilo, poco tolerante y mas activo. Se iba a continuar con el mismo manejo.

Septiembre de 1995. Mejoró en relación a su poca tolerancia, ya que se observó mas activo, respondiendo a la aprobación social sin mostrarse tan demandante. Se mantenía en su programa de terapia física con buena respuesta, ya que había mejorado en forma importante en su motricidad gruesa. Aún no se integraba a actividades de control de esfínteres, debido a su edad y al ligero retraso observado en su desarrollo, por lo que se haría énfasis en la estimulación del lenguaje y psicomotricidad.

Octubre de 1995. Se observó un avance notorio en el desarrollo de su motricidad ya que a finales de este mes dió sus primeros pasos solo, lo que favoreció a su vez su seguridad. Se reforzó el evento y se solicitó continuar brindando estimulación a fin de que consolidara la conducta.

NOTA : En los expedientes de éste menor no había informes referidos por las niñeras.

REPORTES DE VALORACIONES PSICOLOGICAS

Fue valorado con el test de desarrollo evolutivo de Gesell el día 6 de febrero de 1995 cuando contaba con 8 meses de edad aproximadamente.

Observaciones generales :

Reporte médico. Durante su estancia se habían reportado los siguientes cuadros clínicos : exantema viral, conjuntivitis, rinofaringitis bacteriana y eritema de pañal.

Reporte de conducta. Se mostró atento al material de la prueba, con un tiempo de respuesta adecuado a su edad. Se empezaba a adaptar a la rutina de la sala. Respondía adecuadamente a la estimulación socioafectiva. Se observó un decremento en el tono muscular en miembros inferiores. Ultimamente presentó vómitos en forma frecuente.

Resultados :

E.D. 30.3 sem. C.Dg. 95 Dx. Normal

M. 91 A. 100 L.88 P.S. 100

Las edades base en las áreas del lenguaje y motriz se podían ubicar en el desarrollo de las 28 semanas, logrando en esta última presentar ítems de las 32 semanas. En posición prona giró más de 40 grados aun que lentamente, sus movimientos no eran vigorosos, se cansaba fácilmente, presentaba barrido radial e Ineficaz prensión tipo tijera inferior.

Aún no emitía sílabas simples consonantes, sino sonidos vocales polisilábicos.

Las áreas adaptativa y personal social presentaban una edad base acorde a la edad cronológica lo que indicaba un buen desarrollo de dichas áreas.

Conclusión

Presentaba un desarrollo bueno en general, aunque se consideró que le beneficiaría una mayor estimulación en las áreas motriz gruesa y del lenguaje. Se sugirió brindarle apoyo afectivo.

Fue valorado el día 14 de Agosto de 1995 con el test de desarrollo evolutivo de Gesell cuando tenía un año con 2 meses de edad.

Observaciones generales :

Reporte médico. De su última valoración a la fecha el menor presentó : eritema de pañal, rinofaringitis viral y bacteriana, rinitis viral, conjuntivitis bacteriana, mordedura superficial en pantorrilla derecha, parafimosis, diarrea sin DHE, traumatismo en labio superior y sudamina.

Al momento de su valoración se reportó clínicamente sano.

Reporte de conducta. Se caracterizaba por ser un niño retraído, tranquilo y poco demandante. Respondía el contacto y a la aprobación social, así como al manejo conductual cuando era necesario aplicarlo. Sin embargo había sido evidente que su desarrollo se había decrementado especialmente en lenguaje y motricidad.

Se mencionó que lo habían reportado muy afectuoso, tolerante, pero poco participativo. Sus ingestas y su sueño eran adecuados.

Resultados :

E.D. 12.3 C.Dg. 88 Dx. inferior a lo normal.

M.88.5 A.88.5 L.78.4 PS. 98

Por áreas su edad base se ubicó en la motriz, adaptativa y personal social en 48 semanas y en lenguaje 30 semanas. El decremento era notorio y el desfase era más evidente en el área de lenguaje.

Conductas que realizaba :

Logró mantenerse sentado, girando cuando deseaba levantarse. Se sostenía parado apoyado del barandal o de otro objeto, gateaba en 4 puntos y lograba desplazarse

sostenido a pesar de que había renuencia de su parte (no se podía hablar de hipotonía). Solo lo hacía cuando había disposición.

Había movimientos finos de sus manos predominando la prensión de pinza.

Era capaz de manipular los cubos colocando dentro de la taza o soltando, sin embargo no lograba construir la torre de dos.

No se logró escuchar la emisión de "palabras" o fonemas. Solo emitía sonidos guturales, pero si lograba dirigir la mirada al objeto que se le mencionaba.

Manipulaba objetos o juguetes golpeando con ellos o arrojándolos. Respondía a la aprobación social mostrando sus juguetes. Estas eran conductas propias de los 15 meses.

REPORTES MEDICOS

FECHA	ENFERMEDADES
23-I-95.	Lactante masculino eutrófico con rinofaringitis bacteriana.
25-I-95.	Exantema viral.
27-I-95.	Conjuntivitis.
30-I-95.	Rinofaringitis bacteriana.
01-II-95.	Eritema de pañal.
11-II-95.	Sano.
15-II-95.	Rinitis viral.
16-II-95.	Rinofaringitis bacteriana.
25-II-95.	Conjuntivitis bacteriana.
04-III-95.	Sano.
07-III-95.	Eritema de pañal.
30-III-95.	Rinofaringitis viral.
31-III-95.	Rinofaringitis bacteriana.
13-IV-95.	Rinofaringitis viral.
17-IV-95.	Rinofaringitis bacteriana.
25-IV-95.	Mordida superficial en pantorrilla derecha.
28-IV-95.	Parafimosis.
01-V-95.	Faringitis.
04-V-95.	Rinofaringitis bacteriana.
18-V-95.	Diarrea sin deshidratación.
02-VI-95.	Rinofaringitis viral.
07-VI-95.	Rinofaringitis bacteriana.
10-VII-95.	Rinofaringitis probablemente viral.
27-VII-95.	Rinofaringitis viral.
30-VII-95.	Trauma en labio superior.
08-VIII-95.	Sudamina.
27-VIII-95.	Diarrea de etiología a determinar.
31-VIII-95.	Rinofaringitis viral.
01-IX-95.	Rinofaringitis bacteriana.

- 15-IX-95. Gingivoestomatitis herpática.
- 16-IX-95. Hematoma en dedo pulgar derecho.
- 22-IX-95. Rinofaringitis viral.
- 30-IX-95. Rinofaringitis viral
- 02-X-95. Conjuntivitis infecciosa.
- 09-X-95. Traumatismo superficial en labio superior.
- 26-X-95. Rinofaringitis viral.
- 27-X-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 30-X-95. GEPI sin deshidratación.
- 13-XI-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 14-XI-95. Traumatismo craneal simple.
- 15-XI-95. Bronquiolitis vs BNM (se interna en Hospital Infantil).
- 27-XI-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 03-XII-95. Epistaxis.
- 05-XII-95. Cuadro enteral sin DHE.
- 11-XII-95. Trauma en cara.
- 09-I-96. Rinofaringitis bacteriana.

OBSERVACIONES PERSONALES

Se observó al menor por un período de 6 meses durante 5 días a la semana por 4 horas diarias.

Se observó su comportamiento general durante este periodo, mientras se encontraba en la sala de lactantes conviviendo con otros niños y bajo el cuidado de varias niñeras y de personal que prestaba servicio social en la institución.

En general se encontró lo siguiente :

Durante los tres primeros meses aproximadamente se observó que su rostro era inexpresivo.

Aproximadamente durante los primeros 4 meses no se escuchó la emisión de sonidos o palabras.

Se trató de convivir el mayor tiempo posible con él a partir del mes de septiembre de 1995. En ocasiones se le alejaba del resto de los niños para permanecer durante algunas horas con él , debido a la sugerencia de la psicóloga de brindarle atención individual, pero no era posible permanecer solamente con este menor debido a las necesidades de los otros.

Se elaboró un programa de estimulación múltiple enfocado a todas las áreas ya que de acuerdo a la Psicóloga existía un retraso general en el desarrollo de éste menor. Al aplicar dicho programa, "N." no respondió favorablemente. No ocurrió lo mismo en el caso de la marcha, ya que en ésta área dió respuestas favorables. Se considera que fue así porque en vez de 'trabajar' en base a un programa de estimulación, se le brindaba apoyo tomándolo de la mano y caminando con él por toda la sala. Se optó por ayudarlo en ésta forma porque al intentar apoyarlo sobre aparatos especiales para estimular, como pequeños carros con ruedas o barras para caminar se mostraba renuente y era común que llorara. Lo mismo ocurría cuando se le instigaba a dar pasos por sí solo.

En forma gradual, el niño intentó caminar por sí solo sin necesidad de que se le forzara a hacerlo y finalmente consolidó la marcha.

Por otro lado, era común que llorara por tiempo prolongado cuando cualquier adulto se alejaba después de haber estado en contacto con él, aunque el tiempo de interacción hubiera sido solo de algunos minutos, lo que propiciaba que el personal evitara entrar en contacto con él para que no se presentara el llanto.

Cuando estaba solo se mostraba tranquilo. Generalmente no trataba de llamar la atención del personal encargado de su cuidado.

Era muy pasivo e interactuaba poco con los demás.

Aproximadamente durante los 3 últimos meses en que fue observado, sonreía en comparación a la falta de expresión mostrada al principio.

Esporádicamente se escuchaba la emisión de palabras tales como "mamá" y "te" durante los 2 últimos meses en que fue observado.

Generalmente comía bien .

En base a todo lo anterior se considera que a pesar de los logros que obtuvo, hasta enero de 1996, aún existía un retraso significativo en su desarrollo general, el cual siguió un curso anormal, debido a que careció de una madre con la cual pudiera establecer una relación continua, después de su ingreso a la Casa Cuna.

La estimulación múltiple no dió los resultados esperados, ya que el menor no respondía o bien respondía demasiado lento. Esto demuestra que el niño requería algo más que estimulación.

Debido a una interrupción previa del lazo parental, el niño necesitaba de una persona que ejerciera la función materna.

CASO NUMERO 2

DATOS PERSONALES

Nombre : "O".

Sexo : Femenino.

Fecha de nacimiento : 22 de junio de 1994.

Fecha en que ingresó a la Casa Cuna : 31 de agosto de 1994.

Edad al ingreso : 2 meses aproximadamente.

Motivo de Ingreso : por presentar lesiones.

Canalizada por : Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Situación jurídica : se pidió la autorización para el ingreso de la niña a la institución, mientras se determinaba su situación jurídica.

ANTECEDENTES DEL CASO

La menor ingresó a la Casa Cuna el día 31 de Agosto de 1994. Fue canalizada por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. En base a la averiguación previa, se refiere que fue presentada en una agencia especializada en asuntos de menores e Incapaces, con lesiones que no ponían en peligro su vida, pero estaban sancionadas. El día 23 de Agosto de 1994 fue examinada. Se dijo que presentaba 2 meses de edad igual a la cronológica. Presentó heritema de un centímetro de diámetro aproximadamente en región temporal izquierda y escoriaciones múltiples en región de rodilla derecha. Dichas lesiones no ponían en peligro su vida y sanarían en menos de quince días. Sin embargo se trataba de lesiones previstas y sancionadas.

En el expediente se refiere que de acuerdo a la información obtenida de la hoja de antecedentes, el 23 de Agosto de 1994 se presentó al Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal la madre de la niña, quien informó que hacía aproximadamente un mes se le había otorgado a su esposo la Patria Potestad de la menor, mientras que a la señora se le había asignado un día de la semana con horario de 10:00 a 14:00 hrs. para ver a la niña. En relación a esto último, la señora informó que su esposo no le permitió ver a su hija.

En relación a la denuncia se refirió que se trataba de una denuncia de lesiones. No se conocían los datos de la denuncia, es decir, en contra de quién se hizo, quién fue el denunciante, cuál era su domicilio.

REPORTES PSICOLOGICOS MENSUALES

Septiembre de 1994. Se observó la adaptación de la menor y se programó para valoración Psicológica el próximo mes.

Octubre de 1994. Se valoró con la prueba de Gesell observando un desarrollo normal. Adaptación total.

Noviembre de 1994. Aumentó su nivel de movilidad. Tenía tentativas para sentarse e intentaba recoger juguetes próximos a ella.

Enero de 1995. Definitivamente se mantenía sentada durante más tiempo sin apoyo. Su prensión era palmar radial (correcta a su edad), transfería de una mano a otra, su lenguaje era bueno. Desarrollo sin problema.

Febrero de 1995. Desarrollo adecuado. Se le apoyó con estimulación temprana.

Marzo de 1995. Presentaba llanto ante las demandas de atención no satisfechas, por lo que requería incrementar su grado de tolerancia, se estimularían todas sus áreas.

Abril de 1995. De su ingreso a la fecha tendía a evadir la mirada directamente a los ojos, quizá por timidez o rechazo. Sería valorada en ese mes en cuanto mejorara su estado de salud y sería transferida a la sala de lactantes. Recibía estimulación.

17-IV-95. Fue trasladada a lactantes. Su estado de salud y anímico no era muy satisfactorio, sus ojos se encontraban sumamente irritados, se le valoró con ciertas dificultades.

Mayo de 1995. La adaptación a la sala fue difícil para la niña, especialmente por su poca tolerancia a la frustración, la cual fue reforzada por adultos. Se brindó orientación al respecto observándose mejoría al final del mes. Incluso sus ingestas mejoraron, así como su sueño, los cuales eran un tanto irregulares debido a que lloraba mucho.

Junio de 1995. Continuaba mostrándose poco tolerante especialmente para establecer contacto con los demás niños. Se observó que lloraba fácilmente cuando otros niños se le acercaban, lo que había propiciado que continuara la sobreprotección de algunos adultos. Se hizo referencia a que se insistiría para que el manejo de la menor fuera de acuerdo con las indicaciones del área.

6-Julio-95. Se observó la convivencia que hubo entre la menor y su padre por medio de una cámara de Gesell y se informó que hubo aceptación por parte de la niña hacia él, empezando a jugar en el piso con unos juguetes. Se hizo referencia a que el Sr. se mostró en franca actitud de excitación sexual, por lo cual se dio por concluida la visita. Debido a éste incidente el área de Psicología no permitió la visita del señor al considerar que se ponía en riesgo la integridad de la niña, debido a la falta de control de impulsos del padre.

En el reporte psicológico se mencionó que en ningún momento tocó los órganos genitales de la niña, pero sus movimientos indicaban que buscaba acomodar a la menor en sus genitales.

Julio de 1995. Se refirió que la menor continuaba mostrándose renuente al contacto físico con los demás debido a que se encontraba en un estado de depresión que se había acentuado a partir de la convivencia con su padre y de la consiguiente sobreprotección de que había sido objeto. Se brindó orientación para que se promoviera la integración de la niña a las actividades de los demás menores tratando de reforzarla socialmente para incrementar su autoestima y seguridad en sí misma. A través del juego vivencial se intentó que la niña manifestara su angustia y que en forma de catarsis se liberara de la misma. Las convivencias con su padre quedaron suspendidas para no perjudicarla. Sus ingestas eran irregulares y su sueño adecuado. También se iniciaron sesiones de terapia física con el fin de favorecer la marcha.

Agosto de 1995. Se observó ligera mejoría en relación a la socialización de la menor. Se integró mas a las actividades del grupo y aceptó mas el contacto físico de los menores. Logró iniciar la marcha sostenida de la pared.

Septiembre de 1995. Aunque se integró un poco mas a las actividades del grupo, todavía era marcada la diferenciación que se había hecho con ella, lo cual propició que se comportara selectivamente a nivel social. Por lo menos habla una persona por turno que se encargaba de sobreprotegerla y cubrir sus demandas afectivas cuando había otros niños que también necesitaban atención.

Octubre de 1995. La menor fue valorada en este mes obteniendo un C.D. de 94.8 equivalente a un desarrollo normal, sin embargo, durante la valoración se consideró evidente que había problemas en su socialización, lo que repercutía en la iniciación de la marcha dado que se negaba a acceder a la estimulación por su poca tolerancia y retraimiento. Se brindó orientación en relación a su manejo y se refirió que se mantendría en observación.

Noviembre de 1995. Gracias al manejo establecido con la menor se pudo observar en poco tiempo la integración de ésta a actividades diversas y se favoreció la iniciación de la marcha. Se le observó más sociable, cooperadora y menos renuente al contacto físico. Se pensó que esto redundaría en beneficio de su desarrollo. Se continuaría con el mismo manejo.

Diciembre de 1995. Se observaron avances importantes en su desarrollo social, lo que favorecía su integración a actividades con los demás niños. Ocasionalmente se le observaba aislada dado que la separaban del grupo para mantenerla en otra área. Se consideró que al no darle un manejo adecuado se le podía afectar nuevamente. Se mantendría en observación.

Enero de 1996. Se reportó la reincidencia de algunos adultos que la sobreprotegían y separaban del grupo en forma evidente, lo que influía en su socialización. Nuevamente

se le observó aislada y renuente a establecer contacto social. Se brindaría orientación al respecto.

Se reportó en un documento el manejo que se había observado en algunos miembros del personal en relación a la menor:

A partir de que atravesó por un estado depresivo importante se vió sometida a la atención excesiva de mucha gente, quienes la sobreprotegían y consentían de tal forma que era común observar que no se encontraba integrada con el resto del grupo. Generalmente estaba en brazos de algún adulto y en ocasiones se le separaba de la sala para permanecer en otra área ajena a la que le correspondía. El área de Psicología consideró que lo anterior iba en detrimento de su desarrollo, particularmente en el área afectiva, lo cual se observó en una constante negación y rechazo, poca tolerancia a la frustración y su demanda excesiva de atención. Se intentó hacer conciencia de 2 aspectos a través del diálogo. En primer lugar se consideró que ella al igual que los demás merecía atención y cariño, por otro lado se informó que al separar a la niña de los demás se propiciaba que discriminara la fuente de afecto y manipulara a partir de esto.

La respuesta del personal fue nula. Se consideró que de continuar con la misma situación el pronóstico para la menor sería desfavorable, ya que se vería afectada su socialización y la estimulación en las demás áreas de su desarrollo.

REPORTES DE VALORACIONES PSICOLOGICAS

Fue valorada con el esquema evolutivo de Gesell el día 21 de octubre de 1994. Su edad cronológica era de 4 meses.

Observaciones Generales :

Reporte médico. En los 2 últimos meses presentó las siguientes enfermedades: conjuntivitis infecciosa, rinoфаринgitis probablemente bacteriana, dermatitis perigenital y diacrosistitis.

Reporte de conducta. Al inicio de su estancia se mostró irritable, dormía la mayor parte del día. Al paso del tiempo su tolerancia aumentó y su ciclo sueño-vigilia se adaptó a los horarios de su sala.

Resultados :

E.D. 4 meses C.Dg.100 Dx. Normal
M.100 A.100 L.100 PS.100

Se observó un desarrollo adecuado en sus 4 áreas. La edad base fue igual a la cronológica, logrando realizar actividades de un mes adelante.

Fue valorada con el test de desarrollo evolutivo de Gesell el día 17 del mes de octubre de 1995 a la edad de 10 meses.

Reporte médico. De su anterior valoración hasta la fecha referida aquí presento las siguientes enfermedades: rinofaringitis viral (5 veces), vulvovaginitis (2 veces), constipación, fiebre posvacunal (2), faringitis probablemente viral, conjuntivitis infecciosa, rinofaringitis bacteriana, eritema perianal, Dermatomicosis en mejilla derecha y quemadura de primer grado.

Observaciones de conducta. Tendía a evadir la mirada y en ocasiones el contacto físico sobre todo cuando demandaba atención y no se le daba de inmediato. Su ingesta y periodos sueño-vigilia eran adecuados

Resultados :

E.D. 9 meses C.Dg 92 Dx. Normal

M.96 A.97 L.86 PS. 90

Conductas que realizaba :

Area motriz. E.B. 9 meses. Sentada permanecía firme indefinidamente, pasaba a posición prona, agarraba el aro por la cinta.

