



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION
ESCUELA DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLINICA DINÁMICA

**PROGRAMA DE INTERVENCION VINCULAR EN MADRES DE NIÑOS CON
AUTISMO LEVE**

Trabajo de grado para optar por el título de licenciada en Psicología

Tutora:

Yubiza Zárate

Autora:

María Antonieta Ramírez Arias

Diciembre, 2011.



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica

Programa de Intervención Vincular en Madres de Niños con Autismo Leve.

Trabajo de grado para optar por el título de licenciada en Psicología

Tutora:

Yubiza Zárate

Autora:

María Antonieta Ramírez Arias¹

Diciembre, 2011.

¹ Para más información comunicarse al correo: m.antonietaramirez.a@gmail.com

Agradecimientos

A la fe en la vida, en uno mismo, que día a día me demuestra que si se quiere y se cree, siempre se puede.

A mi alma mater, mi hermosa universidad que me permitió inspirarme en sus espacios para continuar sin rendirme y llegar a la meta.

A mis padres por simplemente creer en mí, y estar presentes.

A mi tutora Yubiza Zárate, quien me acompañó en el camino, y aportó todos sus sabios conocimientos.

A aquellos profesores que dedicaron un poco de su tiempo para brindarme asesoría, la profesora Marian Duran, el profesor Dimas Sulbarán.

A las madres de niños autistas quienes participaron y se atrevieron a vivir la experiencia.

Y a todos aquellos que vivieron y compartieron este aprendizaje conmigo, mis compañeros, amigos y familiares.

Gracias.

Dedicatoria

Este trabajo es dedicado a fundaciones, institutos de investigación social y de la salud y en general a todas aquellas personas interesadas en la investigación clínica y con especial atención a quienes trabajan en rehabilitación de niños con autismo.

Programa de Intervención Vincular en Madres de Niños con Autismo Leve

Ramírez, M.A.

Universidad Central De Venezuela

Resumen

Investigaciones demuestran que el estilo vincular de la madre puede favorecer la adaptación del niño y su aprendizaje psicosocial. El presente trabajo, presenta el diseño y aplicación de un programa de intervención vincular para madres de niños con autismo leve, con la finalidad de facilitar la comunicación afectiva de la madre hacia el hijo autista. La investigación utiliza metodología mixta con un diseño transformativo secuencial. Se construyó el programa, con el apoyo de expertos en apego y se evaluaron conductas de apego con la escala Massie y Campbell (tacto, mirada, proximidad, cercanía, etc.) antes y después del programa de intervención, detectándose cambios leves en la conducta mirada, con 95 % de confiabilidad según la prueba de rangos de Wilcoxon. De igual forma, se llevó una bitácora de observación participante durante el programa para registrar y describir la evolución del proceso, destacando cambios en las madres (mayor acercamiento a sus compañeras e hijos, menor ansiedad y angustia, entre otros.)

Palabras clave: apego, autismo, vínculo, programas de intervención.

Índice de Contenido

Agradecimientos	iii
Dedicatoria	iv
Resumen.....	v
Índice de Contenido	vi
Índice de Tablas	ix
Índice de Figuras.....	x
Índice de Anexos.....	xi
I. Introducción.....	1
II. Marco Teórico	3
2.1 El autismo	3
2.1.1 Definiciones	3
2.1.2 Manifestaciones clínicas del autismo.....	3
2.1.3 Posibles causas del autismo	6
2.1.4 Tipos de autismo.....	7
2.1.5 Tratamientos	8
2.1.6 Enfoque psicodinámico del autismo	9
2.1.7 Determinantes intersubjetivos.....	11
2.2. Apego.....	12
2.2.1 Teoría del apego.....	12
2.2.3 Patología del vínculo de apego	15
2.2.4 El vínculo parental con autistas	15
III. Planteamiento del Problema	18
IV. Objetivos.....	19
4.1 Objetivo General:.....	19
4.2 Objetivos específicos:	19
Para el diseño:	19
Para la aplicación:	19
Para la evaluación de los efectos del programa:	20
V. Marco Metodológico.....	21

5.1 Definición de Variables	21
5.1.1 Variable Independiente	21
5.1.2 Variable dependiente	23
5.1.3 Variables extrañas.....	23
5.2 Tipo de investigación.....	24
5.3 Diseño de investigación	24
5.4 Participantes	24
5.4.1 Población.....	24
5.4.2 Muestra	24
5.4.3 Descripción del Centro de Neurodesarrollo.....	25
5.4.4 Muestreo	26
5.5 Instrumentos.....	26
5.5.1. Entrevista personal semi – estructurada.....	26
5.5.2. Protocolo de la entrevista de Apego Adulto (AAI) (George, Kaplan y Main, 1996)	26
5.5.3 Escala de separación - individuación de Coonerty (1986).....	27
5.5.4 Escala de apego en condiciones de estrés (Massie – Campbell 1999)	29
5.5.5 Observación participante	30
5.6 Procedimiento	30
5.6.1 Fase pre- intervención:.....	30
5.6.2 Fase de intervención (aplicación del programa de intervención vincular)	32
5.6.3 Fase de Post intervención.....	33
VI. Resultados.....	34
Diseño del programa.....	34
Entrevista de apego adulto AAI.....	37
Escala Coonerty de separación-individuación	40
Comparación de conductas de apego Pre- test y Post- test.....	42
Estadísticos de contraste	44
Comparación pre- test / post- test de las conductas (mirada, tacto, afecto, sostén, y proximidad).....	46
Conducta mirada:	46

Comparación pre-test y post-test del programa vincular de forma individual.....	49
Reporte del observador participante	55
Discusión de Resultados	60
X. Conclusiones	63
IX. Limitaciones	65
XI. Recomendaciones	66
Referencias Bibliograficas	67
Anexos	71

Índice de Tablas

Tabla 1.	25
<i>Datos biográficos de la muestra en estudio.....</i>	25
Tabla 2.	34
<i>Datos relevantes de la entrevista semi estructurada.</i>	34
Tabla 3.	35
<i>Datos relevantes en relación al embarazo y primeros cuidados del bebé</i>	35
Tabla 4.	37
<i>Datos relevantes en relación a la entrevista de apego AAI.....</i>	37
Tabla 5.	40
<i>Frecuencias de las respuestas a la Escala de Coonerty: fases de separación – individuación.....</i>	40
Tabla 6.	42
<i>Frecuencias de las conductas de apego de las madres observadas durante el pre- test y el post- test.....</i>	42
Tabla 7.	44
<i>Rangos de Wilcoxon para determinar cambios significativos en las conductas de apego de las madres observadas mediante la Escala de Massie Campbell modificada.....</i>	44
Tabla 8.	45
Nivel de significación para aceptar la hipótesis alternativa.....	45
50	