Area adaptativa. E.B. 9 meses. Apareaba los cubos, los sacaba de la taza, agarraba la campana por el mango y la sacudía.

Area de lenguaje. E.B. 8 meses, dada o equivalente.

Area personal-social. E.B. 9 meses. Sostenía su biberón.

Conductas en proceso de adquirir :

Ocasionalmente tomaba la bolita, trataba de sostenerse de la baranda para pararse, su gateo aún no era con apoyo de las 4 extremidades.

Area adaptativa. Presentaba dificultad en su presión fina.

Area de lenguaje. Trataba de responder a un nombre con no, po, e imitaba sonidos.

Area personal-social. Ocasionalmente decía adiós y daba palmaditas.

Presentaba problemas de salud por lo que su nivel de rendimiento fue bajo a pesar de obtener un diagnóstico normal. En ocasiones se mostraba demandante de atención, al no obtenerla podía presentar llanto, pero si se le distraía con un juguete respondía favorablemente.

Fue valorada con el test de desarrollo evolutivo de Gesell el día 10 de Octubre de 1995 a la edad de 15 meses.

Observaciones Generales :

A partir de su última valoración presentó los siguientes cuadros clínicos: eritema perianal, dermatomicosis, quemadura de primer grado abdominal, rinoфаринgitis viral, conjuntivitis infecciosa, rinoфаринgitis bacteriana, dermatitis por contacto, mordida superior en región dorsal, trauma craneal leve, enteritis sin deshidratación, dermatitis micótica genital, prob. acortamiento ap. derecho, traumatismo superior en ojo derecho, T.C.E. sin alteración neurológica. En la fecha de la valoración la reportaron asintomática y con ingestas y ciclo sueño/vigilia adecuados.

Observaciones de Conducta

Se distinguía por su tendencia a deprimirse fácilmente, lo cual se reflejaba en su salud. Se observó que la sobreprotección ejercida por parte de los adultos había provocado que la menor demandara atención en forma por demás notoria, lo que propiciaba un manejo difícil, tomando en cuenta además su poca tolerancia a la frustración.

Lo anterior repercutió en su valoración como se describe:

El área más afectada fue la personal social, debido a su poca disposición para aceptar la estimulación social que le permitiría adquirir conductas relacionadas con la alimentación y autocuidado. Su C.D. en esta área no fue afectado dado que ofreció respuestas de 15 meses. Lo mismo sucedió en las demás áreas. Era evidente que poseía habilidades que le permitirían responder mejor, como se observó en el área motriz, ya que logró sostenerse y deambular con apoyo del adulto. Sin embargo al dejar de tener la atención se derrumbaba y perseveraba en el gateo. Era altamente probable que la menor lograra la marcha en cualquier momento, pero para fines de la valoración no se dio el ítem por no observarse que realizara la conducta.

Resultados :

E.D . 14.2 meses C.Dg. 94.8 Diagnóstico Normal

M.100.6 A.93.3 L.93.3 PS.92

Por áreas la edad base se ubicó en la motriz 14 meses ; 13 meses para la adaptativa y la de lenguaje ; 12 meses en personal-social.

Conductas observadas :

Repertorio verbal limitado a 4 o 5 palabras logrando responder a su nombre. Sin embargo, era común observarla callada y sin hacer el mínimo esfuerzo para solicitar algo, ya que generalmente lo obtenía sin pedirlo.

Cuando permanecía en la cuna juguetaba y trataba de llamar la atención de los demás. En otros lugares permanecía aislada sin involucrarse con el resto de los niños.

Sugerencias :

1. Estimular la consolidación de la marcha.
2. Promover su participación en actividades de juego reforzando socialmente sus intentos.
3. Evitar traerla en brazos mucho tiempo.
4. No hacer evidente ante los demás que podía ser la consentida.
5. Estimular su lenguaje a través de cantos y juegos.
6. Colocarla frente al espejo y reforzar su autoimagen.

REPORTES MEDICOS

FECHA ENFERMEDADES REPORTADAS

- 31-VIII-94. Fue diagnosticada como lactante menor femenina eutr6fica con conjuntivitis infecciosa y rinofaringitis bacteriana pb.
- 01-IX-94. Dermatitis perigenital.
- 09-IX-94. Conjuntivitis infecciosa.
- 10-IX-94. Rinofaringitis viral.
- 17-IX-94. Sndrome diarreico.
- 21-IX-94. Dacriocistitis.
- 01-X-94. Rinofaringitis.
- 09-X-94. Dermatitis perigenital.
- 16-X-94. Rinofaringitis viral.
- 10-XI-94. Rinofaringitis viral.
- 21-XI-94. Vulvovaginitis.
- 28-XI-94. Rinofaringitis viral.
- 03-XII-94. Constipaci6n.
- 14-XII-94. Fiebre post-vacunal.
- 17-XII-94. Rinofaringitis viral.
- 22-XII-94. Cl6nicamente sana.
- 31-XII-94. Faringitis probablemente viral.
- 07-I-95. Dermatitis por contacto.
- 12-I-95. Vulvovaginitis.
- 26-I-95. Rinofaringitis viral y conjuntivitis bacteriana.
- 27-I-95. Dermatitis por contacto.
- 10-II-95. Dermatitis por contacto.
- 13-II-95. Fiebre post-vacunal.
- 24-II-95. Cl6nicamente sana.
- 25-II-95. Faringitis aguda probablemente viral.
- 05-III-95. Dermatitis por contacto.
- 13-III-95. Eritema perianal acentuado.
- 17-III-95. Conjuntivitis infecciosa y rinofaringitis viral.

- 22-III-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 02-IV-95. Eritema perianal.
- 04-IV-95. Dermatomicosis en mejilla derecha.
- 05-IV-95. Quemadura de primer grado abdominal.
- 10-IV-95. Rinofaringitis viral y bacteriana. Conjuntivitis infecciosa.
- 18-IV-95. Dermatitis inespecífica.
- 26-IV-95. Rinofaringitis viral.
- 29-IV-95. Dermatitis por contacto.
- 12-V-95. Rinofaringitis viral y mordida superficial en región dorsal.
- 22-V-95. Eritema perianal leve.
- 07-VI-95. Trauma craneal leve.
- 08-VI-95. Escoriación en cara.
- 09-VI-95. Eritema perianal moderado.
- 18-VI-95. Faringitis viral
- 19-VI-95. Cuadro enteral sin deshidratación y rinofaringitis bacteriana.
- 21-VI-95. Eritema perianal severo.
- 23-VI-95. Enteritis sin deshidratación.
- 29-VI-95. Faringitis viral.
- 30-VI-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 04-VII-95. Exantema probablemente medicamentoso.
- 15-VII-95. Dermatitis micótica genital.
- 18-VII-95. Rinofaringitis probablemente viral.
- 20-VII-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 31-VII-95. Eritema perianal.
- 03-VIII-95. Rinofaringitis viral.
- 11-VIII-95. Dermatitis troauricular.
- 13-VIII-95. Probablemente acortamiento MP derecho.
- 15-VIII-95. Dermatitis en región glútea.
- 22-VIII-95. Dermatitis genital moderada.
- 29-VIII-95. Traumatismo superficial en ojo derecho.
- 30-VIII-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 02-X-95. Rinofaringitis viral.

- 03-X-95. Exantema probablemente viral vs por fármacos.
03-X-95. T.C.E. sin alteración neurológica.
06-X-95. Trauma en labio superior y dermatitis por contacto.
6-X-95. T.C.E. sin alteración n. (trauma en labio superior).
09-X-95. T.C.E. sin alteración neurológica.
12-X-95. Sana.
13-X-95. Eritema genital leve.
24-X-95. Rinofaringitis viral y bacteriana.
17-XI-95. Rinofaringitis probablemente viral.
24-XI-95. Rinofaringitis probablemente viral.
02-XII-95. Síndrome diarreico.
05-XII-95. Eritema genital.
07-XII-95. T.C.E. sin alteración neurológica (simple).
10-XII-95. Rinofaringitis viral.

INFORMACION PROPORCIONADA POR LAS NIÑERAS

Septiembre de 1994. Informaron que la niña comía y dormía dentro de lo normal y que era tranquila.

Octubre de 1994. En los últimos días del mes la reportaron llorona y molesta. Su sueño e ingestas eran adecuados.

Diciembre de 1994. Informó una niñera que la menor presentaba buena ingesta y que su sueño era adecuado. La describió como cariñosa, juguetona y sociable.

10 de enero de 1995. La describieron como activa y juguetona.

20 de enero de 1995. Informaron que se mantenía sentada durante mas tiempo sin apoyo, transfería las cosas de una mano a otra y que su lenguaje era bueno. Refirió que la ingesta y el sueño eran adecuados.

23 de enero de 1995. Informaron que era muy sociable, tranquila, que comía bien, dormía bien y se encontraba sana.

25 de enero de 1995. Informaron que era activa e inteligente y que se encontraba bien adaptada.

Febrero de 1995. Una niñera informó que la menor era muy sociable y tranquila, que comía bien, que estaba sana y se encontraba adaptada.

Marzo de 1995. Una niñera la reportó muy risueña, activa, sociable, con salud, ingesta y sueño adecuados.

Abril de 1995. Una niñera refirió que la niña se encontraba en proceso de adaptación, que era tranquila, pero en ocasiones demandaba atención.

Mayo de 1995. Informaron que era sociable, comía bien y aún no intentaba pararse.

OBSERVACIONES PERSONALES

Se observó a la menor 5 días a la semana , durante 4 horas diarias por un período de 6 meses.

Se observaron las conductas presentadas por la niña que se encontraba conviviendo con otros niños, bajo el cuidado de varias ninfas y de personal que prestaba servicio social.

El comportamiento que se encontró en general fue el siguiente :

Permanecía alejada del resto de los niños prefiriendo la compañía de los adultos, en especial de las personas que se acercaban e interactuaban más con ella. Cuando alguna de las personas con las que estaba en contacto continuo se alejaba de su lado era común que presentara llanto.

Cuando veía que alguna de éstas personas interactuaba con otros niños, se acercaba tratando de llamar la atención del adulto.

Se negaba a participar en los juegos de los demás niños y en programas de estimulación.

Frecuentemente buscaba la compañía de los mayores.

En relación al trato observado por parte del personal en relación a O., se observó que regularmente había alguna persona interactuando con ella y que algunas mostraban su preferencia por la niña abiertamente. En ocasiones algunas de estas personas cubrían sus demandas de manera inmediata y le daban prioridad con respecto a otros menores. Sin embargo es necesario considerar que a pesar de que la Psicóloga mencionó que por lo menos había una persona por turno que se relacionaba con la niña y atendía sus necesidades, no contaba con una relación estable, ya que en la sala había 3 cambios de turno en los cuales había cambio de personal y en ocasiones dichas

personas descansaban algunos días de la semana, tomaban vacaciones o eran trasladadas a otras áreas. Los fines de semana había otro grupo de personas encargadas de atender a los niños, por ende carecía de una persona que ejerciera la función materna en forma estable.

En relación a otros aspectos, durante la hora del desayuno y de la comida resultaba difícil para el personal darle los alimentos, debido a que prefería que determinadas personas la alimentaran, de no ser así, rechazaba la comida.

Cuando la alimentaba quien ella prefería, si comía la mayor parte de las veces, aunque fuera poco. Sin embargo, aún cuando estas personas la alimentaban, en ocasiones rechazaba el alimento, debido a esto le retiraba el plato, después de lo cual lloraba o producía gemidos.

Ante esto la mayoría de las veces se le insistía para que comiera acercando nuevamente el plato a lo que respondía en forma variable, mostrando aceptación o rechazo.

Eventualmente empujaba la cuchara con fuerza cuando ya no quería comer.

Cuando se le proporcionaba el alimento hasta el final, es decir después de haber atendido al resto de los menores era más fácil que lo aceptara siempre y cuando se lo diera quien ella prefería.

Referían que a veces le daban de tomar leche antes de la hora de la comida, por lo cual después ya no quería tomar el alimento. Se observó que cuando no le daban leche, comía bien.

Prefería los alimentos dulces, debido a esto no aceptaba lo salado a menos que se lo dieran revuelto con lo dulce, pero si alguna persona con la que no tuviera interacción constante intentaba darle de comer no aceptaba ningún tipo de alimento.

A veces intentaba quitarle la cuchara a quien la estuviera alimentando y trataba de comer ella sola.

Cuando se le daban alimentos que podía manipular y comer por sí misma los aceptaba.

Se elaboró un programa de estimulación, en especial con el propósito de favorecer el desarrollo de la marcha y socialización que de acuerdo a la Psicóloga eran las áreas que necesitaban ser estimuladas. Sin embargo, por lo general mostraba renuencia a acceder a la estimulación.

En lo personal se considera que respondía en forma favorable cuando no se le instigaba a hacer las cosas. Al permanecer con ella en forma constante y permitirle desplazarse libremente fue posible observar que lograba hacer cosas por sí misma.

Cuando no se le atendía en forma inmediata, trataba de llamar la atención del adulto, por ejemplo cuando estaba sola en su cuna o no se le alimentaba se esforzaba por comunicarse.

Durante los primeros meses solo se trasladaba sostenida de la pared o por medio del arrastre. Cuando se intentaba estimularla a caminar no accedía. Se observó una respuesta mas favorable al permitirle moverse libremente. En una ocasión en que se convivió individualmente con ella durante un período largo de tiempo se levantó y logró dar varios pasos por sí sola después de haber permanecido largo tiempo sentada en un colchón manipulando diversos juguetes, después de dar algunos pasos se regresó a sentarse nuevamente. Al pasar otro período de tiempo volvió a pararse y a caminar por sí sola.

En base a lo anterior se considera que era capaz de realizar determinadas actividades por sí sola como comer y caminar. Por otro lado, el hecho de que hubieran personas que la atendieran favoreció el desarrollo de capacidades acordes a su edad.

Sin embargo, limitaban al personal encargado, ya que de acuerdo a la Psicóloga era perjudicial que sobreprotegieran a la niña.

En lo personal se considera que lo perjudicial no era que la niña se relacionara con una sola persona o un número limitado de personas. No hay un acuerdo en relación a que debía permanecer con el resto de los niños para favorecer la socialización, ya que éste proceso es gradual y se desarrolla después de que el niño tuvo una relación estable con su madre. En éste caso, tomando en cuenta la corta edad de "O." era normal que requiriera aún del adulto porque estaba en proceso de desarrollo, a pesar de que en ocasiones se mostrara "independiente".

Lo perjudicial, desde el punto de vista personal era que no contara con una relación estable, debido a la rotación constante de personal. Lo ideal sería que una sola persona ejerciera la función materna, siempre y cuando le impusieran límites no excesivos y le permitieran irse separando en forma gradual e irse relacionando con otras personas.

CASO NUMERO 3

DATOS PERSONALES

Nombre : "S".

Sexo : femenino.

Fecha de nacimiento : 6 de mayo de 1994.

Fecha de ingreso a la Casa Cuna : 13 de junio de 1995.

Edad al ingreso : 1 año, 1 mes.

Motivo de ingreso : problema legal.

Fue canalizada por : Procuraduría General de Justicia.

Situación jurídica : aún no se determinaba su situación jurídica , esto lo determinaría la institución que la canalizó.

ANTECEDENTES DEL CASO

La abuela materna de la menor formuló una denuncia a través de un escrito en el que relató que su hija era la madre biológica de la menor. Mencionó que una señora con la cual tenía amistad se ofreció a ayudar con los gastos del hospital cuando su hija diera a luz, aceptando dicha ayuda por carecer de recursos económicos. Refiere que el día que nació la menor, la señora que iba a cubrir los gastos acudió al hospital y que cuando salieron del nosocomio al día siguiente le pidió a la madre biológica que le permitiera llevarse a la menor a su casa, ya que consideró que la madre se encontraba débil para cuidar a la niña. La madre aceptó que se la llevara y al acudir al domicilio de la señora, ésta se negaba a que vieran a la menor e inclusive a entregárselas. En cuanto a la constancia de alumbramiento, la madre de la menor mencionó que debido a que no liquidó la cuenta del hospital, no le fue entregado ese documento, siendo hasta mediados de año cuando le fue entregado. La señora que se quedó con la menor obtuvo una constancia de alumbramiento expedida por un doctor.

Por otra parte la persona que tenía a la menor mencionó en su declaración que ella conoció a la madre de la niña por medio de otra persona que en alguna ocasión le había pedido dinero para llevar a su hermana al médico porque se encontraba embarazada, ofreciéndose a llevarla con un médico de la misma colonia. Refiere que cuando la menor nació acudió al hospital, acompañando a la madre de la persona que dió a luz a recoger a la hija y a la recién nacida. Mencionó que en esa ocasión le pidieron que se llevara a la niña con ella, ya que no contaban con recursos económicos y que después de una semana se presentó en su domicilio la madre biológica diciendo sentirse enferma. Refirió que la había llevado al médico al igual que a la menor, a la cual se llevó posteriormente con ella. Dijo que al acudir a buscar a la madre de la pequeña, esta ya no vivía en ese domicilio y hasta el mes de mayo se había presentado la madre preguntando si había registrado a la menor, respondiendo que sí, debido a que ella la había buscado en su domicilio y no la había encontrado.

La menor ingresó a la Casa Cuna procedente de la Unidad de Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal debido a que su madre se encontraba detenida por problemas legales.

Se solicito la autorización para el ingreso de la menor víctima de ilícitos a la Institución para su guarda y protección hasta concluir los trámites para que la autoridad correspondiente determinara su situación jurídica.

REPORTES PSICOLOGICOS

Junio de 1995. Ingresó a la institución el día 13 de éste mes. En esta menor se observó una conducta demasiado tranquila. Se le comenzó a dar estimulación múltiple esperando obtener resultados positivos.

Julio de 1995. Fue valorada obteniendo resultados de un desarrollo normal en promedio. Se refirió que no requería de estimulación continua. Se mencionó que se desplazaba agarrándose de los muebles y que sufrió una caída que la asustó, lo cual provocó que le diera mucho temor ponerse de pie. En relación a esto y para apoyar todas sus áreas continuó en el programa de estimulación de su sala.

Agosto de 1995. En los primeros días del mes pasó a la sala de lactantes en donde se observó su adaptación y conducta. Posteriormente se refirió que la adaptación había sido muy difícil, ya que pasaba mucho tiempo llorando y renuente a relacionarse con los demás niños e incluso con los adultos. Se negaba a desplazarse caminando a pesar de que ya tenía desarrollada esa capacidad, lo que hizo suponer que se sentía insegura. En base a lo anterior se brindaría atención en el área afectiva reforzándola con la ayuda del área de terapia física.

Septiembre de 1995. Había logrado la marcha y por ende se le observaba más segura de sí misma, lo cual a su vez había favorecido que respondiera a la estimulación de sus áreas. Participaba en actividades de juego mostrándose independiente y con buena respuesta a la aprobación social.

Octubre de 1995. La evolución de la niña se mantenía estable, con buena respuesta a la estimulación de su ambiente. Era tranquila, a veces tendía a permanecer sola prefiriendo la compañía de un adulto sin mostrarse demandante. Se consideró importante estimular su lenguaje, por lo que se haría énfasis en la estimulación de esta área.

Noviembre de 1995. Se mantenía estable, con buena respuesta a la estimulación del lenguaje, ya que se observó que verbalizaba más. Sin embargo la reportaron demandante por lo que era común que llorara sin motivo. Se dieron indicaciones para su manejo y se mantendría en observación.

Diciembre de 1995. Fue valorada obteniendo un diagnóstico normal. En dicha valoración se hizo énfasis en la estimulación del lenguaje y socialización, ya que fueron las áreas en las que se observó un decremento importante, debido a la poca disposición para responder a la estimulación en estas áreas.