Índice de Figuras

Figura 1. Comparación pre- test / post- test para la conducta mirada.....	46
Figura 2. Comparación pre- test / post- test para la conducta tacto.....	46
Figura 3. Comparación pre- test / post- test para la conducta sostén.....	47
Figura 4. Comparación pre- test / post- test para la conducta afecto.....	47
Figura 5. Comparación pre- test / post- test para la conducta proximidad.....	48
Figura 6. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 1 (G.M).....	49
Figura 7. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 2 (Y.A).....	49
Figura 8. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 3 (M.C).....	50
Figura 9. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 4 (N.L).....	51
Figura 10. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 5 (T.L).....	51
Figura 11. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 6 (M.E).....	52
Figura 12. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 7 (G.S).....	53
Figura 13. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 8 (C.S).....	54

Índice de Anexos

Anexos	71
Anexo 1. Protocolo de la entrevista semi -estructurada.....	71
Anexo 2. Protocolo de la entrevista sobre apego adulto (AAI) de George, Kaplan y Main (1996).....	73
Anexo 3. Escala de apego en condiciones de estrés de Massie y Campbell (1977). Adaptada por Yubiza Zárate y María Antonieta Ramírez Arias (2011).....	74
Anexo 4. PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	75
Anexo 5. BITÁCORA O DIARIO DE OBSERVACIÓN.....	76
Anexo 6. Imágenes de los dibujos realizados por las participantes al final de la sesión 1 del programa	77
Anexo 7. Actividad de completación de frases de la sesión 3 del programa.....	79

I. Introducción

El autismo es un trastorno del desarrollo que se ha ido incrementando cada vez con el paso del tiempo, y con este incremento, también se han presentado nuevas complicaciones. Leo Kanner (1982) fue el primero que propuso denominar a esta afección, autismo infantil precoz, para caracterizar la tendencia del niño al retraimiento antes de cumplir el año de edad.

El niño autista se caracteriza por presentar escaso interés en la interacción con el otro, conductas estereotipadas, repetitivas y perseverantes, juego ritualizado, escaso lenguaje expresivo y habilidades sociales, se presenta como un niño que esencialmente no demanda afecto.

El manejo familiar con estos niños especiales no es tarea fácil, generalmente, los padres no cuentan con los recursos psicológicos para lidiar con la situación, por lo que se convierte en un factor estresante. La frustración que siente la madre al no sentir del niño una retroalimentación a su función materna, genera rechazo, baja responsividad, sentimientos depresivos, entre otros.

El impacto del diagnóstico choca con el ideal de hijo que quería tener la madre, ella se abruma con los sentimientos de decepción y además de no saber qué hacer con el hijo y a quién dirigirse para el tratamiento.

En el tratamiento, es fundamental trabajar con el apego como dispositivo genético que favorece la conexión y comunicación con otros mediante la expresión afectiva. El refuerzo de la calidad del vínculo y la mejora de la comunicación afectiva, suele lograrse orientando a los padres a tiempo, apoyándolos en el manejo emocional del diagnóstico, acompañando a la madre a explorar su rol materno, entre otras actividades que promueven una vinculación sana.

La experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego, que es, por tanto, primera y por encima de todo, un regulador de la experiencia emocional. En el caso de las madres de niños con condiciones especiales, como es el caso del autismo, este sistema de regulación y contención del apego generalmente debido a que el niño autista no demanda y tiene baja interacción con “el otro”, hace más difícil para el cuidador reconocer las necesidades y responder ante ellas.

El estrés y temor de los padres puede resultar invasivo y controlador para los niños, generando como resultado una relación poco armoniosa y forzada con el niño autista, porque no lo comprenden o no lo aceptan. (Mira, 2011)

Lo más importante para desarrollar el apego, es en principio que los padres reciban soporte terapéutico, con la finalidad de acompañarlos en la dura tarea de educar y adaptar a su hijo a una realidad, lo que muchas veces es infructuoso y desesperanzador. Ayuda el que la madre forme parte de un grupo de acompañamiento y que pueda compartir estados emocionales e ir desarrollando herramientas de afrontamiento. Eso hace que los padres se sensibilicen y sean más tolerantes con las dificultades de su hijo especial.

Para el desarrollo del apego entre madres e hijos autistas, es primordial que puedan reconocer las señales con las que se comunica su hijo, y logren responder de forma adecuada, dándole sentido a esta comunicación precaria.

De aquí la relevancia de establecer programas de intervención que promuevan el desarrollo de conductas de apego sanas y asertivas entre la madre y el niño con autismo, como lo es la realización de esta investigación.

II. Marco Teórico

2.1 El autismo

2.1.1 Definiciones

El autismo infantil fue descubierto en sus inicios por Leo Kanner (1982) y desde entonces, el diagnóstico continúa siendo clínico, ya que no existen mayores exámenes médicos que puedan validar de forma exacta la disfunción del sistema nervioso. En consecuencia, para diagnosticar autismo se requiere un juicio clínico astuto.

Kanner (1982) planteó que el denominador común de estos niños es el retraimiento antes del primer año de edad, “su imposibilidad de establecer desde el mismo comienzo de la vida conexiones ordinarias con las personas y las situaciones, trata a las personas de la misma forma que a las cosas” (p.737)

Para Ruter (1979, c.p. Moreno, 2008), el autismo se refiere a trastornos que comienzan antes de los tres años de edad, que pueden estar o no asociados a un trastorno mental o disfunción neurológica. Los rasgos clínicos claves son: una alteración en el desarrollo social y lingüístico, juego estereotipado, preocupaciones anormales, resistencia al cambio.

La American Psychiatric Association (1995) define el autismo como un defecto de severidad variable en la interacción social recíproca, en la comunicación verbal y no verbal, y en la actividad imaginativa, asociado a un repertorio escaso y repetitivo de necesidades e intereses.

El autismo se puede manifestar desde el primer año de vida o aparecer en el segundo año o en la etapa preescolar (hasta los 36 meses), presentando retardo de lenguaje o, ausencia de habilidades sociales, de capacidad de juego y disminución de capacidades cognitivas adquiridas anteriormente. (APA, 1995)

2.1.2 Manifestaciones clínicas del autismo

García (s.f), prefiere hablar de “espectro autista” porque el trastorno puede presentarse de forma muy diversa. La variabilidad hace difícil generalizar un diagnóstico y pronóstico del trastorno. Los factores que influyen principalmente en el diagnóstico son: la gravedad de la disfunción cerebral y su deficiencia mental concomitante y las habilidades lingüísticas.

El mismo autor, señala entre las características conductuales del autismo, las siguientes:

- Trastornos en la interacción social.
- Respuestas atípicas a estímulos sensoriales.
- Deficiencias motoras y conductas atípicas (aleteo, perseverancias, manierismos).
- Trastornos afectivos (hipersensibilidad emocional, inexpressión, ansiedad, berrinches, etc.)
- Repertorio limitado de actividades e intereses, poca capacidad de juego.
- Deficiencias cognitivas.
- Trastornos en la comunicación (ecolalia, inversión pronominal, semántica, disprosodia, trastornos en la pragmática, agnosia auditivo verbal, síndrome mixto comprensivo – expresivo, semántico – pragmático, léxico – sintáctico.)

Para Castro, García y Santaballa (2008), hay tres aspectos principales que se ven afectados en el autista: alteración de la interacción social, alteración de la comunicación e inflexibilidad.

En cuanto a la *interacción social*, el autista establece interacciones sociales de forma extraña, unilateral y fija. Se pueden mostrar evitativos al contacto o descontextualizados en su expresión afectiva. Su capacidad de empatía está afectada, no logran ponerse en la perspectiva de otra persona y de comprender motivaciones, creencias y sentimientos de los demás.

En el plano *comunicacional*, puede apreciarse retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje expresivo, o capacidad para iniciar y / o mantener conversación con otros. También se evidencia empleo estereotipado y repetitivo de sonidos, jergas frases u oraciones, peculiaridades en cuanto a volumen, entonación, velocidad y ritmo.

Presentan jergas fuera de contexto. Las reacciones emocionales son inadecuadas, evitan el contacto visual, incapacidad para comprender expresiones faciales, postura corporal o gestos. No comprenden ideas abstractas ni bromas simples, sarcasmos, menos los significados implícitos o formas indirectas. De igual forma los sujetos con autismo, tienen poca capacidad de imaginación y de simbolización.

Finalmente, para estos autores, la *inflexibilidad*, incluye intereses restringidos, comportamiento obsesivo o ritual y resistencia al cambio. Los intereses restrictivos, son frecuentes, repetitivos, intensos o solitarios. Desplazan rápida y fácilmente la atención de un objeto a otro, ya que su atención es dispersa. Los rituales y la resistencia al cambio son compulsivos, el niño lo hace para mantenerse seguro. La ansiedad más habitual del autista proviene del cambio, y de la resistencia a nuevas experiencias.

Para Kanner (1982) el autista tiene tendencia desde el comienzo de la vida a la “soledad autista” alejando todo lo externo que lo rodea. No adoptan la posición natural que indica que los tomen en brazos. El autor sostiene que esta posición natural es universal en todos los niños a los cuatro meses de edad. Su lenguaje es ecolálico (repetición literal de la pregunta), falta de significados de los pronombres (tu, yo, mío, etc.) para denominarse, tienen memoria mecánica, no establecen contacto visual ni de proximidad. La relación con las personas es similar a la que establecen con los objetos, pueden relacionarse con el pie o la mano de alguien. No hay relaciones significativas con las personas.

Neuronas en espejo

Según lo señala Nieto (2011), en el sistema nervioso central, existen células cerebrales, como lo son las neuronas. Hay diversos tipos de neuronas, en su mayoría encargadas de transmitir información de sensibilidad y movimiento, pero también se encuentran las llamadas neuronas en espejo, las cuales contribuyen a la identificación y comprensión de los sentimientos de otros, que es la empatía.

Según lo propone este autor, hay evidencia de investigaciones que contemplan la falla a nivel de las neuronas en espejo en los autistas, es decir, no se les activa el sistema nervioso central al observar a otros, por lo que no se da el reconocimiento empático de

las conductas de los demás. Hay dificultad para imaginar que los demás son seres pensantes y con intenciones y motivaciones semejantes a la suyas.

2.1.3 Posibles causas del autismo

Muchos investigadores proponen el autismo como el resultado de un factor ambiental, que interactúa con una susceptibilidad genética. Son bases neurobiológicas, las causas estructurales que interactúan con los factores ambientales.

Según lo señala Cuxart (2011) la evidencia científica sugiere que, en la mayoría de los casos, el autismo es un desorden heredable y se obtiene, por lo general, en parte del padre y en parte de la madre. Sin embargo, no se ha demostrado que estas diferencias genéticas, aunque resulten en una neurología atípica y un comportamiento considerado anormal, sean de origen patológico.

Entre los estudios de las posibles causas del trastorno de tipo fisiológico, se han encontrado diferencias en algunas regiones del cerebro, incluyendo el cerebelo, la amígdala, el hipocampo, y los cuerpos mamilares. En particular, la amígdala e hipocampo parecen estar densamente poblados de neuronas, las cuales son más pequeñas de lo normal y tienen fibras nerviosas subdesarrolladas. Estas últimas pueden interferir con las señales nerviosas. También se ha encontrado que el cerebro de un autista es más grande y pesado que el cerebro promedio. Estas diferencias sugieren que el autismo resulta de un desarrollo atípico del cerebro durante el desarrollo fetal. Sin embargo, cabe notar que muchos de estos estudios no se han duplicado y no explican la generalidad de los casos.

El autor también refiere que las personas autistas tienen diferencias en la producción de serotonina y otros neurotransmisores en el cerebro.

De igual forma Cuxart (2011) señala, que factores ambientales también podrían afectar el desarrollo de una persona genéticamente predispuesta al autismo, tales como: intoxicación por metales pesados, mercurio y plomo particularmente, la cual presenta síntomas similares a los del autismo. También elementos ambientales como factores obstétricos, el estrés, la suplementación con ácido fólico la cual se ha postulado como un

posible factor, dado que este componente afecta la producción de células, incluidas las neuronas, entre otros múltiples factores ambientales.