Enero de 1996. Se insistió en que recibiera terapia de lenguaje. Se esperaba que en breve pudiera contar con ese programa. Por otro lado se observó con más disposición en sus actividades de estimulación, aunque a veces reincidía en sus berrinches.

REPORTE DE VALORACIONES PSICOLOGICAS

15 de Junio de 1995. Se trató de valorar con Gesell no siendo esto posible, debido a falta de cooperación por parte de la menor. Se mostró introvertida y temerosa. Se observaron algunas conductas de 11 y 12 meses. Necesitaba ser sostenida de ambas manos para caminar, sacaba cubos dentro de la taza, hurgaba el badajo de la campana. En esa ocasión se tomó la decisión de valorarla cuando se hubiera adaptado a la institución. Al parecer respondía favorablemente a la estimulación.

Fue valorada con el esquema evolutivo de Gesell el día 21 de Junio de 1995 a la edad de 13 meses.

Observaciones Generales :

Reporte médico. En el tiempo de estancia el área médica reportó las siguientes enfermedades: probable parasitosis intestinal, rinoфарингитis viral y dermatitis probablemente micótica en cara.

Reporte de conducta. Continuaba en proceso de adaptación, eran pocos los días de estancia y hasta ese momento se encontraba tranquila, sin demandas exageradas. Se desplazaba por la sala gateando o agarrándose de los muebles a su alcance. No se reportaron complicaciones en su alimentación y ciclo de sueño.

Análisis de resultados :

E.D. 13 meses C.Dg.100 Dx Normal
M.103 A.100 L.100 PS. 100

Mantuvo un tiempo adecuado de atención y ofreció respuestas rápidas. Su desempeño durante la prueba fue bueno ubicando la edad base en todas sus áreas igual a la edad cronológica.

Conductas que realizó :

Logró caminar sostenida de una mano, con una mano agarraba dos cubos, también con los cubos intentaba construir una torre y dejaba caer estos en la taza, tomaba el aro por la cinta y lo sacudía a la instrucción de "dame ese juguete", lo alcanzaba e intentaba ponerse prendas de vestir.

Conductas a realizar :

1. Ejercitar su marcha de tal modo que adquiriera mayor seguridad e intentara por momentos pararse sin sostén.
2. Estimularla para que lograra construir una torre con dos cubos.
3. Que no sólo mirara el tablero, sino invitarla a que intentara insertar un bloque redondo.
4. Estimular su lenguaje llamando los objetos por su nombre y pidiéndole que los repitiera (se refirió que solo emitiría un sonido parecido). Se sugirió reforzar que fuera siempre el mismo sonido para denominar ese objeto, ya que después se haría la corrección necesaria para consolidar la palabra, así para todos los objetos que se le mostraran.

Conclusiones :

Presentó un desarrollo adecuado, pero se mencionó que debía continuar con estimulación para reforzarlo. Todo indicaba que su adaptación a la institución era favorable.

Fue valorada el día 19 de diciembre de 1995 cuando contaba con 19 meses de edad.

Observaciones generales :

De su última valoración a la fecha de ésta valoración presentó las siguientes enfermedades : rino-faringitis bacteriana (5 veces), eritema genital severo, eritema genital leve, bronquiolitis, dermatitis alópica, miliaria rubra, crisis asmática (2 veces), dispepsia transitoria. Cuando presentó crisis asmática se le mantuvo aislada y en observación.

En el momento de la valoración se encontraba en tratamiento sin que esto repercutiera en los resultados.

Observaciones de conducta. Desde su traslado a la sala de lactantes se observó retraída y tímida. La marcha se retrasó por una caída que la volvió temerosa, lo cual requirió de atención especial. Al adquirir la marcha se observó más tranquila, sin embargo prevaecía su tendencia a aislarse y a llorar sin motivo aparente y a demandar afecto constantemente. Lo anterior había repercutido en su desarrollo especialmente en su habilidad para desarrollarse con los demás.

Durante la valoración se mostró tímida, pero colaboradora, con interés en el material presentado.

Análisis de resultados :

E.D. 17.8 meses C.Dg.93.3 Dx. Normal
M. 97.8 A. 101.5 L.86.8 PS. 88.8

Por áreas la edad base se ubicó en 18 meses para la motriz y adaptativa, y 15 meses en lenguaje y personal social, estas últimas presentaron un desfase importante y estaban en relación con la disponibilidad de la menor para responder a la estimulación proporcionada.

Conductas que realizaba :

Se desplazaba caminando sin apoyo y corriendo sin dificultad. Lograba subir escaleras sostenida de una mano. Se sentaba sola en una silla pequeña y lograba treparse a una más grande. Empujaba la pelota con un pie y bajo instrucción.

Exploraba un libro volviendo páginas 2-3 por vez, acariciando las imágenes señalando las que reconocía.

Lograba formar una torre hasta de 4 cubos con instigación.

Su repertorio verbal se limitaba a 10 palabras reconociéndose por su nombre, comía sola aunque aun derramaba

Avisaba necesidades, pero aún no había control de esfínteres.

Podía solicitar atención mostrando algún objeto, pero generalmente no iniciaba interacción social.

Conclusiones :

Era introvertida y prefería mantenerse aislada de los demás, pero solía mostrarse demandante de atención a través del llanto, el cual prevalecía por ser reforzado por parte de los adultos.

REPORTES MEDICOS

FECHA ENFERMEDADES REPORTADAS

- 13-VI-95. Fue diagnosticada como lactante femenina eutr6fica con probable parasitosis intestinal.
- 16-VI-95. Rinofaringitis viral.
- 21-VI-95. Dermatitis probablemente mic6tica en cara.
- 30-VI-95. Conjuntivitis infecciosa.
- 03-VII-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 25-VII-95. Eritema genital severo.
- 22-VIII-95. Eritema genital leve.
- 23-VIII-95. Rinofaringitis viral.
- 24-VIII-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 28-VIII-95. Bronquiolitis.
- 30-VIII-95. Rinofaringitis bacteriana y dermatitis at6pica.
- 19-IX-95. Rinofaringitis viral.
- 21-IX-95. Miliaria rubra.
- 10-X-95. Eritema genital leve.
- 24-X-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 16-XI-95. Crisis asm6tica.
- 24-XI-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 01-XII-95. Dispepsia transitoria.
- 12-XII-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 14-XII-95. Crisis asm6tica.
- 11-I-96. Crisis asm6tica y rinofaringitis bacteriana.
- 08-I-96. Rinofaringitis viral.

INFORMACION PROPORCIONADA POR LAS NIÑERAS

30 de Junio de 1995. Informaron que la menor aún no se adaptaba a la sala. Era demandante de atención y lloraba mucho. En algunas ocasiones comía bien y en otras no lo hacía, dormía bien y tenía miedo de caminar.

26 de Julio de 1995. Informaron que ya se había adaptado a la sala. Era tranquila, comía bien, dormía bien y caminaba con un poco de miedo.

31 de Agosto de 1995. En la sala de lactantes, una niñera informó que la menor demandaba mucha atención, lloraba mucho, dormía poco, no quería comer bien, no quería caminar, no se paraba y cooperaba poco a la estimulación.

29 de Septiembre de 1995. Con esta fecha se acudió a la sala de lactantes y una niñera informó que la niña era tranquila. Comía bien, ya empezaba a hablar, a caminar y se integraba al grupo, pero mordía mucho.

31 de Octubre de 1995. Con esta fecha se acudió a la sala de lactantes e informaron que la pequeña no se integraba fácilmente al grupo. Tenía poco tiempo que había adoptado la actitud de aislarse en algunas ocasiones. Era tranquila y en ocasiones berrinchuda, ya caminaba, comía y dormía bien.

OBSERVACIONES PERSONALES

Se observó el comportamiento de la menor por un período de 6 meses, durante 5 días a la semana por 4 horas diarias mientras se encontraba en la sala de lactantes mayores bajo el cuidado de niñeras y en convivencia con otros niños.

El contacto establecido con ella fue poco, debido a la sugerencia de la Psicóloga de proporcionar apoyo individual a otro grupo de menores.

En general se observó lo siguiente :

En las primeras semanas de su estancia en esta sala se observó que en algunas ocasiones lloraba cuando algún adulto se acercaba e intentaba interactuar con ella. Dejaba de llorar al dejarla sola o al incorporarla en su cuna.

Durante los meses siguientes aceptaba la compañía de los adultos que se acercaban a ella.

En todos los meses se mostró pasiva y alejada del resto del grupo. Lloraba con facilidad sin motivo aparente en algunas ocasiones o cuando era molestada por algún compañero.

Generalmente se mostraba tranquila cuando se encontraba sola en su cuna, sin intentar llamar la atención de los adultos que se encontraban a su alrededor.

Era común que estuviera callada. Sólo esporádicamente intentaba emitir palabras.

En base a lo anterior se deduce que requería una sustituta materna o una persona que ejerciera la función materna, ya que fue separada de la persona que se encargaba de su cuidado y todo indica que esto provocó que se deprimiera.

A pesar de que la Psicóloga indicó que a la niña se le brindó estimulación múltiple con el propósito de favorecer su desarrollo, de manera personal se observó que "S." era

muy pasiva y aislada y ya había indicios de que el lenguaje no se estaba desarrollando de acuerdo a lo esperado, de ahí que se considere que en vez de trabajar en base a programas de estimulación múltiple, lo más conveniente sería dar a la menor la oportunidad de reiniciar una relación permanente que favoreciera el desarrollo intelectual y afectivo.

CASO NUMERO 4

DATOS PERSONALES

Nombre : "F."

Sexo : Femenino.

Fecha de nacimiento : probablemente en julio de 1993.

Fecha de ingreso a la Casa Cuna : 5 de noviembre de 1993.

Edad al ingreso : 4 meses.

Motivo de ingreso : por problema legal.

Procedencia : Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Dictamen de trabajo social : el caso quedó en ese servicio para su seguimiento y vigilancia, la documentación se remitió al servicio jurídico quedando la menor a disposición de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

ANTECEDENTES DEL CASO

La menor se encontraba con una señora que no era su madre, pero había registrado a la niña como si fuera su hija. La señora manifestó que era casada y que nunca había podido tener hijos. Refirió que al conocer en una clínica a una señorita que trabajaba ahí, le comentó que si sabía de alguien que no quisiera a su hijo se lo dijera para que ésta lo adoptara. Mencionó que había sido el esposo de la empleada quien le había entregado a la menor en su domicilio el día 2 de junio, cuando la niña tenía un mes de nacida. La menor fue entregada a cambio de una suma de dinero y se indicó a la pareja que deberían proporcionar a la madre biológica una despensa de víveres mensual, manifestando que ésta no podía cubrir los gastos de la niña, por lo cual había decidido darla en adopción. En relación a este caso una persona llevó a cabo una denuncia en contra de la señorita que trabajaba en la clínica mencionada anteriormente, manifestando que ésta hacía negocios con los niños.

REPORTES PSICOLÓGICOS

Noviembre de 1993. Se encontraba en sala recepción. La reportaron bien integrada, tranquila y sin problemas de conducta. Su sueño e ingesta eran adecuados. Aún no había sido valorada por encontrarse en período de adaptación y porque se encontraba junto con los menores que estaban aislados por varicela. Se refirió que la estimulación había consistido en no generar ansiedad por su condición de abandono. No se reportó que la menor se hubiera angustiada. Se mantendría en observación.

23 de Diciembre de 1993. Continuaba aislada por brote de paperas en otra menor que se incluyó en su sala.

28 de Diciembre de 1993. Fué trasladada a la sala de lactantes logrando adaptarse a la misma sin dificultad. Se considero necesario brindar estimulación en el área de lenguaje.

Febrero de 1994. Había resultado difícil su adaptación debido a la inmadurez motriz que presentaba por su corta edad en relación a los demás lactantes, aún no alcanzaba la bipedestación. Se trabajó con ella principalmente aspectos de motricidad gruesa, aún no reptaba. El principal problema era que permanecía demasiado tiempo en su silla (aún dentro de su cuna). No se había conseguido la cooperación del personal de la sala a éste respecto. Por otra parte había problemas a la hora de la comida, la niña podía deglutir, pero no le gustaban las papillas saladas, solo las dulces.

Marzo de 1994. Se refirió que requería de gran estimulación afectiva, ya que su demanda de atención individual y afecto era alta. Se le había proporcionado estimulación socio-afectiva al igual que motriz. Ya había conseguido reptar y lograba mantener la bipedestación con apoyo. Aún presentaba hipotonía en miembros inferiores y superiores. Ocasionalmente hacía manifiesto su "desamparo", manifestando excesivo temor al abandono, baja tolerancia a la frustración e hipoactividad. Su ingesta mejoro y ya empezaba a tolerar la papilla salada.

Abril de 1994. Desde su ingreso a la sala se observó llanto constante, existía una manifestación importante de demanda afectiva. Su sueño era normal y su ingesta en ocasiones se veía alterada por su estado de ánimo.

Se le dió estimulación socio-afectiva principalmente y se trabajó en área motriz ejercicios de fortalecimiento en extremidades inferiores, ya que presentaba leve hipotonía. Se pidió a las niñeras de la sala que bajaran a la menor de su cuna para forzarla a incrementar sus movimientos y socializar con sus compañeros.

Mayo de 1994. Su estado anímico había mejorado, su demanda de afecto había disminuido, sonreía con mayor frecuencia, el llanto ya no era frecuente, se relacionó más con sus compañeros de sala y esto le dió mayor seguridad. Su ingesta se vio favorecida. Deambulaba por el corral, lograba pararse y dar unos pasos sola con un poco de apoyo que buscaba en la pared.

Durante este mes se trabajó estimulación socio-afectiva y motriz.

Junio de 1994. La demanda de afecto había disminuido, logró adaptarse a la sala y su sueño e ingesta eran normales.

Se trabajó estimulación socio-afectiva, lenguaje y motricidad.

Julio de 1994. Se observó una mayor tolerancia a la frustración, siendo su llanto esporádico, al igual que la demanda de afecto que presentaba.

Se le apoyó socio-afectivamente y se trabajó en el programa de motricidad (patrón de gateo correcto y marcha), se estimuló además el área de lenguaje.

Agosto de 1994. Adquirió la marcha en éste mes y se reforzó el área de lenguaje, así como la motricidad.

En la segunda semana se enfermó de bronconeumonía, lo cual afectó su estado anímico por lo que fue reforzada con estimulación socio-afectiva.

Septiembre de 1994. Durante la primera quincena del mes se continuó estimulando en el área de lenguaje y dada su situación de salud se dio continuidad al reforzamiento socio-afectivo. Se aisló por presentar varicela.

Octubre de 1994. Cuando regresó a la sala se mostró irritable y se aislaba de sus compañeros. Se trabajó estimulación socio-afectiva y auditiva.

Noviembre de 1994. Se observaron avances en su socialización y en el nivel de tolerancia a la frustración, el cual había aumentado. Su ingesta se vio favorecida. Se estimularon las áreas afectiva, social y de lenguaje.

Diciembre de 1994. Se observaron avances en el lenguaje. Su tolerancia a la frustración aumento, se mostró sociable y sonreía con mas frecuencia. Se continuaría estimulando el área afectiva y del lenguaje.

Enero de 1995. La respuesta a la estimulación socio-afectiva fue favorable observándose mayor nivel de tolerancia a la frustración, así como mejor interacción con sus compañeros. La respuesta que había tenido en relación al lenguaje había sido lenta.

Febrero de 1995. En este mes se dió énfasis a la estimulación en lenguaje, sin embargo su respuesta fue lenta por lo que se continuaría reforzando dicha área.

Marzo de 1995. Durante este mes se observó con tendencia al llanto fácil de tipo manipulador, el cual al parecer había surgido a partir del reforzamiento de esa conducta. Por un lado, se sobreprotegia a la niña impidiendo que intentara participar, ya que le concedían todos sus deseos, lo cual se consideró que había redundado en un decremento en su desarrollo, especialmente en el área de lenguaje. Por otro lado, se le ignoraba cuando lograba realizar actividades de autosuficiencia, debido a lo anterior se

orientó al personal para equilibrar el manejo conductual y así poder brindar la estimulación propia a su edad de desarrollo.

Abril de 1995. Se observó más tranquila en relación al mes pasado, sin embargo ante la presencia de modelos que reforzaban el berrinche tendía a presentar de nuevo el llanto incontrolable, el cual le cansaba y generaba angustia, por tal motivo se insistió en brindar orientación a todas aquellas personas que se involucraban directamente en el manejo de la menor. Se mantendría en observación.

Mayo de 1995. Se observó mejoría y más control en sus berrinches, tendiendo a mostrarse más participativa en actividades de grupo. Continuaba participando en su programa de control de esfínteres, pero aún no se consolidaba la conducta. Se estimuló el área social y motriz a partir de actividades de juego vivencial.

Junio de 1995. Se mantenía estable, más tranquila y tolerante, aunque no se habían extinguido sus berrinches. Continuaba el mismo manejo conductual con la participación de todas las personas que se relacionaban directamente con la menor. Participaba en el programa de control de esfínteres, pero aún no se consolidaba. Fue valorada obteniendo un C.D. de 97 equivalente a un desarrollo normal.

Julio de 1995. Participaba dentro del programa de ambientación a la sala de maternales. La reportaron tranquila y con buena disposición. Ocasionalmente recurría al berrinche para llamar la atención, pero respondía al manejo.

Agosto de 1995. Continuaba integrada al programa de ambientación a la sala de maternales. No había sido trasladada a la sala, debido a que ésta se encontraba saturada, pero se recomendó que a la brevedad se integrara definitivamente dadas las necesidades propias de su edad de desarrollo.

Septiembre de 1995. Con fecha 20 de Septiembre de 1995 fue trasladada a la sala de maternales, después de haber participado en el programa de ambientación a la

misma y debido a que mostraba la madurez que se requería para responder a la estimulación correspondiente.

Octubre de 1995. Se encontraba en proceso de adaptación. En ocasiones se mostraba susceptible y con llanto, presentando cierta demanda afectiva. Como se había ido observando desde su ingreso se caracterizaba por tener un bajo nivel de tolerancia a la frustración que se había ido modificando conforme a su crecimiento y adaptación al medio.

Noviembre de 1995. El proceso de adaptación a la sala se fue dando en forma adecuada, ya se encontraba mejor integrada a su grupo. Se le proporcionaba estimulación en las áreas adaptativa, socio-afectiva y motriz.

La menor era susceptible de ser propuesta en adopción con alguno de los solicitantes aprobados por el Consejo Técnico de Adopciones del Sistema.

Diciembre de 1995 Fue valorada presentando un desarrollo dentro de lo esperado a su edad. Se le estimularía según el programa descrito en la valoración.

Enero de 1996. Presentó parotiditis (paperas) por lo que estuvo aislada en su sala. En el mes siguiente se trabajarían las actividades sugeridas en la última valoración.

Marzo de 1996. Se realizó la primera convivencia con los solicitantes de adopción observándose aceptación por parte de éstos y de la menor.

REPORTE DE VALORACIONES PSICOLOGICAS

Fue valorada con el esquema evolutivo de Gesell el día 30 de diciembre de 1993 a la edad de 5 meses.

Observaciones Generales:

Reporte médico. Durante su estancia cursó con los siguientes cuadros clínicos : conjuntivitis bacteriana y viral, vulvovaginitis, rinofaringitis viral y bacteriana, eritema genital moderado y dermatitis amoniacal. En el momento de la valoración se encontraba asintomática.

Reporte de conducta. Por brote de varicela de la mayoría de la población de Casa Recepción la menor permaneció aislada prácticamente desde su ingreso.

Durante el aislamiento no presentó los síntomas de varicela, ni hepatitis. El 28 de diciembre de 1993 se decidió su cambio a la sala de lactantes.

Fue reportada tranquila pasiva y selectiva en la interacción con adultos y niños.

Durante la valoración mostró entusiasmo ante el material presentado, logrando involucrarse en la misma.