Kanner (1982) encontró entre los denominadores comunes de estos niños “un antecedente de obsesión” en los familiares. De los estudios que hizo, descubrió que los padres, abuelos y parientes colaterales, eran hombres de ciencia, obsesivos y poco afectuosos.” (p. 740)

Para Castro, García y Santaballa (2008), existen también las siguientes causas o posibles etiologías acerca del autismo:

Teorías psicogenéticas: Estas proponen que hay factores familiares que desencadenan el cuadro autista. Son las teorías apoyadas en el psicoanálisis. Los factores que intervienen en la génesis del autismo según esta teoría, son: trastorno psiquiátrico parental o características de personalidad anómala en los padres, el intenso estrés y los sucesos traumáticos en una fase temprana de la vida del niño. Hoy en día estas teorías no son defendidas por todos los autores, ya que tiende a confundir causa con consecuencia, puesto que la conducta de los padres se ve afectada posterior a la aparición del trastorno autista en su niño, pero la teoría señala que los factores antes, durante el embarazo afectan la psique del feto.

Teorías biológicas: no existe causa fisiológica evidente, tampoco se sabe si se debe a un solo agente o combinación de varios.

Otras posibles causas actualmente investigadas serían: condiciones pre y perinatales, de tipo infeccioso, de tipo inmunológico y falta del suplemento de ácido fólico.

2.1.4 Tipos de autismo

Según lo planteado por Muñoz (2011), existen 2 tipos de autismo, el *primario o idiomático*, donde los síntomas aparecen desde el nacimiento. Su etiología es desconocida y se manifiesta en una variedad de síntomas que definen entidades nosológicas de menor a mayor gravedad.

Dentro de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), los trastornos primarios se distinguen, de menor a mayor gravedad los siguientes: Síndrome de Savant, Síndrome de

Asperger, Autismo infantil precoz ligero, Autismo infantil precoz moderado y Autismo infantil precoz grave. Todos estos, presentan alteración cualitativa de la interacción social recíproca, alteración de la comunicación, actividades e intereses restrictivos, repetitivos y estereotipados.

El *autismo secundario* se caracteriza, porque aparecen a consecuencia o van asociados a otra patología o síndrome de origen conocido. La primera forma de autismo secundario descrito es la Demencia Síndrome de Heller, conocido como síndrome desintegrativo de la infancia o síndrome regresivo. La segunda forma es el autismo criptogénico, el cual tiene inicio tardío, es decir, el niño presenta un proceso de maduración normal y sin que se conozca la causa se inicia un cuadro desintegrativo con conducta autista.

La categoría Trastornos Generalizados del Desarrollo se divide en dos grupos: específicos y no específicos.

Dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo específicos se incluyen el Síndrome de Rett, el Síndrome de Angelman, el Síndrome de Landau - Kleffner y los Trastornos del Espectro Autista. Cada uno de estos cumple características clínicas específicas que los diferencia entre sí. Aunque reúnen cualidades comunes tales como: anormalidades en el electroencefalograma, epilepsia y conducta autista.

El autismo también puede clasificarse según la severidad, en leve, moderado o severo. Tal como lo plantea Negrón (2011), todos estos niveles tienen características similares en cuanto a las conductas estereotipadas, dificultad ante los cambios, rabietas y se diferencian por su potencial de desarrollo, mientras mayor es el repertorio de conductas y más frecuentemente se presentan aumenta el grado de severidad. El grado es asignado por el especialista desde los aspectos clínicos.

2.1.5 Tratamientos

Muñoz (2011), citado anteriormente, propone el autismo no como una enfermedad sino como un trastorno psicológico que se traduce conductualmente en retraimiento y en fallas en el apego, no entabla una relación afectiva comunicacional con otros y con el mundo, por ende, estimular las conductas de apego, promoviendo los

vínculos sanos mediante actividades madre e hijo, ha sido una alternativa terapéutica en los últimos años.

Actualmente el tratamiento más efectivo es la terapia basada en el análisis conductual (Applied Behavior Analysis o ABA), apoyada en múltiples estudios que han demostrado su utilidad para elevar el nivel de funcionamiento de los niños. Esta terapia ABA, proporciona herramientas a los niños y a los padres basadas en la modificación conductual. Estas herramientas posibilitan el manejarse adecuadamente dentro de rutinas, con comandos precisos, o instrucciones precisas.

2.1.6 Enfoque psicodinámico del autismo

Para explicar el autismo, hay autores que exponen sus ideas desde el vértice dinámico. Margaret Mahler (1977, c.p Ribas, 1993), considera al autismo como una defensa activa y no como un defecto. Según esta autora, el autismo infantil es una defensa de carácter psicótico que se activa cuando existen fallas o interrupciones en la fase de simbiosis normal del desarrollo.

Según este enfoque, el problema específico del autismo parece centrarse en la dificultad en la comunicación efectiva madre- bebe, que estructura el carácter humano al bebé. Esta falla se observa en la decepción del niño respecto a una espera confiada de que la madre calme o gratifique su ansia de afecto, o lo reconozca en su mirar, en su apego. Ésta ansia de afecto, va a la par de la satisfacción de necesidades básicas que, para la visión psicoanalítica, es la necesidad de alimento psíquico.

Se habla entonces, según la explicación psicoanalítica, que el autismo es un fracaso en el vínculo de apego entre madre e hijo.

Winnicott (s.f, c.p Soto, 2010), señala que en el autismo el problema es de desarrollo emocional y no es una enfermedad. Plantea un aspecto etiológico psicodinámico donde adquiere importancia el papel de la madre en el desarrollo emocional del individuo, subraya el aspecto de holding (sostenimiento) y handling (manipulación del bebé) como elementos centrales en la estructuración psíquica del niño.

Según lo propone Winnicott, el “Holding” o sostén significa tanto brazos que sostienen firmemente, como también el modo en que un niño es sostenido con la mirada,

con un gesto, con ideales. Posteriormente la estructura psíquica de ese niño consistirá en la interiorización de ese holding. Los cuidados maternos, serán la base para que el sujeto vaya desplegándose como individuo en relación con la cultura. Dichas funciones maternas son el sostén, y además el manejo o manipulación y la presentación objetal, es decir, cómo la madre introduce al niño al mundo cultural, abriéndole la posibilidad de estar en el mundo, de sentar las bases para una posición subjetiva, de adquirir la capacidad de jugar y de compartir sus ilusiones y pensamientos con los otros.

Mahler (1977, c.p Soto, 2010), propone la hipótesis sobre el desarrollo emocional, donde el ser humano atraviesa por “fases del desarrollo psíquico”, la primera fase la denomina “fase de autismo normal”, señalando que en esta fase, hay un predominio de lo biológico sobre lo psicológico y que el niño “es incapaz de distinguir si la satisfacción de las necesidades proviene de las actividades que el mismo realiza o si son el resultado de cuidados brindados por su madre” (p.2).

La segunda fase es la simbiosis normal y luego la fase de separación e individuación. Así, si por alguna causa el infante no es capaz de percibir a la madre como un ser protector (no hay encuentro), no se entra en la fase de simbiosis, y el niño queda recluido en la primera fase de autismo, pues no dispone de la ayuda que la madre le debería ofrecer para poder afrontar un mundo hostil y desconocido. El autismo vendría a ser una forma de encapsulación, un mecanismo de defensa ante la lluvia de estímulos externos que exigen respuesta inmediata que el infante desconoce.

En la fase autística, la misma autora señala que todo patrón de conducta y de sintomatología del síndrome, toma forma alrededor del hecho de que el niño autista no puede usar las funciones yoicas ejecutivas auxiliares de la compañera simbiótica (la madre), para orientarse a sí mismo en el mundo externo e interno.

Tinbergen (1984, c.p Gamarra 2010), propone que hay indicios de ciertas experiencias traumáticas tempranas que tienen más importancia de lo que generalmente se le adjudica. Entre estas experiencias traumáticas, puede hacerse mención de: dificultades en el parto, separaciones, mudanzas, padres tensionados, nacimiento de un nuevo hermano. Esta combinación de situaciones, de no ser manejadas adecuadamente, puede llevar al niño y a la madre a no encontrarse entre sí, generando un espiral

descendente, y una cascada de reacciones que descarrilan el desarrollo y funcionamiento del niño.

Gamarra (2010), recogiendo los aportes teóricos mencionados, propone que el niño autista tiene predisposición genética y constitucional que lo hace más sensible a cualquier situación ambiental negativa. Por lo mismo, la madre que sufre un estado depresivo por diversas circunstancias de su vida, la limita en su disposición a sostener y manipular emocionalmente al bebé y establecer la relación afectiva de intercambio necesaria.

Maldavsky (1998, c.p Kaufmann, 2007), plantea que en los pacientes autistas falta un tipo particular de investidura de la conciencia originaria ligada al universo sensorial, y como consecuencia de ello, lo anímico queda empobrecido, carente de un universo representacional y simbólico. Para éste autor, cuando los padres reciben el diagnóstico de autismo, redefinen el campo de acercamiento hacia el hijo, a causa de las explicaciones que reciben de los profesionales, dejan de interrogarse por las angustias del hijo, por la forma de expresar su demanda y su deseo, y potencian una modalidad de vinculación centrada en la resolución de las necesidades básicas de los hijos autistas. La imposibilidad de atribuirle pensamiento al otro hace que los padres se relacionen de alguna manera, “adivinando” el pensamiento y los deseos del niño, en lugar de permitir o incentivar, que este niño exprese sus demandas.

2.1.7 Determinantes intersubjetivos

Kaufmann (2007), propone que una manera de acortar la brecha entre múltiples proposiciones teóricas, es considerar los síntomas como la posibilidad de tratamiento. El aislamiento del niño autista inhibe posibles formas de interacción, causándoles dolor y fantasías a los padres. El desapego afectivo del niño autista produce modificaciones en la experiencia de la parentalidad. Existe una estrecha relación entre el aislamiento del niño y la forma en que los padres ejercen su parentalidad, pues un bebé que no demanda deja sin recursos a los padres.

2.2. Apego

2.2.1 Teoría del apego

La teoría del apego desarrollada por Bowlby (1961), describe y explica la formación, desarrollo y pérdida de los vínculos afectivos desde el nacimiento hasta la muerte. Para el autor el apego es un dispositivo genético que tiene por función la sobrevivencia y la adaptación. El niño cuando nace tiene la disposición a comunicarse con el otro.

Los patrones o estilos de apego, son las modalidades vinculares que los niños establecen con los padres y con otras figuras significativas.

Los “modelos operantes”, intentan mantenerse en el tiempo y durante el desarrollo. Estos modelos representacionales, son los que fundamentan los llamados patrones de apego (Martínez y Santelices, 2005).

Para Bowlby (1973), el comportamiento de apego es un sistema motivacional innato que busca mantener la proximidad con sus cuidadores o padres. Es intersubjetivo porque en la medida que la madre comprende las necesidades del niño y le devuelve una respuesta acorde, el niño se siente reconocido en su existencia humana y en su sensibilidad afectiva.

Los niños tienen expectativas en relación a la naturaleza de las interacciones con las figuras de apego. Estas expectativas se convierten en representaciones mentales o modelos operantes que tienen la capacidad de integrar experiencias pasadas y presentes, como también esquemas cognitivos y emocionales relacionados con tales experiencias (Bowlby, 1998).

Mary Ainsworth (1978) fue la primera en proponer que las diadas madre e hijo difieren en la calidad de sus relaciones de apego, y que es posible medir y clasificar estas diferencias. Propuso que entre la conducta del niño y la madre se establecen los modelos representativos que son una mezcla de la necesidad, la adecuación de las respuestas y la fantasía subyacente. Postuló también que la conducta de la madre durante los primeros meses de vida de su hijo, es un buen predictor del tipo de relación entre ambos.

Bowlby (1982) generó las primeras categorías de apego, las cuales describen tres patrones generales:

- 1) seguro
- 2) evitativo
- 3) ambivalente o resistente.

Posterior a estas investigaciones, se crearon otras categorías respecto al estilo de apego en adultos, que siguen los principios generales del apego. Estos estudios y clasificaciones desembocaron en la creación de cuatro tipos de apego: seguro o autónomo, evitativo, preocupado, ansioso y desorganizado. (Martínez y Santelices, 2005)

A su vez, Hazan y Shaver (1987, c.p. Quezada y Santelices, 2010), encontraron que existe un paralelismo entre las cualidades de apego infantil y los patrones de relaciones de pareja que establecen los adolescentes y adultos. Los individuos seguros se sienten confortables y tranquilos dependiendo afectivamente del otro. Los individuos evitativos tienden a mostrarse poco confortables en las relaciones cercanas, y valoran mucho su autonomía. Finalmente, los preocupados, se muestran inseguros, ansiosos, lábiles y excesivamente apegados en sus relaciones afectivas, y a los desorganizados, la cercanía con el otro le genera desestructuración comportamental.