Análisis y conclusiones :

E.D. 5 meses C.Dg. 100 Dx. Normal

M.100 A. 100 L.80 PS.100

En las áreas motriz (100), adaptativa (100) y personal-social (100) mostró respuestas acordes a su edad cronológica.

En lenguaje se observó decrementada, aunque mostró respuestas sociales esperadas a su edad.

Sugerencias :

1. Proporcionarle material como cubos, sonajas o juguetes que pudiera manipular.
2. Reforzar socialmente sus balbuceos o cualquier intento de emisión vocal.
3. Estimular el lenguaje platicando con ella.
4. Cantarle cuando fuera tomada en brazos o alimentada y repetirle sonidos que supiera hacer.
5. Animarla para que cooperara al vestirse y elogiarla ante cualquier intento.
6. Emplear juguetes para animarla a encontrarlos.

Fue valorada el día 20 de diciembre de 1994 a la edad de 17 meses con el test de desarrollo evolutivo de Gesell.

Observaciones Generales :

Reporte médico. De su última valoración a la fecha de ésta valoración había presentado los siguientes cuadros clínicos: dermatitis peribucal, eritema perianal, sx. diarrealco, bronquitis, bronconeumonía, escoriación palpebral derecha, sudamina, varicela, faringitis viral en cuatro ocasiones y bacteriana tres veces.

Reporte de conducta. A pesar de que su adaptación a la sala fue lenta, en ese momento se encontraba con buen estado anímico y la demanda de afecto que presentaba había disminuido. Se observó que al adquirir la marcha se facilitó su proceso de socialización.

Análisis de resultados :

E.D.16.6 C.Dg.98 Dx. Normal

M. 98.7 A.110 L.92.4 PS. 91

La edad base para las áreas de lenguaje y personal-social se ubicó en 14 meses, mientras que motricidad correspondió a 15, adaptativa a 18 meses logrando en las 2 últimas realizar ítems correspondientes a 21 meses.

Sugerencias :

Continuar con el programa de estimulación para las cuatro áreas de desarrollo.

Fue valorada con el test de desarrollo evolutivo de Gesell el día 18 de junio de 1994 cuando tenía 44 semanas de nacida.

Observaciones Generales :

Reporte médico. De su última valoración (diciembre de 1993) a la fecha de ésta valoración había presentado microsis dérmica, faringitis viral y bacteriana, cuadro enteral sin deshidratación, dermatitis de pañal, quimosis frontal, contusión en tórax, eritema glúteo moderado, conjuntivitis y dermatitis peribucal.

Observaciones de conducta. Era demandante de atención. Durante la valoración cooperó con el examinador aunque fue un poco lenta en sus respuestas.

Análisis cualitativo :

E.D. 42.26 semanas C.Dg. 96.05 Dx.Normal
M.109.09 A.99.39 L.93.93 P.S. 81.81

La edad base en el área motriz se ubicó en 48 semanas. En el área adaptativa obtuvo todas las conductas de 40 semanas, no señaló la bolita a través de la botella, sin embargo, alcanzó algunas conductas por arriba de su edad cronológica.

En las áreas de lenguaje y personal-social, la edad base estaba en 36 semanas, no hacía movimiento de adiós y todavía no tomaba en taza.

Conclusiones :

Requería estimulación para mejorar en su desarrollo, principalmente en el área personal-social. Se sugería realizar con ella juegos de nurserl.

Fue valorada con el test de desarrollo evolutivo de Gesell el día 2 de junio de 1995 a la edad de 23 meses.

Observaciones generales :

Reporte médico. De su última valoración a la fecha de ésta valoración había presentado rinoфарингитis virai (el número de veces indicado era ilegible), sudamina (3 veces), sx, diarreico, traumatismo en boca, fractura en incisivos centrales superiores, traumatismo simple en cráneo, rinoфарингитis bacteriana, conjuntivitis, rinitis, escoriación traumática en labio superior, prurigo por insecto (2 veces).

En esa fecha fue reportada asintomática, con ingestas y sueño regulares.

Observaciones de conducta. Fue reportada como una niña tranquila que se encontraba generalmente aislada y en ocasiones retraída. Manifestaba tendencia al berrinche, ya que podía ser manipuladora, especialmente cuando la conducta era reforzada por algún adulto. Podía responder al manejo conductual cuando éste era consistente.

Durante la valoración se mostró cooperadora y entusiasmada con el material presentado.

Resultados :

E.D. 22.5 meses C.Dg. 97.8 Dx. Normal
M. 97.8 A. 98.9 L.94.3 PS. 98.2

Por áreas su edad base se ubicó en 21 meses cada una observándose decrementada en 2 meses para cada una.

Se observó que el área de lenguaje había sido poco estimulada, ya que sus verbalizaciones eran mínimas, aunque se podía inferir que la sobreprotección a la que había estado expuesta había influido desfavorablemente en el desarrollo de esa área.

En general su desempeño fue bueno ya que logró manipular de acuerdo con lo esperado el tablero, los cubos (torre de 6) y utensilios para su alimentación.

Conclusiones :

Se distinguía por presentar cuadros depresivos y berrinches cuando no lograba obtener lo que deseaba; esto fue reforzado en algunas ocasiones, lo cual había repercutido en su desarrollo, particularmente en el lenguaje.

Sugerencias :

1. Llevar a cabo un adecuado manejo conductual que estableciera límites claros, ya que se consideró que esto redundaría en una mejor integración al grupo social.
2. Insistir en programar actividades para mejorar su repertorio verbal.
3. Insistir en la consolidación del control de esfínteres.

Fue valorada el día 28 de diciembre de 1995 a la edad de 29 meses.

Observaciones generales :

Reporte de conducta. Al principio se mostró susceptible y presentaba llanto. En ese momento se encontraba adaptada a la sala, se relacionaba en forma adecuada con los adultos y compañeros logrando expresar experiencias inmediatas y se habían observado ciertos avances en el aspecto expresivo del lenguaje.

Durante la valoración presentó interés por el material dando respuestas rápidas, el nivel de atención que mantuvo fue bueno y característico de su edad.

Resultados :

E.D. 26 meses C.Dg. 90 Dx. Normal

M.89 A. 97 L. 83 PS. 89

Lograba realizar conductas correspondientes a los 36 meses en las áreas motriz, personal-social y adaptativa, ubicando la edad base de las mismas en 21 meses. Se observó que el área de lenguaje era la mas baja indicando cierto decremento.

En general y comparando los resultados con la valoración anterior se observó un decremento en las áreas : motriz, de lenguaje y personal-social. El diagnóstico no cambió, pero decremento el C.I. Todo esto posiblemente se debió a que la preparación y estimulación posiblemente estuvo enfocada exclusivamente a la adquisición de conductas para cambio de sala dejando a un lado la estimulación en las otras áreas como fue el caso en lenguaje.

Se retomaría la estimulación en las diferentes áreas de desarrollo.

Sugerencias :

1. Realizar ejercicios en donde intentara mantener el equilibrio.
2. Propiciar que saltara por medio de canciones infantiles.
3. Proporcionarle material para que lo clasificara por tamaños o colores.

4. Continuar estimulando el aspecto expresivo del lenguaje.
5. Mostrarle láminas y pedirle que identificara objetos y posteriormente que repitiera los nombres de cada una.
6. Proporcionarle material de ensamble y pedirle que realizara modelos.

INFORMACION PROPORCIONADA POR LAS NIÑERAS

1 de Diciembre de 1993. Informó una niñera que la menor era tranquila, se integró a las actividades que se realizaban en la sala y comía bien.

31 de enero de 1994. Una niñera informó que la niña comía bien, seguía objetos con la vista, empezaba a desplazarse, sonreía con estímulos, se dormía sola, era demandante de atención con las personas adultas y le gustaba que le hicieran caricias.

24 de Febrero de 1994. Informó una niñera que la menor era llorona y comía poco.

24 de marzo de 1994. Una niñera refirió que la menor no se movía, aún no se sentaba bien, no le gustaba estar en compañía del resto de los niños, se aislaba, comía regular y no le agradaba la carne.

25 de mayo de 1994. Una niñera mencionó que la menor era inquieta porque ya se paraba sosteniéndose y de esta misma forma empezaba a caminar.

23 de junio de 1994. Informó una niñera que la menor comía bien y era muy demandante de la atención del adulto.

22 de julio de 1994. Informó una niñera que la menor era tranquila y se observaba decaída, debido a que se encontraba enferma.

25 de agosto de 1994. Informó una niñera que "F." era llorona, no caminaba sin apoyo y no comía bien.

03 de octubre de 1994. Una niñera refirió que la menor era poco berrinchuda, solicitaba atención del adulto.

17 de noviembre de 1994. Informaron que comía bien, que era de regular conducta, que ya tomaba el vaso, que se integraba con el resto de los menores e inició en el programa de control de esfínteres.

24 de noviembre de 1994. Se informó que la niña era huraña y demandante de atención del adulto, sobre todo cuando tenía hambre.

02 de enero de 1995. Informaron que era tranquila y solamente lloraba cuando la molestaban o estaba enferma. Regularmente comía bien.

26 de enero de 1995. Refirieron que era tranquila, decía pocas palabras (papá, mamá, ten), emitía sonidos, ya manejaba el vaso, se encontraba en el programa de control de esfínteres, comía y dormía bien.

02 de marzo de 1995. Se refirió que en algunas ocasiones era llorona, pegalona, desobediente, que su ingesta era irregular, la leche casi no se la tomaba, su sueño era normal.

31 de marzo de 1995. Refirieron que era berrinchuda, comía solo cuando le daban en la boca a raíz de que una voluntaria que les ayudaba la consentía mucho.

30 de Mayo de 1995. Una niñera informó que la niña era berrinchuda, le gustaba llamar la atención del adulto, a veces comía sola, pero casi siempre se le tenía que dar de comer en la boca. Imitaba a los otros niños, se desvestía sola y se encontraba en el programa de control de esfínteres. Estas actitudes las presentó durante el mes de abril de 1995.

1 de Junio de 1995. Refirieron que la menor era tranquila y a veces berrinchuda, era sociable, comía y dormía bien.

4 de agosto de 1995. Informaron que la menor continuaba haciendo berrinches cuando no se le atendía y ella lo demandaba. A la hora de la comida por lo regular se

tenía que estar al pendiente de ella porque de lo contrario no comía. Su sueño era normal.

7 de septiembre de 1995. Informaron que era sociable, cooperaba en las actividades de la sala, que era inteligente porque aprendía con mucha facilidad, se desvestía sola, comía y dormía bien.

REPORTES MEDICOS

FECHA ENFERMEDADES PRESENTADAS

- 05-XI-93. Fue diagnosticada como lactante menor femenina eutr6fica sana.
- 11-XI-93. Conjuntivitis bacteriana.
- 12-XI-93. Dermatitis por contacto.
- 6 - XI -93. Cl6nicamente sana.
- 16-XI-93. Vulvovaginitis.
- 19-XI-93. Rinofaringitis viral.
- 23-XI-93. Conjuntivitis bacteriana.
- 28-XI-93. Rinofaringitis bacteriana.
- 29-XI-93. Conjuntivitis.
- 30-XI-93. Conjuntivitis bacteriana.
- 3-XII-93. Eritema genital moderado.
- 12-XII-93. Conjuntivitis.
- 16-XII-93. Rinofaringitis viral.
- 23-XII-93. Rinofaringitis viral.
- 29-XII-93. Dermatitis amoniacaal.
- 31-XII-93. Micosis d6rmica.
- 03 -I - 94. Faringitis viral.
- 04 -I - 94. Cuadro enteral sin deshidrataci6n.
- 11 -I - 94. Faringitis viral.
- 20- I -94. Dermatitis de pa6al.
- 23 -I -94. Dermatitis perianal.
- 26-I - 94. Enteritis.
- 31-I -94. Rinofaringitis viral.
- 07-II-94. Eritema perianal leve.
- 08-II-94. Rinofaringitis viral.
- 19-II-94. Dermatitis de contacto.
- 20-II-94. Sana.
- 20-II-94. Dermatitis de contacto.
- 26-II-94. Rinofaringitis viral.

- 11-III-94. Sana.
- 13-III-94. Cuadro enteral sin deshidratación.
- 14-III-94. Dermatitis de contacto.
- 22-III-94. Sana.
- 26-III-94. Esquimosis frontal.
- 30-III-94. Contusión en tórax.
- 22-IV-94. Eritema glúteo moderado.
- 13-V-94. Sudamina y conjuntivitis.
- 08-VI-94. Faringitis probablemente viral.
- 10-VI-94. Faringitis bacteriana.
- 16-VI-94. Dermatitis peribucal.
- 21-VI-94. Faringitis viral.
- 30-VI-94. Eritema perigenital.
- 05-VII-94. Sx diarreico.
- 12-VII-94. Faringitis bacteriana.
- 18-VII-94. Traumatismo en cara.
- 20-VII-94. Probable bronquiolitis.
- 31-VII-94. Bronconeumonía.
- 04-VIII-94. Escoriación palpebral.
- 06-VIII-94. Rinofaringitis viral.
- 15-VIII-94. Rinofaringitis bacteriana.
- 21-VIII-94. Rinofaringitis viral.
- 22-VIII-94. Dermatitis en cuello.
- 05-IX-94. Sudamina.
- 13-IX-94. Dermatitis perigenital.
- 21-IX-94. Tinea capitis.
- 04-X-94. Varicela.
- 01-XI-94. Rinofaringitis viral.
- 10-XI-94. Faringitis viral.
- 21-XII-94. Sudamina.
- 22-XII-94. Faringitis viral.
- 16-I-95. Rinofaringitis viral.

- 17-II-95. Síndrome diarreico.
- 21-II-95. Traumatismo en la boca y fractura de incisivos centrales superiores.
- 27-II-95. Rinofaringitis viral.
- 17-III-95. Rinofaringitis viral.
- 28-III-95. Trauma simple de cráneo.
- 31-III-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 02-IV-95. Conjuntivitis.
- 10-IV-95. Rinitis.
- 27-IV-95. Dermatitis de contacto.
- 05-V-95. Escoriación traumática en labio superior.
- 09-V-95. Rinofaringitis viral.
- 15-V-95. Dermatitis de contacto (sudamina).
- 15-V-95. Prurigo por insectos.
- 21-V-95. Prurigo por insectos.
- 22-V-95. Anemia clínica.
- 28-V-95. Conjuntivitis.
- 30-V-95. Dermatitis de contacto.
- 04-VI-95. Rinitis bacteriana.
- 20-VI-95. Cuadro enteral sin DHE.
- 09-VII-95. Rinitis probablemente viral.
- 14-VII-95. Faringitis bacteriana.
- 28-VII-95. Rinofaringitis viral.
- 07-VIII-95. Aftas orales.
- 11-VIII-95. Prurigo por insectos.
- 25-VIII-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 17-IX-95. Sudamina en tórax.
- 25-IX-95. Prurigo por insectos.
- 10-X-95. Trauma dorsal.
- 11-X-95. Nevo sebáceo.
- 28-X-95. Rinofaringitis viral y quemadura de segundo grado en brazo derecho.
- 02-XI-95. Traumatismo superficial en labio inferior.
- 04-XI-95. Rinofaringitis bacteriana.

- 05-XI-95. Conjuntivitis infecciosa.
- 13-XI-95. Traumatismo superficial en pierna derecha.
- 15-XI-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 18-XI-95. Otitis media aguda.

OBSERVACIONES PERSONALES

Se observó el comportamiento general de ésta menor por un período menor a 2 meses, durante 5 días a la semana, mientras se encontraba en la sala de lactantes conviviendo con otros menores y bajo el cuidado de niñeras y personas que prestaban su servicio social en la institución. La cantidad de tiempo en que se le pudo observar fue variable y breve.

La convivencia con esta menor fue poca, debido a que frecuentemente era llevada a la sala de maternas, debido al programa de ambientación en el cual participaba, además de que el período durante el cual permaneció en la sala de lactantes fue breve.

Únicamente fue posible observar que la niña lloraba frecuentemente.

En una ocasión se observó que se recostó en un rincón de la sala llorando por mucho tiempo.

Al intentar interactuar con ella mostró rechazo volteándose y negándose a aceptar los juguetes que se le ofrecían. Ante la insistencia aceptó los juguetes y cesó el llanto. Se intentó ayudarla a construir una torre con algunos cubos. Ocasionalmente lloraba cuando se le trataba de ayudar y aventaba el material. Cuando se acercó otro niño e intentó participar con ella, ésta soltó en llanto, el cual no podía contener. Al ser tomada en brazos continuó llorando por un largo período de tiempo hasta que se quedó dormida.

La psicóloga del área comentó en una ocasión que tiempo atrás acudía una voluntaria que sobreprotegía a "F.", que iba exclusivamente a verla y atenderla a ella a raíz de lo cual se volvió muy "berrinchuda". Refirió que posteriormente esta persona se ausentó, sin especificar cuando ocurrió esto.

En lo personal no se le brindó estimulación a ésta menor, debido a que el tiempo de convivencia con ella fue breve y porque la sugerencia de la Psicóloga fue observar el

comportamiento general de todos los niños durante el primer mes, antes de iniciar el trabajo en base a un programa de trabajo.

A pesar de esto, en los expedientes existen notas que permiten deducir que la estimulación no favoreció su desarrollo. El manejo estaba enfocado a imponerle límites para extinguir algunas conductas por medio del reforzamiento y el "castigo", por ejemplo; la Psicóloga hacía énfasis en aplicar un consistente manejo conductual con el fin de extinguir los berrinches que presentaba la niña. Sin embargo, hasta enero de 1996 no había alcanzado los progresos esperados a su edad.

Por otro lado, no se promovían vínculos entre el personal y la niña. Solo en una ocasión se mencionó que una persona por iniciativa propia se relacionó exclusivamente con "F." brindándole atención individual, lo cual la Psicóloga consideró desfavorable porque de acuerdo a su criterio la niña era sobreprotegida.

Sin embargo, en lo personal se considera que era preferible que tuviera la oportunidad de relacionarse y de recibir cuidados maternos en forma continua, en vez de brindarle estimulación y de ser atendida por una serie de personas que no se involucraran afectivamente con ella, considerando la importancia que tiene la relación afectiva para el desarrollo del niño en todas sus áreas.

Esta menor fue separada de una persona que se encargaba de ella antes de su ingreso y dentro de la Casa Cuna sufrió una serie de traslados, por lo cual no contó con una persona estable, de ahí que su desarrollo se viera afectado en forma significativa.

CASO NUMERO 5

DATOS PERSONALES

Nombre : " A".

Sexo : Masculino.

Fecha de nacimiento : 28 de enero de 1995.

Fecha en que ingresó a la Casa Cuna : 17 de febrero de 1995.

Edad al ingreso : 21 días aproximadamente.

Motivo de ingreso : por problema legal de su madre.

Fue canalizado por : Procuraduría General de Justicia del D.F.

Situación jurídica : el caso quedo a cargo de la institución canalizadora, esperando el término legal para que se estableciera la situación jurídica del menor.

ANTECEDENTES DEL CASO

En relación a los hechos el menor recién nacido y su madre ingresaron a un Hospital el día 28 de enero de 1995, siendo dados de alta el día 30 de enero de 1995. La madre del menor egresó del lugar sin recoger a su hijo, pese a que se le informó de su alta. No se presentó por espacio de diez días, fue hasta el mes de febrero que llegó al Hospital con la finalidad de recoger al niño, pero no fue posible entregárselo, debido a que a que los hechos fueron notificados al Ministerio Público y el menor quedó a disposición de la Dirección General del Ministerio Público en lo Familiar y Civil, debido a esto, el menor fue externado del Hospital y enviado a un albergue temporal. Posteriormente se pidió la autorización para el ingreso del desconocido de 18 días de nacido para su guarda y protección en la Casa Cuna informando a ésta Institución que aún no se concluían los trámites para que la autoridad correspondiente determinara su situación jurídica.