2.2.2 Clasificación de las conductas de apego

Para autores como Bowlby (1998) y Gayó (1999) existen diferentes estilos de apego, entre los cuales, pueden mencionarse:

Apego seguro

Se trata de un patrón óptimo de apego que despliegan las madres, este comprende la percepción adecuada de las señales del niño, la interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada, lo que se traduce en una interacción sincrónica.

Las personas con estilos de apego seguro, son capaces de usar a sus cuidadores como una base confiable cuando están angustiados o se sienten amenazados. En el dominio interpersonal, las personas con estilo de apego seguro, tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a

ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo. Enfrentan situaciones estresantes confiadas en que van a poder resolverlas.

Apego ansioso – evitante

En este tipo de apego, la conducta que prevalece es la de aumentar la distancia de personas y objetos supuestamente amenazadores. Esta conducta se denomina de "retracción" "huida" y "evitación", para Bowlby el término más adecuado es "inmovilización" (Bowlby, 1998).

Una conducta de apego inseguro-evitante se asocia a la presencia de fallas en el establecimiento del vínculo materno-infantil, también se ha asociado con madres que maltratan a sus hijos, debido a una inhabilidad psicológica para sostener y brindar afecto a los niños.

Los niños con este tipo de apego, tienen despliegues mínimos de afecto o angustia hacia el cuidador, pues evaden a esta figura en las situaciones que exigen proximidad. También se caracterizan por esquemas o estructuras cognitivas rígidas.

Apego ansioso ambivalente

Los sujetos ambivalentes son aquellos que buscan la proximidad de la figura primaria y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por ella, mostrando agresividad hacia la madre. Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de proximidad, con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas, ni confianza en el objeto. Estas personas están definidas por un lado, por un fuerte deseo de vincularse, y por el otro lado, por una inseguridad respecto a los otros, lo que muestra su ambivalencia, pues desean la intimidad y a la vez tienen intenso temor de que ésta se pierda. De igual forma, desean acceder a nueva información, pero sus intensos conflictos les lleva a alejarse de ella (Gayó, 1999)

Una situación especial en la que se produce el conflicto entre la conducta afectiva de protección y la conducta de alejamiento, es la que ocurre cuando la figura de apego es también la que provoca temor, sobre todo cuando recurre a amenazas o actos de violencia. En esas condiciones, el niño no suele huir de la figura hostil, sino aferrarse a ella (Bowlby, 1998).

2.2.3 Patología del vínculo de apego

Bowlby (1998), destacó el rol de las experiencias tempranas en el desarrollo de la psicopatología. Este autor sugirió que cuando los niños desarrollan representaciones negativas de sí mismo y de los otros, tienden a ser más vulnerables a la psicopatología, ya que estos modelos operativos internos afectan la experiencia y el comportamiento, y por ende al autoconcepto.

La presencia de psicopatología en la madre (estrés, depresión crónica, etc.) es un poderoso factor de riesgo para los patrones de apego que se internalizan, de hecho, la carencia de estrategias coherentes y unitarias de apego, es producto de la internalización de un vínculo de apego inseguro, ansioso o ambivalente con la madre. Las madres deprimidas constituyen un grupo de alto riesgo durante la crianza, pues la depresión interfiere en el maternizaje, en su capacidad para darse cuenta de las necesidades de su hijo y proveerles un cuidado emocionalmente nutritivo de acuerdo a las demandas del hijo y no de ellas.

2.2.4 El vínculo parental con autistas

Wing (1974), basado en estudios con padres de niños autistas, encontró que estos padres tienden a tener rasgos de personalidad disfuncionales como lo son: inseguridad, sobreprotección, dependencia, agresividad, entre otros. El autor señaló que las madres de niños autistas eran frías y rechazaban a sus bebés. Sin embargo, otros investigadores sostienen que las madres los sobreprotegen o sofocan. Estas investigaciones han sugerido que los rasgos de personalidad de los padres y sus temperamentos pudieran tener relación con el desarrollo del trastorno, y / o con la escasa mejoría en el plano afectivo, del niño con autismo.

Este mismo autor señaló que lo primero que llama la atención en el autista es la desvinculación con las figuras típicas de apego. Estos niños no buscan afecto ni responden a las conductas afectivas de los padres, prefieren estar solos, no amoldan su cuerpo a la persona que lo sostiene, no hacen amigos, presentan mayor interés por manipular objetos y pueden llegar a tratar a las personas como cosas.

Las investigaciones señalan que la madre y sus características personales determinan, o influyen de forma significativa en el progreso o pronóstico del niño y la calidad de vida de estos niños;

A continuación, pueden hacerse mención de algunas de estas investigaciones.

Favero y Dos Santos (2010), se propusieron abordar la prevalencia de síntomas depresivos en madres de niños autistas e identificar su posible relación con la calidad de vida. En dicho estudio se encontró que menos del 40 % de las madres estaba satisfecha con su vida emocional. Esta predisposición del 60% de las madres a la depresión, afecta el pronóstico y desarrollo de estos niños, ya que estos requieren cuidados especiales, atención y estimulación desde edades tempranas.

Quezada y Santelices (2010), propusieron que puede existir una relación entre el estilo de apego e indicadores de psicopatología en la madre. Los autores hallaron que la psicopatología materna predice en gran medida el estilo de apego que se establece en el niño. Estos hallazgos permiten suponer la influencia negativa de las alteraciones emocionales o conductuales de la madre en el desarrollo vincular.

Soto (2010) expuso que muchas de las posturas que le adjudican la responsabilidad a la madre en el desarrollo del trastorno de autismo leve, son reduccionistas, ya que el síndrome es multicausal. Este autor propone que es importante tener en cuenta el sufrimiento de los padres y de la familia del niño autista, pues en ellos se registra una angustia interna, un dolor por no establecer un contacto con el ser del niño, y por cargar con el señalamiento y la culpabilidad que proviene de los otros o de ellos mismos. Afectos que se encuentran principalmente en la madre, quien lucha por “traer al niño a una verdadera realidad”. Mientras los padres intentan sacar a su pequeño del encapsulamiento autista, el niño autista presenta una defensa, una coraza ante la intensa ansiedad que le genera el contacto humano.

Gamarra (2010), sugiere que es importante prestar atención a los padres para contener sus emociones y ayudarles a entender lo que sucedió, para que recuperen el sentido de continuidad de vida.