REPORTES PSICOLÓGICOS

17 de Febrero de 1995. Es valorado con Gesell, encontrándose un desarrollo evolutivo característico de las 4 semanas o menos en las áreas motriz, adaptativa, del lenguaje y personal social. Los reflejos de prensión, succión, búsqueda, reflejos plantares, del moro y movimientos de arrastre se encontraron presentes y normales. Presentó llanto e irritabilidad normales, así como respuesta visual y auditiva características de su edad. El reflejo de marcha automática no fue observable, no presentó signo de tijera. Según la observación medio a la fontanela posterior no estaba plenamente cerrada. Se observó también discreta hipertonía en antebrazos y piernas, aunque no se consideraron como datos contundentes de alguna alteración neurológica, se consideró conveniente mantener en estrecha observación sus características de desarrollo.

Abril de 1995. Aparentemente su desarrollo evolucionaba adecuadamente, se trató de incorporarlo a las actividades de su sala, estimularlo en la colchoneta y proporcionarle objetos pequeños que pudiera manipular.

Mayo de 1995. Se le observó más activo, inició la papilla, sus períodos de vigilia fueron más prolongados, por lo que se consideró se podía trabajar mejor, ante la estimulación respondió con respuesta social.

Junio de 1995. Se hizo referencia a que la evolución del menor había sido lenta, que tendía a ser pasivo y requería de mucha motivación. Se estimuló socioafectivamente, así como en todas sus áreas para tratar de evitar decremento en su siguiente valoración

Julio de 1995. Se continuo mismo manejo, se fue incorporando paulatinamente a las actividades de sala observándose más activo. Se consideró que requería reforzar todas sus áreas,

Agosto de 1995. Se hizo referencia a un desarrollo normal. Se le proporcionaron cubos para que los manipulara, detuviera uno en cada mano, tomara un tercero, los

transferiera, ejercitara en colchoneta, se sentara, rodara y produjera sonidos polisilábicos.

Septiembre de 1995. Se refirió un desarrollo armónico, fue valorado en este mes siendo su evolución normal. En momentos parecía "llorón e irritable". Se consideró que esto se debía a que era inquieto, ya que cuando participaba en su estimulación o se encontraba entretenido se mostraba sonriente, era perseverante cuando quería un juguete y estaba en proceso de gatear.

Octubre de 1995. El niño ya gateaba, se levantaba apoyado de la barandilla de su cuna y volvía a sentarse, era inquieto, demandante, se desplazaba en su andadera y cuando se encontraba distraído su tolerancia aumentaba por lo que se sugirió cambio de sala. El día 18 de Octubre de 1995 fue trasladado a la sala de lactantes.

Noviembre de 1995. El menor se desplazaba gateando, sin embargo dado que solía demandar atención a través del llanto era fácil que optaran por mantenerlo en brazos. Se consideró que esto afectaba su desarrollo, por lo cual se orientó al personal al respecto esperando que poco a poco se fuera integrando más con el fin de estimular la marcha, así como el lenguaje.

Diciembre de 1995. Se mantuvo el mismo manejo para evitar que el niño continuara demandando atención y al parecer hubo respuesta favorable de parte de éste. Los problemas de salud le impedían integrarse al grupo, lo cual no favorecía su desarrollo. Se decidió mantenerlo en observación y continuar con el mismo manejo.

Enero de 1996. A partir de que se vió afectado en su salud, se observó mucha demanda a partir del llanto inmotivado con el cual lograba tener la atención que requería. Se consideró que esto había repercutido en su desarrollo en general, particularmente en el desarrollo motriz. Al pasar mucho tiempo en la cuna, se limitaba la adquisición de repertorios nuevos, por lo que se brindó orientación para que se le integrara al área de gateo.

NOTA : En sus expedientes no había informes referidos por las niñeras.

REPORTE DE VALORACIONES PSICOLOGICAS

Fecha de valoración : 28 - III - 1995. El menor se encontraba en la " sala de enfermería".

Observaciones generales :

Reporte médico

Fue diagnosticado recién nacido a término, eutrófico. Durante su estancia presentó eritema de pañal leve, dermatitis de contacto flanco derecho, rinofaringitis viral (2) y bacteriana (2), estridor monofásico ocasional, miliaria rubra y dermatitis de contacto.

Observaciones de Conducta

Se había observado poco al menor ya que sus periodos de vigilia eran muy cortos hasta ese momento, su ingesta era buena, su expresión facial risueña respondiendo favorablemente a la estimulación social.

Análisis de resultados :

2 meses de edad	100	Normal
100	100	100

Se aplicó el test de desarrollo evolutivo de Gesell mostrando su E.B. en 2 meses en sus 4 áreas acorde a su E.C. :

En el área motriz en posición prona levantaba su cabeza en línea media en zona II.

Area adaptativa. El aro lo seguía mas allá de la línea media, retenía la sonaja.

Area de lenguaje. Presentaba sonrisa social y expresión despierta.

Area personal social. Seguía a persona en movimiento, miraba al experimentador.

Conclusión :

El menor aparentemente presentó un desarrollo normal dando las conductas esperadas a su edad.

Fecha de valoración 22-09-1995. Se encontraba en la " sala de enfermería".

Observaciones Generales :

Reporte médico.- de su anterior valoración a la fecha cursó por las siguientes enfermedades: rinoфарингитis viral (5), rinoфарингитis bacteriana (2), balanopostitis, dermatitis perianal, conjuntivitis infecciosa (2), dermatitis de contacto (5), faringitis viral, moniliasis oral, diarrea aguda, casidiasis perianal, rash cutáneo inespecífico, GEPI., rinitis probablemente viral, dermatitis de contacto escrotal, eritema genital leve (2) y dermatomicosis perigenital.

Observaciones de Conducta

Se le percibía demandante de atención por parte del adulto sobre todo antes de dormir, si no tendía a mostrarse irritable, "llorón". Sus ciclos sueño/vigilia e ingesta eran normales. Durante su valoración se mostró atento a los estímulos de la prueba, su respuesta fue buena, aunque su nivel de tolerancia fue bajo.

Resultados :

En sus 4 áreas su E.B. se ubicó en 8/12 acorde a su edad.

E.D. 8/12 C.Dg. 102.8 Dx. Normal

M. 100 A. 103.7 L.107.5 PS 100

Sentado logró permanecer un minuto erecto, mantenía 2 cubos más que momentáneamente, sostenía un cubo y miraba la taza, utilizaba sílabas simples, mordía y chupaba juguetes.

Conclusiones :

Presentó un desarrollo acorde a su edad, se observaron algunas conductas que estaban en transición para pasar al siguiente nivel.

Sugerencias :

- Bajarlo al jardín cuando fuera posible (siempre y cuando estuviera bien de salud).
- Bajarlo a la colchoneta estimulando su arrastre para la consolidación del gateo.
- Incrementar su nivel de tolerancia.

REPORTES MEDICOS

FECHA	ENFERMEDADES REPORTADAS
17-II-95.	Recién nacido eutrófico con eritema de pañal leve.
24-II-95.	Dermatitis de contacto en flanco derecho.
28-II-95.	Rinofaringitis viral.
02-III-95.	Estridor monofásico ocasional.
05-III-95.	Rinofaringitis bacteriana.
17-III-95.	Rinofaringitis probablemente viral.
19-III-95.	Rinofaringitis bacteriana.
21-III-95.	Dermatitis de contacto.
25-III-95.	Candidiasis perianal.
03-IV-95.	Rinofaringitis viral probable.
10-IV-95.	Rinofaringitis bacteriana.
11-IV-95.	Balanopostitis y dermatitis perianal.
18-IV-95.	Conjuntivitis infecciosa.
22-IV-95.	Dermatitis de contacto.
26-IV-95.	Faringitis viral.
27-IV-95.	Dermatitis de contacto moderado y monilia oral.
28-IV-95.	Diarrea aguda.
30-IV-95.	Dermatitis de contacto.
01-V-95.	Candidiasis perianal.
05-V-95.	Diarrea aguda.
11-V-95.	Rinofaringitis viral.
12-V-95.	Monilia oral.
23-V-95.	Rash cutáneo inespecífico.
25-V-95.	GEPI.
25-V-95.	Dermatitis de contacto mod./severa.
25-V-95.	S. diarreico.
02-VI-95.	Rinitis probablemente viral.
06-VI-95.	Dermatitis de contacto escrotal.

- 23-VI-95. Rinofaringitis viral.
02-VII-95. Eritema genital leve.
09-VII-95. Dermatomicosis perigenital.
17-VII-95. Rinofaringitis viral.
20-VII-95. Conjuntivitis infecciosa.
21-VII-95. Rinofaringitis bacteriana.
28-VII-95. Eritema genital leve.
5-VIII-95. Rinitis probablemente viral.
6-VIII-95. Dermatitis de contacto.
28-VIII-95. Rinofaringitis viral.
29-VIII-95. Dermatitis de contacto.
05-IX-95. Dermatitis de contacto glútea.
06-IX-95. Rinofaringitis bacteriana.
14-IX-95. Rinofaringitis viral.
17-IX-95. Dermatitis genital leve.
22-IX-95. Clínicamente sano.
22-IX-95. Rinofaringitis viral.
23-IX-95. Dermatitis de contacto.
27-IX-95. Traumatismo simple.
03-X-95. Dermatitis de contacto leve.
09-X-95. Rinofaringitis viral.
10-X-95. Dermatitis de contacto severo.
12-X-95. Dermatomicosis perianal.
22-X-95. Dermatitis perianal.
24-X-95. Dermatitis por contacto.
27-X-95. Rinofaringitis bacteriana.
02-XI-95. Dermatitis de contacto.
07-XI-95. Equimosis frontal post-traumática.
09-XI-95. Dermatitis perigenital.
10-XI-95. Dermatitis retroarticular.
16-XI-95. Rinofaringitis bacteriana.
18-XI-95. Dermatitis de contacto.

- 27-XI-95. Rinofaringitis viral.
- 01-XII-95. Eritema genital acentuado.
- 04-XII-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 05-XII-95. Traumatismo craneal.
- 16-XII-95. Rinofaringitis viral.
- 18-XII-95. Rinofaringitis bacteriana.
- 03-I-96. Mordedura por humano en cara.
- 04-I-96. Dermatitis atópica en cara.
- 07-I-96. Rinofaringitis bacteriana.
- 12-I-96. Traumatismo simple en cráneo.
- 24-I-96. Reactivación de dermatitis atópica.
- 28-I-96. Rinofaringitis bacteriana.

OBSERVACIONES PERSONALES

Se observó el comportamiento del niño por un período aproximado de 3 meses y medio, a partir de mediados del mes de Octubre de 1995, durante 5 días a la semana por 4 horas diarias, mientras se encontraba en la sala de lactantes mayores bajo el cuidado de varias niñeras y en convivencia con otros menores.

En general se observó lo siguiente :

Cuando ingresó a ésta sala lloraba constantemente. Los primeros días estuvo mucho tiempo dentro de la cuna llorando, debido a esto se le tomaba en brazos con lo cual cesaba el llanto. Al tratar de incorporarlo nuevamente en la cuna lloraba.

En los días siguientes fue incorporado con el resto de los niños que se encontraban conviviendo en una habitación , pero aún así se observó que en ocasiones lloraba.

Aproximadamente durante los dos últimos meses en que se estuvo en contacto con él pasaba mucho tiempo dentro de su cuna llorando.

En ocasiones el personal explicaba que debido a problemas de salud no podía permanecer abajo ya que el suelo se encontraba frío.

Se trató de interactuar con él lo más frecuentemente posible, aunque permaneciera en su cuna con lo cual respondía favorablemente. Sonreía y mostraba interés cuando se le proporcionaban juguetes, los cuales manipulaba e introducía en su boca. Sin embargo, no era posible atenderlo exclusivamente a él debido a la cantidad de niños que también requerían atención y al limitado número de personas que estaban a cargo de los niños.

Por lo regular se le proporcionaban diversos juguetes y al separarse de su lado no lloraba, pero después de haber estado mucho tiempo solo comenzaba a llorar.

Cuando lo bajaban de su cuna se mostraba sonriente y activo. Aproximadamente en el mes de enero de 1996 caminaba sostenido de los muebles, pero en ocasiones comenzaba a llorar después de haber estado mucho tiempo solo. Al tomarlo en brazos o proporcionarle juguetes cesaba el llanto.

Con respecto al personal, algunas personas manifestaban sentir agrado y preferencia por este menor en relación al resto de los niños. Sin embargo dichas personas no mantenían interacción constante con él.

El niño no tenía preferencia por una persona en particular, aceptaba el acercamiento de cualquier adulto.

Generalmente comía bien.

En base a los expedientes se sabe que se le proporcionó estimulación múltiple en la sala donde se encontraba anteriormente, pero no se especifica si tuvo una relación estable con determinadas personas. A pesar de ello, en base a las respuestas que se observaron cuando ingresó a otra área no se infiere que haya establecido una relación previa, ya que no se reportaron alteraciones. A pesar de que lloraba y presentaba **enfermedades** recurrentes no es posible deducir que esto se debió al cambio de sala porque ya desde antes se reportó la presencia de estos.

Por lo anterior es necesario considerar que hasta ese momento no se había relacionado en forma estable con una persona, lo cual era perjudicial porque al no promoverse un vínculo, no hubo un desarrollo afectivo.

Si bien, el niño respondía a la estimulación y toleraba estar solo siempre y cuando se le proporcionara material para distraerlo, careció de lo primordial: contacto afectivo. Era común observarlo en su cuna sin recibir atención continua. A pesar de que se "distría" con los juguetes, no eran los objetos materiales los que propiciarían que se desarrollara adecuadamente.

Debido a lo expuesto anteriormente se considera que lo mas conveniente sería que una sola persona, que ejerciera la función materna se hiciera cargo del niño.

CAPITULO VII

ANALISIS DE LOS CASOS

CASO NUMERO 1

Nombre : "N"

INFLUENCIAS AMBIENTALES SIGNIFICATIVAS

En los antecedentes no se especifica como fue atendido este menor por las personas que se hicieron cargo de él antes de su ingreso a la Casa Cuna.

En lo que respecta a sus experiencias dentro de la institución, en el mes de enero únicamente informaron que se encontraba en proceso de adaptación y que se le proporcionaba estimulación en un área.

En el mes de febrero en el área de Psicología sugirieron brindarle apoyo afectivo, además de estimulación, pero al parecer no hubo respuesta por parte del personal, ya que en el siguiente mes reportaron que "N" permanecía la mayor parte del tiempo en su cuna, lo cual sería desfavorable para su desarrollo.

Por los datos referidos en su expediente, desde su ingreso le proporcionaron estimulación y en ocasiones terapia física, pero no estaba a cargo de ninguna cuidadora en específico.

DESARROLLO DE LOS IMPULSOS

Desde el mes de marzo de 1995, hasta agosto del mismo año fue reportado constantemente como un niño lento, tranquilo, que presentaba un atraso en su desarrollo, sobre todo en su motricidad.

Las observaciones personales durante la estancia en la Casa Cuna al prestar servicio social permitieron corroborar que presentaba las conductas mencionadas anteriormente, además de otras que no fueron mencionadas tan frecuentemente, como la poca demanda de atención que mostraba y el aislamiento.

Los datos anteriores demuestran como su energía agresiva por lo general no era dirigida hacia el exterior, ya que generalmente era pasivo y no intentaba interactuar con nadie, por ejemplo, nunca se observó que presentara conductas que eran comunes en niños de su misma edad dentro del área de lactantes, como responder a la agresión de otros menores golpeando o mordiendo.

Al estar solo en su cuna permanecía en silencio sin intentar atraer la atención de los demás. Nunca se observó que hiciera estremecer la cuna, que le quitara la cobija o que llorara para que lo sacaran como ocurría con otros niños. Sin embargo cada vez que algún adulto se acercaba a él y después se alejaba respondía con llanto prolongado, lo que indica que solo en ocasiones dirigía su agresión al exterior.

En relación a su energía libidinal por lo general no era dirigida al exterior. Solo en una ocasión durante el mes de agosto se mencionó en su expediente correspondiente al área de Psicología que lo habían reportado muy afectuoso, sin especificar que manifestaciones de afecto observaron. Aproximadamente durante los 3 primeros meses en que fue observado de manera personal no se percibieron muestras de afecto por parte de él hacia las personas que se encontraban a su alrededor. En los últimos meses se observó que en ocasiones sonreía cuando alguien jugaba con él, en ocasiones mostraba sus juguetes, pero por lo general predominaba la falta de expresión y de

acercamiento hacia los demás. No se observó que tuviera preferencia por alguien en específico, debido a que no tuvo la oportunidad de contar con una sustituta que le permitiera llegar a establecer una relación de objeto. No contaba con una persona estable en el exterior que atrajera los impulsos del niño.

En relación a la fase de desarrollo no había alcanzado los progresos esperados a su edad.

DESARROLLO ESTRUCTURAL

En el mes de enero informaron que "N" se encontraba en proceso de adaptación, pero no se hizo referencia a las conductas que presentó, lo cual hubiera sido útil para saber cómo fue su reacción inicial ante un medio desconocido.

En el mes de abril de 1995 reportaron que al intentar colocar al niño en posición prona se angustiaba y comenzaba a llorar hasta que se quedaba dormido. En los meses de mayo y agosto mencionaron que tenía poca tolerancia a la frustración.

En lo personal se observó que "N." no toleraba que los adultos se alejaran después de haber estado en contacto con él, lo que demostraba que el yo era muy débil, ya que a pesar de que esto demuestra que respondía ante algunos estímulos ambientales, no se considera normal que respondiera con llanto excesivo ante la separación de cada una de las personas que entraban en contacto con él, mucho menos si el acercamiento era de solo algunos minutos y con personas desconocidas, como ocurría en este caso. Lo anterior indicaba que ante la falta de una figura materna estable, no mostraba preferencia por nadie, no diferenciaba a una persona de otra. Carecía de alguien que le proporcionara seguridad al estar de manera continua con él.

Durante un periodo de 6 meses se habló de la presencia de problemas en su desarrollo, aunque se observó un avance en los meses de septiembre y octubre en relación a la motricidad gruesa y a pesar de que finalmente comenzó a caminar por sí solo, lo que indicaba que había progresado, aún existía un retraso significativo en el desarrollo del lenguaje.

En la valoración que se le realizó cuando tenía 8 meses de edad, aún no emitía sílabas simples, sino sonidos vocales.

Cuando fue valorado al contar con una edad de 14 meses no se logró escuchar la emisión de palabras, solo emitía sonidos guturales.

Informaron que lograba desplazarse sostenido, pero se habló de renuencia por parte de éste. Se llegó a la conclusión de que presentó un decremento notorio en su desarrollo, resultando un diagnóstico de inferior a lo normal.

Aproximadamente durante los primeros 4 meses en que se convivió con él de manera personal fue posible observar que no emitía palabra alguna.

Aproximadamente en los 2 últimos meses en que se convivió con él se le escuchaba emitir 2 palabras de manera esporádica.

Por lo anterior se considera que era necesario un contacto más frecuente con un adulto, pero sobre todo una interacción afectiva que lo impulsara a expresarse mediante la palabra.

En este caso al estar rodeado sobre todo de niños pequeños que no sabían hablar, el lenguaje carecía de utilidad inmediata.

Debido a que la imitación y comunicación se basan en la relación con la madre, en este caso no eran activas ante la ausencia de ésta.

En conclusión, no había alcanzado los progresos esperados a su edad, las funciones relacionadas con el yo no se habían desarrollado adecuadamente, sus respuestas aún eran muy primitivas.

DIAGNOSTICO

Por todo lo anterior se considera que estaba en estado de depresión como consecuencia de la pérdida de objeto y de la falta de un sustituto materno. Por lo general mostraba una actitud de retraimiento. Por otro lado lloraba cuando cualquier persona se alejaba de él y había un retraso en su desarrollo general, sobre todo existía retraso significativo en el desarrollo del lenguaje, a pesar de que en su primer valoración que se le realizó poco después de su ingreso obtuvo un diagnóstico normal, en la siguiente obtuvo un diagnóstico de inferior a lo normal. Por otra parte, presentaba enfermedades infecciosas recurrentes, razón por lo cuál en una ocasión tuvo que ser hospitalizado.

No se determinó que existiera alguna alteración neurológica al ser valorado por un especialista.

PRONOSTICO

El pronóstico para este menor es desfavorable, debido a que no se le proporcionó un sustituto materno y considerando que el período de permanencia dentro de la Casa Cuna fue largo. La falta de una persona estable que atendiera al menor de manera continua limitó el desarrollo estructural y afectivo en forma significativa, por lo cual no es posible reservar el pronóstico. Se considera que aunque en ese momento se le proporcionara un sustituto adecuado presentaría dificultades posteriores debido a deficiencias tempranas en la calidad de las relaciones de objeto.

RECOMENDACIONES

Integrarlo lo antes posible a una familia y mientras permanezca dentro de la Institución asignar a una persona en particular para que se encargue de relacionarse y proporcionarle cuidados continuos en forma estable. Evitar trasladarlo continuamente de un área a otra y si ello no es posible que continúe siempre bajo el cuidado de las mismas personas cuando pase a otras salas.

CASO NUMERO 2

Nombre : " O."

INFLUENCIAS AMBIENTALES SIGNIFICATIVAS EN SU DESARROLLO

Esta menor ingresó a la Casa Cuna a la edad de 2 meses aproximadamente. En relación a sus antecedentes no se cuenta con detalles de la relación que existió entre "O." y sus padres. Sin embargo se comprobó que la niña presentaba lesiones que no ponían en peligro su vida, pero estaban sancionadas. De acuerdo a esto se infiere que fue expuesta a una estimulación suficientemente fuerte, pero no se cuenta con detalles de la denuncia realizada. No se menciona con qué frecuencia fue expuesta a dicha estimulación, es decir, si dichas lesiones fueron el resultado de un evento único o si fue sometida varias veces a esto con anterioridad.

Sin embargo se deduce que debido a la edad con que contaba, aún no era capaz de comprender lo que ocurría en su medio externo, aunque ya fuera capaz de manifestar desagrado ante estímulos displacenteros.

En general desde su ingreso que fue el día 31 de agosto de 1994, hasta el mes de abril en que fue trasladada a otra sala (lactantes mayores) los reportes del área de psicología y la información proporcionada por las niñeras indicaban que no existían problemas en su adaptación. Generalmente reportaban que su desarrollo era adecuado.

No se especifica si tuvo una relación continua con determinadas personas en la sala donde se encontraba anteriormente, ya que llama la atención que a partir de su traslado a otra área haya presentado problemas en su adaptación al inicio de su estancia, lo que pudiera indicar que se deprimió ante el cambio.

Desde su ingreso a la sala de lactantes mayores se insistió en que siempre había personas que la sobreprotegían, lo que dificultaba la estimulación y por lo tanto la adquisición de nuevos repertorios. En uno de los reportes se mencionó que por lo menos

había una persona por turno que se encargaba de sobreprotegerla y cubrir sus demandas afectivas, por lo cual la Psicóloga del área insistía en que la niña fuera integrada al grupo de menores para favorecer su socialización, evitando estar en contacto continuo con una sola persona para que la pequeña no se comportara en forma discriminatoria.

Mientras estuvo en esa sala contó con determinadas personas con las que se relacionaba y tenía contacto, las cuales tenían preferencia por ella y se mostraban cariñosas. Sin embargo, no contó con una relación estable. En primer lugar fue separada de su madre y por otro lado, había sido trasladada de un área a otra dentro de la Casa Cuna y de no ser adoptada seguiría pasando progresivamente de un lugar a otro, careciendo de una persona que ejerciera la función materna en forma permanente, lo que se considera sería perjudicial. A pesar de que por lo menos había una persona por turno que se relacionaba con la niña había una constante rotación de personal.

Por otro lado, las observaciones personales permitieron corroborar que por lo general "no se le imponían límites". En varias ocasiones se observó que acudían inmediatamente cuando demandaba atención, por ejemplo, por lo regular cuando despreciaba el alimento y por ende se le retiraba, ésta lloraba e inmediatamente se le volvía a proporcionar. Se le insistía mucho para que comiera o la atendían inmediatamente cuando demandaba atención. Varias veces se observó que la mantenían constantemente en brazos.

En general se hablaba de renuencia por parte de la niña a establecer contacto con otros menores, por lo cual se intentaba integrarla más a actividades de grupo. La sugerencia de la Psicóloga era que no se le sobreprotegiera y que se estimulara la socialización.

DESARROLLO DE LOS IMPULSOS

Su energía libidinal era dirigida hacia el exterior. Por lo general trataba de atraer la atención de los adultos, por ejemplo jugueteaba (en ocasiones se observó que guiñaba ambos ojos cuando alguien le llamaba la atención) y se acercaba a las personas que interactuaban constantemente con ella. Personalmente fue posible observar que mostraba conductas, tales como abrazar a personas que se encontraban cerca de ella y trataba de llamar su atención.

Sus impulsos agresivos eran dirigidos hacia el exterior. Cuando alguna persona significativa para ella se apartaba de su lado o cuando se le frustraba respondía llorando o tenía actitudes tales como rechazar el acercamiento de otros niños o el alimento. En ocasiones se observó que lanzaba la cuchara cuando ya no quería comer.

De acuerdo a su edad ya estaba en transición a la siguiente etapa del desarrollo, es decir a la etapa anal, en donde probablemente aumentaría su oposición al ejercer un control externo para los impulsos. De ahí la necesidad de contar con una persona con la que se relacionara afectivamente y favoreciera el aprendizaje en torno al entrenamiento.

Las manifestaciones que mostró al inicio ante el cambio de sala, es decir los problemas en cuanto al sueño y la alimentación y el llanto eran signos que se observan generalmente en menores deprimidos como una reacción ante la separación.

A consideración del personal del área de Psicología, la menor se caracterizaba por presentar cuadros depresivos, lo cual se reflejaba en su estado de salud. Sin embargo, en lo personal no se considera que la separación del padre haya propiciado que se deprimiera, debido a que no hay indicios de que se hubiera establecido una relación previa satisfactoria entre él y la niña, tomando en cuenta además que la niña apenas contaba con 2 meses de edad al momento de la separación.

Si bien en los datos referidos en su expediente se especifica que la niña presentó signos que llevan a concluir que cursó por un estado depresivo y se comprobó que efectivamente presentaba enfermedades recurrentes, lo cual fue asociado a la depresión como se especifica en una nota, se considera que esto fue producto de las subsecuentes separaciones que tuvo que enfrentar dentro de la institución al ser trasladada de un área a otra. Por otro lado, al lo menor se relacionaba afectivamente con personas que después tenían que ausentarse, debido al cambio de turno del personal, era de esperarse que reaccionará ante la separación.

Se considera que los problemas que presentó posteriormente en tomo a la alimentación estaban en relación con factores internos y externos. En relación a los factores internos, su actitud era impulsiva. En ocasiones se negaba a que le proporcionaran la comida o intentaba quitarle la cuchara a quien le estuviera dando de comer para comer por sí sola. Cuando le daban alimentos que ella podía manipular e ingerir por sí sola, sin la necesidad de utensilios sí los comía., debido a esto se deduce que se negaba a que se le controlara desde el exterior. A veces rechazaba la comida aunque proviniera de las personas a las que prefería, ya que al parecer lo que requería era la proximidad de estas y no precisamente el alimento, ya que aunque no lo aceptaba, lloraba cuando se retiraba la niñera que se lo estaba dando. Se piensa que esto es así, debido a que llama la atención que comiera al estar sola con alguna de las personas a las que estaba apegada, quizá esto se debía a que tenía atención individual al no estar presentes otros niños, a los cuales también alimentaba el personal que atendía por lo general a "O."

DESARROLLO ESTRUCTURAL

Presentaba conductas que indicaban que era capaz de distinguir entre personas familiares y extraños.

En lo personal, al ingresar al área de lactantes mayores y tomarla en brazos fue posible observar que agachaba la cabeza tímidamente, dirigiendo la mirada hacia abajo.

En ocasiones, cuando llegaba gente desconocida a visitar la Casa Cuna , la niña lloraba cuando intentaban establecer contacto con ella y rechazaba los alimentos siempre que alguna persona con la que no tenía un contacto frecuente intentaba dárselos, lo que indicaba que era capaz de distinguir entre personas que le resultaban familiares y extraños.

Lo anterior demuestra que había establecido una relación de objeto con determinadas personas, por lo cual se deduce que el yo se había desarrollado.

Prefería que determinadas personas la alimentaran porque había tenido una relación previa con ellas, lo cual se considera normal. Rechazaba la comida cuando provenía de otras personas, como una forma de rechazo ante los desconocidos.

En lo que respecta a otras funciones del yo :

Pudo iniciar la marcha sin necesidad de que se le instigara a hacerlo. De manera personal se observó en los últimos meses que podía subir y bajar escalones pequeños sostenida de la baranda, treparse en algunos lugares no muy altos, sentarse sin necesidad de ayuda y volver paginas de un pequeño libro, lo que indicaba que su desarrollo motriz era adecuado.

Ya era capaz de expresarse por medio de algunas palabras y de responder a su nombre, a pesar de que en su última valoración se hizo la observación de que comúnmente no se esforzaba por hablar, debido a que obtenía todo sin pedirlo.

Por lo anterior se puede deducir que habla desarrollado capacidades esperadas a su edad.

En lo que respecta a la insistencia de la Psicóloga del área en estimular la socialización para que aceptara relacionarse con el resto de los niños :

En lo personal se considera que sería conveniente tomar en cuenta que aproximadamente en las 2 primeras etapas del desarrollo infantil, los otros niños pueden resultar indiferentes en la vida de otro menor, o bien pueden ser vistos como un obstáculo para la satisfacción de un deseo. Se dice que el niño en estas etapas es asocial por necesidad, a pesar de todos los esfuerzos que realice la madre en sentido contrario.

Ya en etapas posteriores va siendo capaz de tener en cuenta a los otros como colaboradores para realizar algo y después como objetos que sienten.

A partir de lo anterior se considera que en este caso, debido a la edad, no necesariamente tenía que aceptar el contacto con otros niños.

Por otro lado, aún mostraba poca tolerancia a la frustración, lo que propiciaba que llorara cuando no se le permitía hacer lo que deseaba en el momento mismo en que lo requería y lloraba cuando alguna de las personas a las que se encontraba apegada se alejaba de ella, lo que indicaba que a pesar de haber desarrollado ciertas funciones relacionadas con el yo, dicha estructura aún estaba en proceso de desarrollo.

En lo relativo al entrenamiento para el control de esfínteres, no se menciona en sus notas, si éste ya se había iniciado.

DIAGNOSTICO

Desarrollo de capacidades acordes a su edad. Sin embargo aún estaba en proceso de estructuración. En relación a la parte afectiva a pesar de que era capaz de relacionarse, las relaciones entre la niña y las personas del medio eran inestables, debido a las condiciones externas que no permitían que hubiera una relación más estrecha, debido a esto fue posible observar durante su estancia signos característicos de la depresión. Presentaba problemas en torno a la alimentación, debido a la influencia que ejercían algunas personas del exterior.

PRONOSTICO

El pronóstico en este caso es desfavorable, ya que a pesar de que hasta es momento (enero de 1996), la niña había desarrollado capacidades acordes a su edad al haber contado con figuras que propiciaron dicho desarrollo y aunque había recibido afecto y había establecido relaciones de objeto, no se sabe si seguiría contando con el apoyo de estas personas o si sería entregada a un hogar adoptivo, lo cuál sería lo más conveniente en este caso, siempre y cuando existiera un equilibrio entre la cantidad de gratificaciones y de límites impuestos que permitieran un desarrollo adecuado. En caso de ser devuelta a su padre, el pronóstico sería desfavorable, ya que se cuenta con datos suficientes que prueban que éste señor tenía problemas psicológicos, como el pobre control de impulsos que le llevaba a cometer actos que definitivamente perjudicarían a la menor si ésta tuviera que quedar bajo su cuidado. En torno a su madre biológica, hay un desconocimiento acerca de ella que no permite saber si sería conveniente entregarle a su hija.

Finalmente la decisión solo dependía de la autoridad correspondiente encargada de llevar el caso de "O." hasta establecer su situación jurídica, lo cual no se sabe cuanto tiempo tomaría.

RECOMENDACIONES

Que se le integre con una nueva familia lo antes posible. Mientras permanezca en la Institución permitir que una persona en particular o un número pequeño de personas se relacionen con la niña continua y permanentemente, hasta ser adoptada, siempre y cuando exista un equilibrio entre la cantidad de gratificaciones y límites impuestos.

CASO NUMERO 3

Nombre : "S"

INFLUENCIAS AMBIENTALES SIGNIFICATIVAS

Por los antecedentes se deduce que "S" contó con una figura materna durante el primer año de vida, después de lo cual tuvo que permanecer dentro de la Casa Cuna, debido a circunstancias externas.

Al estar dentro de la institución no se le asignó a una niñera en particular para que cuidara de ella. Eran varias las niñeras que se encargaban de su cuidado.

Desde su ingreso se le proporcionó estimulación múltiple y en enero de 1996 se insistía en que recibiera terapia de lenguaje.

Hasta esa fecha que era la última anotada en sus expedientes cuando estos fueron consultados, sólo había tenido que ser trasladada de una sala a otra en una ocasión.

DESARROLLO DE LOS IMPULSOS

En el mes de agosto de 1995 se negaba a relacionarse con los demás, incluyendo con los adultos. Desde su ingreso mostró tendencia al llanto, pero por lo general era pasiva. A pesar de que gradualmente aceptó que los adultos se acercaran a ella, no buscaba aproximarse a éstos cuando se encontraba sola, no iniciaba interacción con los demás.

En un principio se desplazaba agarrándose de los muebles y aunque sufrió una caída que le provocó temor, lo que impedía que se pusiera de pie, finalmente logró caminar por sí sola. A veces participaba en actividades de juego y respondía a la estimulación que le proporcionaban, pero por lo general, mientras estaba sola y nadie interactuaba con ella se mostraba pasiva, sin demandar atención. Cuando se encontraba en su cuna permanecía en silencio, sin intentar atraer hacia sí a las personas del exterior por ningún medio.

En lo que respecta a la alimentación en algunas ocasiones informaron que no quería comer. Al observarla de manera personal fue posible comprobar que generalmente comía poco.

En el mes de octubre de 1995, la Psicóloga refirió que prefería la compañía del adulto sin mostrarse demandante.

En otra ocasión refirió en una de las valoraciones que presentaba una tendencia a aislarse.

Por otro lado, sonreía de manera esporádica al jugar con ella, pero por lo general su rostro era inexpressivo. Sin embargo, la psicóloga del área informó en algunas ocasiones que "S." respondía a la aprobación social.

Por lo anterior, se deduce que por lo general no dirigía sus impulsos al exterior porque no había una persona que interactuara con ella en forma constante y que por ende atrajera ambos impulsos hacia afuera.

Debido a que presentó signos característicos de la depresión se deduce que había establecido una relación previa con una figura materna. Sin embargo, dentro de la Casa Cuna no contaba con una persona estable con la cual pudiera llegar a establecer una nueva relación de objeto, por lo cual, predominaba la pasividad y el aislamiento.

DESARROLLO ESTRUCTURAL

Las conductas que presentó durante el primer mes de estancia en la Casa Cuna eran semejantes a las que se han observado en lactantes con depresión anaclítica.

Lo anterior indica que reaccionó ante un medio desconocido para ella.

A pesar de que en el siguiente mes reportaron una mejoría, en el mes de agosto nuevamente había signos de que estaba deprimida. Al respecto resultaría conveniente tomar en cuenta que el cambio de una sala a otra traería repercusiones, después de haber observado indicios de adaptación al área anterior, sobre todo considerando la problemática de la niña, es decir que tuvo una separación anterior, después de haber estado bajo el cuidado de una persona por un período largo de tiempo. El cambio de una sala a otra representaba un nuevo enfrentamiento a un ambiente desconocido.

Tomando en cuenta la edad que tenía era de esperarse que rechazara a los extraños y que se negara a tomar parte en las actividades de su alrededor, esto indica que había establecido una relación de objeto previa y que había depositado rastros de recuerdos que le permitían reconocer las diferencias entre lo familiar y lo desconocido. Sin embargo, a pesar de que al llegar a la etapa en que queda constituido el objeto libidinal es posible observar que el yo se ha desarrollado, el niño aún está en proceso de estructuración, como ocurría en éste caso.

"S", aún necesitaba de una figura materna que favoreciera el desarrollo de sus funciones.

Hasta ese momento (enero de 1996) ya podía desplazarse por sí sola, lo que le permitía ser menos independiente en algunos aspectos. En su última valoración que se llevó a cabo en diciembre de 1995, cuando contaba con la edad de un año y 7 meses informaron que en el área motriz lograba realizar conductas acordes a su edad.

Podía comer soía, aunque aún derramaba, avisaba necesidades, pero aún no había control de esfínteres, por lo cual necesitaba de una figura materna que favoreciera el aprendizaje.

Su repertorio verbal, hasta entonces se limitaba a 10 palabras reconociéndose por su nombre. Sin embargo la edad base en ésta área se ubicó en 15 meses, por lo cual indicaron que presentaba un desfase importante en dicha área.

En enero de 1996 se insistía en que ésta menor recibiera terapia del lenguaje, lo que indicaba que existían problemas en esa área. De manera personal se observó que generalmente era callada, no intentaba expresarse, por lo cual también era necesaria la intervención continua de una persona que la motivara a hablar al tener una relación continua con ella.

En conclusión la falta de relación con una persona estable no favorecía el aprendizaje.

DIAGNOSTICO

Depresión ante la pérdida de la persona encargada de su cuidado, lo que a su vez repercute en el desarrollo afectivo y en el desarrollo de funciones relacionadas con el yo. Por lo general se aislaba, se mostraba Introversa, lloraba frecuentemente, era común que estuviera enferma y había problemas en el desarrollo del lenguaje, lo que a su vez se considera que repercutiría en el desarrollo de otras capacidades.

PRONOSTICO

Desfavorable, debido al tiempo de permanencia dentro de la Casa Cuna. No había indicios de que fuera a ser adoptada, ni se especificó cuando se resolvería su situación jurídica. Todo indica que tenía dificultad en su adaptación. De continuar sin una relación estable y continua se prevén dificultades en el desarrollo normal de los impulsos y en el proceso de estructuración.

RECOMENDACIONES

Integrarla a una familia lo antes posible.

Asignar a una persona en particular o a un número pequeño de personas que siempre se responsabilizarán de brindarle cuidados constantes y de relacionarse con ella en forma estable y continua mientras permanezca dentro de la Institución. Evitar ser trasladada continuamente de una sala a otra y si esto no es posible, al menos que continúe siempre bajo el cuidado de las mismas personas.

CASO NUMERO 4

Nombre : "F"

INFLUENCIAS AMBIENTALES SIGNIFICATIVAS EN SU DESARROLLO

En base a los antecedentes se deduce que "F." estuvo bajo el cuidado de una persona antes de su ingreso a la Casa Cuna.

Por otro lado no se sabe con certeza como fue atendida la niña por la persona que la tenía anteriormente, a pesar de que en los antecedentes se refiere que ésta última manifestó que la quería mucho, por lo que deseaba adoptarla legalmente.

Al encontrarse dentro de la Casa Cuna se mencionó lo siguiente :

En el mes de febrero de 1994 mencionaron que permanecía demasiado tiempo en una silla, aún estando dentro de la cuna.

En el mes de marzo de 1995 una nifera informó que una persona que se prestaba voluntariamente a ayudarles consentía mucho a "F."