Otras investigaciones proponen la importancia de promover las conductas de apego en niños con autismo, además de resaltar que las representaciones mentales que la madre tiene en relación a su hijo autista, determina de alguna forma este vínculo.

Auad (2009), reporta en su investigación, que las madres transforman la experiencia de la condición de su hijo y la convierten en modelos internos, para comprender la vivencia de tener un hijo con este trastorno. Las madres comienzan a lidiar con sentimientos y expectativas de que el niño se curará. Se manejan dentro de su representación con negación, depresión y sobreprotección.

El autor señala que la realidad de tener un hijo autista es dura y genera hostilidad y culpa en la madre. La madre no logra aceptar esa realidad y adaptarse a las demandas del niño, generando un vínculo negativo.

Winnicott (1952, 1999 c.p Auad, 2009), señala que existe en la madre una dificultad para mirar al “otro” y atender a sus demandas, lo que puede deberse a que las madres han registrado la imagen de que ellas han fallado al no poder tener un hijo sano. La ansiedad que produce esta idea de “fallar”, no favorece la relación con el hijo autista porque produce sobreprotección, intrusión y ambivalencia.

Mira (2011), también señala que el estrés y temor que sienten los padres de niños con alguna discapacidad, suele desencadenar patrones intrusivos y controladores, desembocando en una relación negativa con el niño. La autora propone que la clave para formar un apego seguro, es la capacidad de los padres para leer las necesidades y señales de sus hijos y responder a tiempo y asertivamente.

III. Planteamiento del Problema

Las experiencias de vinculación en las etapas iniciales de la vida, tienen una influencia significativa en el desarrollo del sujeto, porque a través de la intersubjetividad se constituye el sujeto humano. La madre e hijo comprenden el lenguaje vincular, creando el patrón de vínculo que va a determinar su forma de relacionarse en la adultez, e incluso marcará y fijará las características de su personalidad, considerando que las experiencias que tenga a lo largo de la vida modificará los patrones internalizados (Bowlby, 1998).

En la vinculación con los hijos, especialmente cuando éstos son diagnosticados con algún trastorno en el desarrollo como es el caso del autismo, todo parece hacerse más difícil, ya que el niño autista dada su condición, permanece la mayor parte del tiempo ausente sin demandar atención e interacción social espontánea. De igual forma se hace difícil, como ya se mostró en la revisión teórica, la forma de relación que intentan establecer los padres con este niño que se aísla. El vínculo se establece generalmente a partir del diagnóstico clínico, por lo cual se hace muy complicada la posibilidad de reconocer en ese niño, su propia demanda, sus deseos y necesidades. En la forma de vinculación hay un gran número de elementos intervinientes: factores neuropsicológicos, las características de los padres, su estilo de apego, entre otros.

En los últimos tiempos, se ha estudiado cómo influir o mejorar el lazo afectivo, desde el nacimiento, con la finalidad de prevenir trastornos en la vida de relación. Es así que se han diseñado programas para favorecer el apego prenatal (Lafuente, s.f c.p Palache y Pérez, 2007)

Con la finalidad de contribuir a mejorar el vínculo comunicacional, de la madre con el hijo con autismo leve, se planteó la posibilidad de diseñar un programa de intervención vincular que permita a la madre del niño autista, identificar el patrón de apego que tiene con su hijo para resignificarlo. Tomar conciencia de lo que significó el diagnóstico y construir en grupo herramientas para afrontar la crianza de un niño autista.

Ante todo lo expuesto anteriormente esta investigación se propuso, diseñar un programa de intervención vincular y conocer los posibles efectos del programa sobre la comunicación vincular de un grupo de madres de niños con autismo leve.

IV. Objetivos

4.1 Objetivo General:

Diseñar un programa de intervención vincular y evaluar sus efectos sobre las conductas de apego en un grupo de madres de niños con autismo leve.

4.2 Objetivos específicos:

Para el diseño:

- Clasificar a las madres en las fases de pre-separación o separación – individuación mediante la Escala de Coonerty.
- Determinar los estilos de apego de las participantes con la Escala de Apego Adulto (AAI).
- Describir las conductas de apego observadas en las madres previo al programa, utilizando la Escala Massie Campbell (1999).
- Elaborar el programa en función a las características de apego de la muestra.

Para la aplicación:

- Facilitar el que compartan la experiencia de tener un hijo autista.
- Incentivar el apego de las madres hacia los hijos con autismo leve.
- Promover la conciencia del conflicto que tiene la madre respecto al hijo que querían tener y al hijo real, que afecta las conductas de apego.
- Promover el insigth grupal de los patrones vinculares establecidos con los hijos con autismo leve, para ayudar a su resignificación.

- Identificar las formas de afrontamiento que despliegan con su hijo con autismo leve y construir en grupo formas más asertivas.

Para la evaluación de los efectos del programa:

- Comparar los niveles de vinculación pre-test y post-test de las madres de niños con autismo leve.
- Describir los niveles de vinculación pre-test y post-test de cada una de las madres de niños con autismo leve.
- Describir el funcionamiento y evolución individual y grupal de las madres de niños con autismo leve, observado antes, durante y posterior a la aplicación del programa de intervención.

V. Marco Metodológico

5.1 Definición de Variables

5.1.1 Variable Independiente

Programa de intervención

Definición teórica: según lo que señala Coderch (1990), un programa de intervención es un conjunto de actividades y técnicas con función terapéutica, que pueden ser aplicadas de forma individual o grupal, y que están sustentadas en diversas teorías y tienen, como objetivo, producir un cambio en la sintomatología o alteraciones en el comportamiento del participante.

Según Guevara (1995) un programa de intervención debe cumplir ciertos requisitos para lograr un efecto positivo en el aspecto que se pretende abordar. Estos requisitos pueden resumirse en los siguientes:

- **Denominación del programa:** Pretende definir el nombre de la intervención, así mismo es importante que sus objetivos sean claramente definidos y que sean entendidos por los receptores.
- **Justificación del programa:** Son las razones que guían la realización del proyecto, sus funciones, así como también sus ventajas y utilidad.
- **Establecimiento de objetivos:** Estos se forman a partir de los cambios que se esperan con su aplicación, estos deben adecuarse a los recursos estimados y a la duración del programa.
- **Fases:** son cada unas de las etapas por las que atraviesa el programa.
- **Instrumentos:** materiales y elementos necesarios para la aplicación del programa

Las actividades propuestas en el programa de intervención vincular desarrollado, fueron aplicadas bajo el enfoque de dinámica de grupo. Según Kaplan y Sadock (1996), la dinámica de grupo se ocupa de las interacciones del seno del grupo, con su conductor y entre sus integrantes, y de la relación de tales interacciones con la meta del grupo, su

estructura y desarrollo. En esta dinámica, el conductor dirige el trabajo como regulador de los límites externos del grupo terapéutico y encargado de guiar el tratamiento grupal.