Lo anterior fue confirmado por la Psicóloga del área, quien refirió que la sobreprotegía, que le concedía todos sus deseos y que por otro lado era ignorada cuando lograba realizar actividades de autosuficiencia.

Desde el mes de marzo de 1994, hasta el mes de diciembre del mismo año mencionaron que principalmente se le había brindado estimulación socio-afectiva, además de estimular en determinadas ocasiones otras áreas, como la del lenguaje y la motriz.

En el mes de abril de 1994 no se especifico si ya había sido trasladada a otra sala porque refirieron lo siguiente : " desde su ingreso a la sala se observa llanto constante".

En el mes de febrero de 1995 se mencionó que se daría énfasis a la estimulación del lenguaje porque respondía lentamente.

En los meses de marzo, junio y julio de 1995 indicaron que se le daba un manejo conductual.

En el mes de septiembre de 1995 fue trasladada a una nueva sala.

En mayo de 1995 mencionaron que se le brindaba estimulación social y motriz, en los meses de julio y agosto del mismo año indicaron que participaba dentro del programa de ambientación al área de maternales sin especificar en que consistía dicho programa.

En noviembre de 1995 se le brindó estimulación socio-afectiva y motriz, en diciembre del mismo año se especificó que se le estimularía en base al programa descrito en la valoración. En su última valoración se mencionó que se le estimularía en diferentes áreas. Se sugirió estimular el lenguaje y la motricidad entre otras.

NOTA :

En relación a su edad no se sabe por qué se menciona en su expediente que nació aproximadamente en el mes de julio de 1993, ya que en los antecedentes se mencionó que el día 2 de junio habían entregado a la menor a la persona que quería adoptarla y que cuando esto ocurrió ya contaba con un mes de nacida, quizá esto se deba a que en los antecedentes refirieron mas adelante que tenía 4 meses de edad, quizá antes de su ingreso, cuando se le observó de manera inicial, se determinó que contaba con ésta edad aparente.

DESARROLLO DE LOS IMPULSOS

Sus manifestaciones indicaban que por lo general dirigía sus impulsos agresivos hacia el exterior. En relación a la energía libidinal, en las notas que se mencionan a continuación, se habló de que en ocasiones se mostraba sonriente y se relacionaba con compañeros. Sin embargo, no se refiere que haya establecido una relación con alguien en específico, ni que existiera apego hacia alguna persona en particular, lo que indicara que hubiera establecido una relación de objeto. Las notas referidas a partir del mes de marzo de 1995 permiten verificar el curso que tomaron ambos impulsos. Es posible comprobar que predominaba la agresión, al no promoverse los vínculos libidinales

Al ingreso el Psicólogo (a) y las niñeras informaron que en los meses de noviembre y diciembre de 1993 se mostró tranquila y no mostró angustia, una niñera mencionó en diciembre del mismo año que "F" se integraba a las actividades y que comía bien. No se reportaron alteraciones en el sueño.

En enero de 1994 una niñera reportó que comía bien, comenzaba a desplazarse y demandaba atención del adulto. Por otro lado mencionó que era sonriente y que le gustaban las caricias. Lo anterior demuestra que dirigía sus impulsos, tanto agresivos, como libidinales al exterior.

En cuanto a lo que se mencionó en el mes de febrero de 1994 se cree conveniente considerar que al tenerla demasiado tiempo sentada en una silla, era de esperarse que resultara afectada. En este mes una niñera mencionó que "era llorona", también reportaron que comía poco y que prefería lo dulce, esto último puede considerarse normal si es que introdujeron en su dieta alimentos con sabores nuevos. Al respecto sería útil saber si se le cambió el tipo de alimentación de manera abrupta, lo que haya propiciado que lo rechazara.

En el mes de marzo de 1994 el Psicólogo (a) informó que ya toleraba lo salado y que comía mejor. Una niñera informó que comía regular y que no le gustaba la carne.

En marzo y abril de 1994 informaron que demandaba atención y lloraba de manera constante, es decir externaba su agresión. A partir de esto convendría preguntarse si favoreció la estimulación socio-afectiva, ya que a partir de que se le estimuló en esta área mostró menor demanda, siendo su llanto esporádico, mejoró su alimentación que se había visto alterada en el mes de abril y se mostraba sonriente con mayor frecuencia, lo que indicaba que su energía libidinal era externada. Cuando se le tuvo que aislar por enfermedad (varicela) nuevamente se mostró irritable, pero en los meses siguientes en que ya no estuvo aislada se mostró más tolerante y sonriente. Por otro lado, las niñeras indicaron en el mes de mayo de 1994 que era inquieta y ya empezaba a caminar, lo que demostró una vez más que la agresión era externada.

Llama la atención que en el mes de junio de 1994 una niñera haya reportado que "F." era muy demandante de atención, mientras que el Psicólogo (a) haya mencionado que su demanda había disminuido.

A pesar de que en el mes de agosto de 1994 una niñera indicó que esta menor "era llorona" y que no caminaba sin apoyo, el Psicólogo (a) refirió que en el transcurso de ese mes inició la marcha. La energía agresiva hace posible impulsar al niño a caminar. Probablemente la enfermedad que presentó en ese mes (bronconeumonía) pudo haber provocado alguna alteración en cuanto a la alimentación, ya que una niñera mencionó en ese mes que no comía bien.

En general en el área de Psicología mencionaron que en los meses de mayo, junio, julio, agosto, noviembre y diciembre de 1994, el estado anímico de la niña era favorable, en enero de 1995 había menor demanda de afecto (llanto esporádico), en algunos de estos meses se informó que sonreía y se relacionaba con sus compañeros. No se reportaron alteraciones en sueño e ingesta. En agosto inició la marcha y en enero se observaron avances en el lenguaje.

En diciembre de 1994 una niñera informó que sólo lloraba cuando la molestaban o cuando estaba enferma.

En la nota correspondiente al mes de noviembre de 1994 una niñera informó que demandaba atención del adulto cuando tenía hambre, lo que se considera normal. Sin embargo mencionó que era "huraña". Al respecto se considera que hubiera sido necesario preguntar a qué se refería específicamente con esto, ya que el término comúnmente se usa como sinónimo de insociable. De ser así no está claro si se refería a que rechazaba la relación con los adultos, con otros menores o con ambos. En caso de referirse a esto, la nota no coincide con la del expediente del área de Psicología en donde se mencionó que se observaron avances en su socialización. Probablemente la nota fue redactada tiempo después de que la niñera mencionó esto, por lo cual se le pudo haber puesto esa fecha. Es posible que haya sido así debido a que en octubre se mostró irritable al haber estado aislada poco antes, debido a su enfermedad.

Posteriormente en el mes de marzo de 1995 se reportó que lloraba fácilmente como una forma de manipular. De ahí en adelante, en ocasiones decían que se controlaba y se mostraba tranquila y en otras que reincidía en hacer berrinches.

Los datos referentes al mes de marzo de 1995 y los posteriores a esta fecha demuestran que "F" estableció una relación con la persona que la atendía en forma individual, ya que a partir de ahí demandaba más atención y comenzó a presentar problemas en la alimentación, ya que al parecer se estableció un vínculo entre la voluntaria que la atendía y el alimento, lo que después provocó que la niña no quisiera comer por sí sola.

No se considera que específicamente por haberle dado un trato individual y especial a "F." se le haya perjudicado. Simplemente ésta mostraba conductas que también es posible observar en los niños que cuentan con la persona que ejerce la función materna.

Probablemente esa era la primera vez que había tenido un contacto más estrecho con una persona dentro de la Casa Cuna, lo que provocó que reaccionara en esta forma. Se deduce que era la primera vez que se había relacionado con alguien en forma más directa dentro de la institución, ya que a pesar de que anteriormente se le proporcionaba estimulación socio-afectiva, nunca se mencionó que hubiera estado bajo el cuidado de

un persona en particular . En ningún caso se asigna en la institución a una persona en específico para cada niño.

Lo que se considera que perjudicó a esta menor fue la ausencia de la persona que le brindaba atención, ya que quedó privada de la oportunidad de relacionarse con alguien que favoreciera su desarrollo general.

Por lo que se menciona en su expediente había un control externo para la acción impulsiva, por medio del manejo conductual.

En los meses posteriores después de que reportaron que había sido sobreprotegida, no se volvió a mencionar que "F." se mostrara sonriente, ni hay reportes que indiquen que su energía libidinal era externada, lo cual era de esperarse al no contar con una persona en el exterior que propiciara el desarrollo afectivo.

Al parecer todo estaba enfocado a extinguir los berrinches y a estimularla para que aprendiera a llevar a cabo determinadas actividades.

En relación con la fase del desarrollo en que se encontraba, no había alcanzado los progresos esperados a su edad. Se trataba de una niña que aún requería de mucha atención, por ejemplo una niñera informó que en el mes de agosto de 1995, es decir cuando "F." contaba con 2 años, 1 mes aproximadamente, hacía berrinches cuando no se le atendía en el momento que lo demandaba y que por lo regular tenían que estar al pendiente de ella o de lo contrario no comía. En octubre de 1995, a la edad de 2 años con 3 meses aproximadamente se mostraba susceptible, con llanto y demanda de afecto. En diciembre de 1995, es decir cuando tenía 2 años y 5 meses aproximadamente, la coordinadora del área de pedagogía informó que la menor no se integraba por completo a la nueva sala (sala de maternales).

De lo anterior se deduce que ante la imposibilidad de establecer una relación de objeto, el curso que tomarían sus impulsos no sería normal, ya que externaba su

agresión, pero no tenía vínculos afectivos que le permitieran dirigir su libido y manejar su agresión. De ahí que hubiera dificultad en el desarrollo de otras capacidades.

Si se considera que por su edad ya estaba en la etapa anal del desarrollo, resulta necesario tomar en cuenta que durante ésta los niños aumentan su oposición a cualquier interferencia relacionada con sus impulsos. Se dice que por lo general dicha etapa está dominada por la ambivalencia, es decir por fluctuaciones ente el "amor" y el "odio", es decir libido y agresión respectivamente. En este caso al no contar con un vínculo afectivo que le ayudara a detener la agresión que resultaba de la imposición de límites externos para la acción impulsiva, resultaba difícil para ella aceptar que se le tratara de controlar, por consiguiente no toleraba que se le corrigiera, agredía y no aprendía a controlar esfínteres.

En una ocasión, la coordinadora del área de pedagogía informó cuando la niña contaba con una edad de 2 años, 5 meses aproximadamente que era berrinchuda, no aceptaba que se le corrigiera, molestaba a sus compañeros, no terminaba sus trabajos, los rompía, no participaba en las actividades del grupo y aún no controlaba esfínteres.

DESARROLLO ESTRUCTURAL

Lo referente al nivel de estructuración que presentaba está en estrecha relación con lo mencionado anteriormente al hablar de los impulsos.

Las circunstancias externas no favorecían el desarrollo del yo.

Aún tenía necesidad de que se le atendiera en el momento mismo que lo requería, aún se le tenía que dar de comer o de lo contrario no lo hacía por sí sola, a pesar de que en otros aspectos se mostraba independiente, por ejemplo, informaron que se desvestía sola.

En lo que respecta a otras capacidades, ya en el mes de enero de 1995 informaron que respondía lentamente ante la estimulación del lenguaje. En febrero del mismo año se dió énfasis a la estimulación de esta área, sin embargo su respuesta continuaba siendo lenta. En marzo de 1995 se mencionó que al sobreprotegerla impedían que intentara participar, lo que había redundado en un decremento de su desarrollo, especialmente en el lenguaje.

En base a lo que mencionaron antes del mes de marzo de 1995, ya se había observado con anterioridad que no respondía de manera adecuada, por lo cual, en lo personal no se considera que los problemas presentados en esta área fueran consecuencia directa de la sobreprotección, si bien es cierto que al sobreproteger a un menor se le impide esforzarse para obtener lo que requiere por medio de la palabra, en este caso los datos demuestran que desde antes "F." respondía lentamente.

A pesar de que en su última valoración obtuvo un diagnóstico normal, al comparar los resultados de ésta con los que se obtuvieron en la anterior, se observó un decremento en 3 áreas, entre ellas el área del lenguaje. Por ésta misma fecha la

coordinadora del área de Pedagogía confirmó que "F." presentaba problemas de lenguaje.

Retomando lo referente al establecimiento de relaciones de objeto, se considera que antes del ingreso a la Casa Cuna no había llegado a la etapa en que normalmente queda constituido un objeto libídinal, debido a que apenas contaba con una edad de 4 meses. A esta edad, el yo es aún primitivo.

Las notas referidas por el área de Psicología y por las niñeras referentes a los 2 primeros meses en que "F." permaneció en la Casa Cuna demuestran que en este período no manifestó angustia ante la presencia de personas con las que nunca había estado en contacto, por el contrario se mostró tranquila y comía y dormía bien. De hecho a finales de enero una niñera informó que la menor era sonriente y cuando fue trasladada a la sala de lactantes en el mes de diciembre informaron que no había presentado dificultad en adaptarse.

Al parecer comenzó a presentar mucha demanda de atención después de que informaron que permanecía demasiado tiempo sentada en una silla.

En lo que respecta al mes de abril de 1994 los datos mencionados en su expediente no están del todo claros, ya que no se especifica si en ese mes se le trasladó a otra sala y si permanecía dentro de su cuna, ya que refirieron: desde su ingreso a la sala (no especificaron que sala) se observa llanto constante", por otro lado informaron que se les pidió a las niñeras que la bajaran de su cuna.

A pesar de esto último, en los meses siguientes, por lo general se reportó una disminución de la demanda afectiva, su llanto era esporádico, se mostraba sonriente, comía y dormía adecuadamente. Principalmente mencionaron que se le había brindado estimulación socio-afectiva, pero aunque esto haya provocado una disminución de demanda por parte de la niña, parece ser que no favoreció el desarrollo de otras funciones, ya que mostró dificultad para aprender a hablar.

Posteriormente, al pasar a otra área todo indicaba que comenzaba a tener atención individual, sin embargo, al ausentarse quien le brindaba dicha atención, quedó privada de la oportunidad de continuar con una relación estable, lo que le perjudicó como fue posible observar conforme crecía, además de lo anterior, nuevamente tuvo que ser trasladada a otra área.

En conclusión, desde su ingreso a la Casa Cuna tuvo que ser trasladada continuamente de una área a otra según lo requería su edad, sin contar con un sustituto materno estable que propiciara el desarrollo del yo.

DIAGNOSTICO

Pobre control de impulsos agresivos, poca tolerancia a la frustración, dificultad para aprender a hablar, para controlar esfínteres, enfermedades recurrentes, problemas relacionados con la alimentación, debidos a la ausencia de una persona que ejerciera la función materna y a la falta de estabilidad en el medio.

PRONOSTICO

Desfavorable. Desafortunadamente se prevé la presencia de dificultades posteriores, debido a las carencias que tuvo en las primeras etapas, en las cuales es de vital importancia que exista una persona que lleve a cabo la función materna, debido a que es cuando el individuo está en proceso de desarrollo. Al no contar con una relación segura, esto interfirió en el desarrollo y estructuración. De haber sido adoptada en una etapa más temprana o de haber contado con un objeto estable, el pronóstico hubiera cambiado. Desgraciadamente no es posible frustrar las necesidades del niño en las primeras etapas sin provocar efectos nocivos.

RECOMENDACIONES

Probablemente la niña iba a ser adoptada por una familia, ya en 1996 informaron en su expediente que se había llevado a cabo una convivencia entre ésta menor y 2 personas para ver la posibilidad de adoptarla, por ello se sugiere que fuera adoptada lo antes posible.

CASO NUMERO 5

Nombre : "A".

INFLUENCIAS AMBIENTALES SIGNIFICATIVAS

En los antecedentes refieren que este menor fue abandonado a una edad muy temprana en un lugar donde se le podían brindar los cuidados necesarios para sobrevivir. No se puede hablar de repercusiones psicológicas inmediatas como consecuencia de la separación de la madre, debido a que se encontraba en la etapa de no diferenciación. Esto se comprueba a través de los datos referidos en su expediente cuando ingreso a la Casa Cuna, en donde mencionaron que su evolución había sido adecuada durante los primeros meses. Sin embargo después de 4 meses de estancia dentro de ésta reportaron que su evolución había sido lenta y desde el mes de septiembre de 1995, hasta enero de 1996 se hizo énfasis en que demandaba mucha atención a través del llanto, lo cual se trataba de evitar.

En una ocasión mencionaron que se le había brindado orientación al personal para que evitara mantener al niño en brazos porque esto afectaba su desarrollo.

En otras ocasiones refirieron que éste menor pasaba mucho tiempo en la cuna, lo cuál lo limitaba.

Durante 3 meses de convivencia personal con "A" fue posible corroborar que efectivamente permanecía mucho tiempo dentro de su cuna.

En general mencionaron que le proporcionaban estimulación en diferentes áreas, pero no contaba con una persona estable que lo atendiera continuamente, al menos dentro del área de lactantes mayores y en ningún reporte mencionaron que en el área donde se encontraba anteriormente haya sido atendido por alguien en específico.

DESARROLLO DE LOS IMPULSOS

"A." se encontraba en la etapa oral del desarrollo al ingresar en la Casa Cuna, es decir en un período en que era necesaria la unión con una figura materna que cubriera todas sus necesidades y favoreciera el desarrollo de sus funciones.

En relación a sus impulsos agresivos, estos eran dirigidos hacia el exterior, ya que trataba de atraer la atención de las personas que se encontraban a su alrededor. En lo personal se observó que hacía estremecer su cuna o lloraba cuando deseaba estar fuera de ella, o bien lloraba después de haber estado mucho tiempo solo, aunque se encontrara fuera de su cuna.

Era activo cuando le proporcionaban juguetes, lo cuáles manipulaba e introducía en su boca, también era activo cuando lo sacaban de su cuna.

Generalmente comía bien.

En lo que respecta a su energía libidinal, había manifestaciones propias de la etapa oral como introducir objetos en su boca y chuparlos, sonreía cuando tenía la oportunidad de desplazarse al bajarlo, en ocasiones cuando se acercaba algún adulto o veía sonreír a otros menores. Sin embargo no prefería la compañía de alguna de las cuidadoras en especial, le daba lo mismo que lo atendiera cualquiera de ellas, es decir no había quedado establecido un objeto libidinal, debido a que eran muchas las personas que se encargaban de su cuidado, lo cual se considera que no era adecuado. Lo anterior se observó de manera personal, hasta enero de 1996, es decir cuando contaba aproximadamente con un año de edad. A pesar de que su sonrisa indicaba que respondía ante el rostro humano, lo esperado para su edad era que hubiera establecido una relación de objeto, lo cual no fue posible al no tener una madre o sustituta estable dentro de la institución.

Se considera que no se le proporcionaba la atención suficiente, debido a la cantidad de niños que se encontraban en el área ; a qué cuando hacía frío se daban indicaciones

para que no permaneciera en el suelo a causa de la presencia de enfermedades respiratorias y ante la sugerencia de no mantenerlo en brazos, lo cuál no permitiría su desarrollo normal. Al no propiciar que se relacionara con alguien que le proporcionara seguridad no podría dirigir su energía libidinal al exterior.

No había alcanzado los progresos esperados comúnmente a su edad, ya que había tenido privaciones tempranas que no permitieron un adecuado desarrollo afectivo.

En primer lugar es importante considerar que el niño permanecía mucho tiempo en la cuna, al tomar en cuenta esto se infiere que su llanto no era inmotivado, como lo mencionaron en una ocasión. El llanto era el único medio con que contaba para expresarse, debido a que aún no podía hablar. Se considera que sus manifestaciones eran la expresión real de una necesidad y que lo principal era orientar al personal encargado de su cuidado partiendo de la base de que toda conducta extremista era perjudicial, por lo cual no era posible esperar que permaneciera tranquilo al permanecer durante mucho tiempo encerrado en una cuna sin ningún contacto o bien con un contacto mínimo con el medio y sin poder moverse. Por otro lado al mantenerlo la mayor parte del tiempo en brazos también se le podía restringir, pero no por ello se le tenía que privar del contacto. Partiendo de lo anterior, era necesario mantener un equilibrio entre la cantidad de gratificaciones proporcionadas y el nivel de frustración que sin ser excesivo capacitaría al niño para tolerar gradualmente la demora.

No era adecuado que careciera de la oportunidad de relacionarse con una persona en específico para evitar que "sufriera" ante su pérdida posterior o para evitar que surgieran en él otro tipo de emociones, ya que no es la falta de emociones lo que propicia que el niño se desarrolle de manera normal.

Es necesario tomar en cuenta que la primera relación del niño con una figura materna en las primeras etapas es la que establece las bases para sus futuras relaciones.

DESARROLLO ESTRUCTURAL

Atrala la atención de los demás por medio del llanto, ya que aún no era capaz de expresarse por medio de alguna palabra simple.

En lo personal se observó que toleraba estar solo cuando se le proporcionaban estímulos, tales como juguetes, lo anterior también fue mencionado por una Psicóloga de la institución, quien explicó en la nota correspondiente al mes de septiembre de 1995 que cuando participaba en la estimulación o se encontraba entretenido se mostraba sonriente y en el reporte del mes de octubre de 1995 que cuando se encontraba distraído aumentaba su tolerancia.

Por otro lado, también dejaba de llorar cuando lo bajaban y andaba libremente o al tomarlo en brazos.

En la primera valoración que le realizaron en la institución obtuvo un diagnóstico normal, ya que presentó respuestas acordes a su edad. Ya en éste período se mostraba sonriente al ver el rostro humano y seguía a una persona en movimiento, lo que indicaba que reconocía a la presencia de personas en el exterior.

En su segunda valoración obtuvo un diagnóstico normal al presentar respuestas acordes a su edad. Utilizaba sílabas simples. Sin embargo, en las notas posteriores, hasta enero de 1996 no mencionaron si el lenguaje se desarrollaba adecuadamente.

En lo personal, hasta enero de 1996 no se le escuchaba emitir ninguna palabra.

Este menor, aún se encontraba en proceso de estructuración. Sin embargo, en su primer año careció de atenciones básicas que favorecen el desarrollo general.

Se debe de considerar que no era la presencia de objetos materiales lo que favorecería dicho desarrollo. El niño requería de una persona estable que se relacionara con él.

En conclusión, a pesar de que en las valoraciones que le realizaron obtuvo un diagnóstico normal, se considera que debido a las carencias que enfrentaba, el yo no se desarrollaría adecuadamente, ya que de entrada hubo un retraso en su desarrollo afectivo, debido a la falta de una persona que ejerciera la función materna, después de perder a su madre biológica.

DIAGNOSTICO

Carencia de una persona que ejerciera la función materna durante todo el primer año de vida, lo cual se considera trajo repercusiones desfavorables posteriores, ya que no tuvo un desarrollo afectivo al no llegar a establecer una relación de objeto. Al momento lo que fue posible observar es que lloraba frecuentemente, debido a la falta de atención de las personas del medio externo, además de presentar enfermedades recurrentes.

PRONOSTICO

Desfavorable, debido a las privaciones que tuvo durante el primer año de vida, ante la carencia de una madre o sustituta que le brindara atención adecuada, considerando la importancia que tiene la función materna para el desarrollo afectivo e intelectual. En este caso, ya fuera que se le integrara con una familia o que tuviera que permanecer en otras instituciones hasta la edad adulta, tendría que enfrentarse tarde o temprano a una sociedad, en la cual la adaptación sería difícil al no haber contado con una persona estable que proporcionara seguridad en las primeras etapas, que es cuando se estructura la personalidad del individuo.

RECOMENDACIONES

Asignar a una persona en particular o a un número limitado de personas que se relacionen con el niño en forma estable y continua mientras permanezca dentro de la Institución. Que se le proporcione un cuidado constante, evitando mantenerlo durante mucho tiempo dentro de la Cuna, evitar que sea trasladado continuamente de una sala a otra y en caso de ser así continuar bajo el cuidado de las mismas personas.

Que lo antes posible se le integre con una familia.

CONCLUSIONES

Como se mencionó dentro del marco teórico, la función materna consiste en proporcionar cuidados al niño, cubrir sus necesidades ; en establecer una relación con él conforme se desarrolla, lo que le permita establecer su primera relación afectiva y vincular su energía libidinal y agresiva. Por otro lado, es la encargada de limitar gradualmente la acción impulsiva propiciando el desarrollo de nuevas funciones. La intervención de ambos padres es necesaria para transmitir a los hijos las normas familiares y funcionar como figuras de identificación.

El desarrollo general se da en forma gradual. La relación continua con la madre y el intercambio afectivo constante favorece dicho desarrollo.

El presente estudio permitió conocer la normatividad y funciones de una institución denominada Casa Cuna, de la cual se extrajo una muestra de 5 menores con el propósito de conocer los efectos que provoca en los niños internos la carencia de una persona que ejerza la función materna.

Se llevó a cabo un análisis de cada caso. Los sujetos de la muestra estudiada tienen una historia particular y diferencias individuales. Sin embargo, en todos los casos los niños fueron separados de su madre durante el primer año de vida. Como consecuencia de la separación y de la falta de una persona que ejerciera la función materna en forma estable, éstos menores presentaron una serie de anomalías en su desarrollo afectivo e intelectual. En la mayoría de los casos se observó la presencia de cuadros depresivos, así como un retraso en el desarrollo del lenguaje.

También los estudios llevados a cabo por Spitz y Bowlby demuestran que la interrupción prematura y prolongada de la relación con la madre lleva al niño a un estado de depresión. De acuerdo a las observaciones de Spitz dicho estado puede conducir al niño a la muerte.

Otros estudios han demostrado la presencia de un retraso en el desarrollo del lenguaje, en el desarrollo psicomotor, psicosocial y bajo rendimiento intelectual, así como perturbaciones en el área afectiva en los niños que son privados de cuidados maternos durante los primeros años.

Las anomalías en el desarrollo de los niños incluidos en la muestra del presente estudio se asemejan a las que se han encontrado en los estudios mencionados anteriormente en niños que han sido privados de su madre durante los primeros años. Sin embargo, aunque se observaron cuadros depresivos dentro de éste grupo de menores, no se observó un estado de marasmo en ningún niño como en el caso de infantes observados en otros estudios como los llevados a cabo por Spitz.

Sin embargo, se observó que el desarrollo afectivo se vió alterado en todos los menores incluidos en el presente estudio, debido a la falta de permanencia en el vínculo con una persona estable.

En base a todo lo anterior es posible concluir que la función materna ejerce una influencia definitiva en el desarrollo infantil y la ausencia de ésta provoca que el desarrollo del niño no siga un curso normal.

Los Psicólogos encargados de atender al menor en ésta Institución trabajan en base a programas de estimulación múltiple y orientando al personal basados en los resultados obtenidos por medio de valoraciones Psicológicas y en sus observaciones.

Los menores albergados son atendidos en cuanto a sus necesidades físicas. Las niñeras y el personal voluntario atienden dichas necesidades. La atención médica es constante. Sin embargo, a pesar de esto en ningún caso se asigna a una persona en particular para atender a cada niño, por lo cual existe un déficit importante en cuanto a las funciones parentales se refiere.

A partir de esto se brindan sugerencias para apoyar la labor de las personas encargadas del cuidado del niño dentro de la Institución.

SUGERENCIAS

Se sugiere que la función del Psicólogo esté enfocada a brindar una atención especializada a partir del conocimiento de la problemática de cada menor, considerando el déficit de las funciones parentales que existe en la institución. Los Psicólogos pueden contribuir directamente al establecer con los niños una relación que les permita a éstos últimos establecer un vínculo parecido al que se establece en condiciones normales con la madre a partir de la fase desarrollo en que hayan sido separados de las personas que se encargaban de su cuidado antes de su ingreso, en vez de trabajar en base a programas de estimulación enfocados al área que de acuerdo a la evaluación se considere más afectada. Se sugiere mantener una interrelación espontánea y continua con el niño considerándolo en todo momento como un individuo con necesidades tanto físicas como afectivas.

En lo personal se considera que es necesario dar al niño una atención integral, considerando siempre el área afectiva aún cuando los Psicólogos consideren que no hay indicios de patología en el niño.

Se aconseja que después de encontrar que propicia que los niños muestren conductas tales como "hacer berrinches", agredir frecuentemente, etc., se trabaje considerando los factores causales con el propósito de evitar las acciones que dentro de la institución favorezcan la presencia de tales conductas, tomando en cuenta la influencia que tienen los factores externos en el comportamiento del niño en las primeras etapas. Desde luego es necesario considerar que cuando los niños aún son muy pequeños y se encuentran en proceso de estructuración tienden a ser impulsivos y requieren de un control externo, pero se sugiere verificar hasta que punto los niños lloran con frecuencia para "manipular al adulto" como por lo general consideraba la Psicóloga del área y hasta que punto se muestran demandantes, con tendencia al llanto fácil y/o agresivos por una necesidad real de atención, por ejemplo : cuando permanecen

demasiado tiempo en una Cuna, tomando en cuenta además las patologías que éstos presentan ya sea que se trate de problemas Psicológicos, físicos o ambos.

En resumen : se sugiere Indagar siempre acerca de los factores externos e internos que propician que el niño no se desarrolle normalmente y tener siempre presente que el niño difiere del adulto al encontrarse en proceso de estructuración y que en las primeras etapas de vida lo que sucede en el medio externo influye determinadamente en el desarrollo de éste.

En caso de que los niños estén siempre bajo el cuidado de niñeras y personal voluntario, es aconsejable que éstas personas reciban capacitación constante por parte de los Psicólogos en relación a aspectos básicos del desarrollo del niño para brindar una mejor atención a éstos.

Es aconsejable modificar las condiciones externas de tal modo que sea posible el establecimiento de relaciones estables entre los menores y las encargadas de su cuidado, las cuales deben estar en proporción a la cantidad de niños para que sea posible brindar atención individual a cada uno, lo que favorezca su desarrollo general.

Se sugiere que se evite trasladar a los niños constantemente de un lugar a otro, o bien que los niños que sean trasladados sigan teniendo la atención de las mismas personas, al menos mientras permanezcan en la Institución.

Si dentro de la Institución se piensa que es perjudicial para el menor que se relacione afectivamente con el personal por las emociones que ello puede despertar en él, también es aconsejable considerar que no es la falta de emociones lo que propicia que el menor se desarrolle adecuadamente.

A partir de este estudio se sugiere llevar a cabo una investigación de tipo comparativo que permita obtener un conocimiento acerca del desarrollo de los niños que se encuentren integrados a una familia.

Por otro lado, resultaría significativo llevar a cabo estudios longitudinales que permitieran seguir el curso del desarrollo por un largo periodo de tiempo de Individuos que hayan quedado privados de cuidados maternos en los primeros años.

ALCANCES

En la Casa Cuna no se encontró ninguna objeción para llevar a cabo el trabajo planeado, por el contrario la Directora de la Institución y el personal encargado del área de Psicología brindaron su apoyo para la elaboración de éste. Dos personas del área de Psicología manifestaron su interés por conocer los resultados del presente estudio. En ésta área un Psicólogo solicitó un proyecto de investigación con la finalidad de conocer el tema que se abordaría.

El presente estudio permitió obtener conocimiento acerca de las experiencias y comportamientos de 5 sujetos que por distintas razones entre ellas el ser víctimas de ilícitos como el abandono y el maltrato tuvieron que permanecer albergados en una Casa Cuna. Fué posible conocer las condiciones externas que influyeron en el curso del desarrollo de cada niño, lo que permitió llevar a cabo un análisis de cada caso relacionando aspectos teóricos referentes al tema de la función materna y los efectos de la institucionalización.

Resultó significativo conocer la normatividad y funciones de la Casa Cuna, en especial la atención que brindan los Psicólogos a los niños internos porque a partir de esto se brindaron sugerencias con el fin de apoyar su labor. Dichas sugerencias están encaminadas a considerar nuevas alternativas para dar una atención especial a los niños que sufren carencias importantes en cuanto a las funciones parentales se refiere, ya que al ser separados de su madre o de las personas encargadas de su cuidado se presentan anomalías en el desarrollo no sólo por el hecho de la pérdida, sino de la subsecuente privación materna cuando no se les proporciona un sustituto estable.

El estudio de casos individuales permitió conocer que efectos provocó la separación o separaciones a las que los niños tuvieron que enfrentarse y el subsecuente manejo que se le dió a cada uno de ellos en la Casa Cuna.

Alcances del Psicólogo en la Institución :

Los Psicólogos dentro de la Casa Cuna se encargan de observar las conductas de los niños, de entrevistar y orientar al personal sobre el trato al menor a partir de dichas observaciones y de los resultados obtenidos por medio de las valoraciones Psicológicas que aplica.

Los reportes que los Psicólogos elaboran mensualmente permitieron percatar que sus funciones dentro de la Casa Cuna están encaminadas a brindar estimulación múltiple de acuerdo al área o áreas que consideran se encuentran menos desarrolladas o más afectadas. Es común que sugieran al personal encargado del cuidado del menor dar un manejo conductual a los niños, "no sobreprotegerlos" y estimular las áreas que de acuerdo a las valoraciones y a lo que observan de manera personal requieren ser estimuladas.

LIMITACIONES

No fué posible obtener un conocimiento detallado acerca de las relaciones previas entre los niños y los encargados de su cuidado antes del ingreso a la Casa Cuna.

Por otra parte, debido a que una menor tuvo que ser trasladada a otra sala y que un lactante ingresó posteriormente al área de donde se extrajo la muestra, no se les observó durante el mismo periodo de tiempo que al resto de los menores incluidos.

En ésta institución fue posible observar que en ningún caso se asigna a una persona en particular para que se encargue de atender a un menor o a un grupo pequeño de menores. Por lo general existe un grupo de niñeras que no está en proporción a la cantidad de niños albergados. A pesar de que existe personal que colabora con las cuidadoras para atender a la población infantil, existe un constante flujo de personas, es decir aquellas que prestan servicio social se ausentan después de determinado tiempo, las que acuden voluntariamente a proporcionar ayuda no lo hacen diariamente, existen 3 turnos en los cuales hay cambio de personal, los fines de semana otro grupo de personas se encargan de los menores y en ocasiones las niñeras son trasladadas a otras salas después de determinado tiempo. Por otro lado, los menores también tienen que pasar de manera constante de una sala a otra cuando no es posible reintegrarlos con su familia o en hogares adoptivos.

Se sabe que debido a la cantidad de menores no es posible mantenerlos a todos en una sola área, pero también se considera que la cantidad de cambios a los que los niños tienen que enfrentarse son excesivos.

Una limitación para las encargadas del cuidado directo de los niños es que a pesar de hay disponibilidad por parte de algunas personas para atender a un sólo niño como se observó en algunos casos, en el área de Psicología no se los permiten porque consideran que esto repercute desfavorablemente en los niños, ya sea porque no se

Integran con el resto del grupo o porque después de relacionarse con un sola persona se vuelven demandantes de atención y no se muestran dispuestos a aceptar la estimulación.

Por lo tanto, el que se den o no las condiciones para que el niño reciba atención individual por parte de una persona o un número limitado de personas no sólo depende de la disponibilidad del personal encargado de su cuidado, sino del acuerdo entre las diferentes partes que integran a la Institución.

Se considera que no es fácil cambiar la organización de una institución de un día para otro, el cambio implicaría una serie de transformaciones y adquisición de nuevas responsabilidades, pero de no llevarse a cabo se deduce que los niños albergados seguirán presentando problemas no sólo en ese momento sino en etapas posteriores.

Se sabe que no es posible "igualar" la función que llevaría a cabo una madre en condiciones normales con un hijo que fuera parte de ella, pero se sugiere que los niños dentro de la Institución por lo menos tengan la oportunidad de relacionarse en forma estable con una persona que les proporcione cuidados continuos.

Por otro lado, el que los niños sean integrados a una familia no depende directamente de la Institución, sino de que se resuelva su situación jurídica.

Limitaciones del Psicólogo de la Institución:

Por medio del manejo conductual que sugerían los Psicólogos se lograban extinguir conductas en los niños, tales como "hacer berrinches" o agredir a otros menores, entre otras. Sin embargo se considera que las causas, ya fueran externas como la falta de atención o internas como la depresión y enfermedades que presentaban algunos niños originaban que éstos se mostraran demandantes y/o agresivos, es decir se podían eliminar conductas utilizando un manejo conductual, pero a pesar de ello los conflictos, ya fuera internos o externos que originaban tales comportamientos persistían.

Por lo general los Psicólogos tomaban en cuenta el área afectiva cuando consideraban que el niño presentaba una perturbación en dicha área. Por ejemplo: al observar que algún niño estaba deprimido se daba énfasis a la estimulación socioafectiva y si una vez proporcionada ésta se determinaba que el menor había presentado mejoría se suspendía la estimulación en dicha área para dar prioridad a otras. Sólo cuando se trataba de niños que "tenían retraso en todas las áreas" se sugería estimular todas ellas.

BIBLIOGRAFIA BASICA

ABERASTURY, Aminda.

Teoría y técnica del psicoanálisis en niños.

Buenos Aires. Editorial, Paidós.

BOWLBY, John.

La pérdida afectiva.

México, editorial, Paidós.

BOWLBY, John.

Una base segura. Aplicaciones técnicas de la teoría del apego.

Editorial : Paidós. Primera edición, 1989.

FREUD, Anna y Burlingham, D.

Niños sin familia.

Editorial : Planeta Mexicana, S.A., Primera edición, 1976.

FREUD, A.

Normalidad y patología en la niñez.

México, Editorial : Paidós.

HALL, Calvin, S.

Compendio de psicología freudiana.

México, Editorial : Paidós.

SPITZ, René.

El primer año de vida del niño.

México, Editorial : Fondo de Cultura Económica, Primera edición en español, 1969.

SULA, Wolff.

Trastornos psíquicos del niño : causas y tratamientos.

México, Editorial : Siglo XXI, Primera edición en español, 1970.

WINNICOTT, D.W.

El niño y el mundo externo.

Buenos Aires, Editorial : Lumen-Hormé, 4a edición, 1993.

WINNICOTT, D.W.

La familia y el desarrollo del individuo.

Buenos Aires, Editorial : Lumen-Homé, 4a edición, 1995.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

BLOS, Peter.

Psicoanálisis de la Adolescencia.

México, Editorial : Joaquín Mortíz, Primera edición en español, 1971.

DICAPRIO, N.S.

Teorías de la personalidad.

México, Editorial : Mc Graw Hill, Segunda edición, 1989.

FITZGERALD, H. y otros.

Psicología del desarrollo : El lactante y el preescolar.

México, Editorial : Manual Moderno.

FLORES, H. y NAVARRO, U.

Estimulación correctiva a lactantes institucionalizados, Tesis, Licenciatura, U.N.A.M.

MCKINNON Y MICHELS.

Psiquiatría Clínica Aplicada.

México, Editorial : Interamericana-Mc Graw Hill. Primera edición en español, 1973.

MUSSEN, Paul.

Desarrollo psicológico del niño.

México, Editorial : Trillas, Primera edición, 1983.

NASIO, J.D.

Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis.

España, Editorial : Gedisa.

PAPALIA, E.D. y OLDS, W.S.

Psicología del desarrollo.

México, Editorial : Mc Graw Hill, Tercera edición.

PAUL, V.

Depresión psíquica en neonatos y lactantes.

México, Editorial : Noriega, Primera edición, 1992.

RUTTER, M.

La privación materna.

Madrid, Editorial : Morata.

UGALDE, V. y RIOS DE LA TORRE.

Privación materna : problemas emocionales e intelectuales del infante, Tesis,

Licenciatura, U.N.A.M.