Funciones psicoterapéutica de los grupos

Para Tizón (1992), las funciones del grupo, se clasifican en un continuo, desde las que se vinculan con el aprendizaje y la conducta, hasta la más estrictamente relacional interna. A lo largo de ese continuo, pueden colocarse las siguientes funciones:

Aporte de información: ocurre a partir del intercambio de información entre los miembros del grupo, contribuyendo esto con el aumento de sus capacidades de contacto y relación.

Oportunidades para realizar identificaciones: ocurre a través de la observación, de cómo los demás participantes del grupo, comienzan a realizar nuevos comportamientos o muestran capacidades que alguno no posee, facilitando la incorporación de conductas en su repertorio.

Universalidad: la situación grupal puede ayudar al participante a entender que los problemas que atraviesa también pueden afectar a otras personas, pudiendo esto disminuir la ansiedad y la tendencia al aislamiento.

Desarrollo de habilidades de socialización: permite al participante darse cuenta de que actitudes personales dificultan sus relaciones haciendo posible los ajustes en estos comportamientos de manera que favorezcan su desenvolvimiento social.

Aproximación medida a las experiencias difíciles: temas como la muerte la soledad, la libertad, entre otros, son abordados en los tratamientos grupales así como también situaciones vitales de duelo, haciendo posible que los participantes puedan encontrarle sentido a tales experiencias que en algún momento fueron insoportables y dolorosas.

Catarsis: basada en que la expresión de las emociones y el hecho de compartirlas con otras personas y ser aceptadas, resulta beneficioso para el participante.

Todos las funciones anteriormente descritas se contemplan en la aplicación de planes, programas de intervención grupal, el alcance de estas funciones, permite que el participante obtenga una experiencia enriquecedora, nutriéndose de la participación e identificación ante los otros, así como desarrollando sentido de igualdad y pertenencia.

Definición operacional: programa de 4 sesiones, diseñadas en función a los objetivos pautados (ver objetivos específicos del diseño), cuya duración fue entre 60 y 120 minutos cada una, y cuyo contenido estuvo centrado en actividades que fomentaron la expresión emocional, y conductas vinculares asertivas. (Ver anexo 4)

5.1.2 Variable dependiente

Vínculo afectivo

Definición teórica: para Bowlby (1961), el vínculo de apego es un dispositivo genético buscador de objetos, que tiene por finalidad la sobrevivencia, y que luego por la internalización de las experiencias vinculares, se generan patrones de apego, que son la base de la estructuración de la personalidad.

Definición operacional: son las conductas de (mirada, tacto, afecto, sostén y proximidad) realizadas por la madre en la interacción con su hijo. Son los puntajes obtenidos en la escala de apego en situaciones de estrés de Massie y Campbell (1999) antes y después de la intervención.

5.1.3 Variables extrañas

Variables controladas

- Madres de entre 22 y 40 años de edad.
- Niños con autismo leve
- Tiempo y sesiones del grupo, que están preestablecidas en su duración.
- Los instrumentos a utilizar son los mismos para todas.
- Espacio físico a utilizar.

Variables no controladas

- Estado anímico de las participantes.
- Estrato socio-económico.
- Estado civil.
- Muerte experimental. Que alguna de las participantes decida abandonar el programa antes de que culmine.

5.2 Tipo de investigación

Según Hernández y Mendoza (2008) la presente investigación es de tipo mixta, porque involucra procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación, e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta para realizar inferencias producto de toda la información recabada. La investigación pretende describir el efecto del programa de intervención en las conductas de apego de las madres de niños con autismo leve.

5.3 Diseño de investigación

Según Hernández y Mendoza (2008), la presente investigación, tiene un diseño transformativo secuencial (DITRAS), en el cual se incluyen dos etapas de recolección de datos, en dichas etapas, la prioridad puede ser cualitativa o cuantitativa, o bien otorgar a ambas la misma importancia. En la presente investigación, la data cuantitativa, recibe un tratamiento de tipo pre-experimental, basado en una aplicación de un instrumento antes y después de la aplicación del programa de intervención. En este sentido, tiene un mínimo grado de control, ya que los participantes poseen ciertas características que no pueden ser manipuladas, no escogencia aleatoria ni control de variables. En cuanto a la data cualitativa, se utiliza la observación participante y descripción de lo observado utilizando un diario de campo o bitácora durante las sesiones del programa de intervención vincular. Los resultados cuantitativos y cualitativos, son integrados en la discusión de resultados.

5.4 Participantes

5.4.1 Población

Madres de niños con conductas autistas del área metropolitana.

5.4.2 Muestra

8 madres de niños con autismo leve que asisten al Centro de Neurodesarrollo del Niño Venezolano.

Tabla 1.

Datos biográficos de la muestra en estudio

MAM A	Edad	Religión	Grado de instrucción	Estado civil	Númer o de hijos	Con dx. autis ta
GM	35	Cristiana	Universitaria	Separada	1	1
YA	29	Católica	Bachiller	Concubinatio o	2	1
CP	37	Católica	Universitaria	Casada	2	1
MC	44	Católica	Universitaria	Casada	2	1
JL	39	Católica	Universitaria	Casada	2	1
GS	33	Católica	Universitaria	Casada	2	1
ME	37	Católica	Universitaria	Separada	2	1
TL	40	Católica	Universitaria	Divorciada	2	1

Las edades de las madres están comprendidas entre los 29 y los 40 años de edad, siendo el promedio de edad 37 años. El 90 % (7 madres), de las madres pertenecen a la religión católica, el 50 % (4) de las madres se encuentran casadas con el padre del niño, y el otro 50 % (4) separadas o en proceso de divorcio. Más del 80 % (6-7) de las madres son universitarias.

5.4.3 Descripción del Centro de Neurodesarrollo

El Centro de Neurodesarrollo es una institución privada que atiende niños en general, con dificultades o retardo en el desarrollo, fue creado con el propósito de brindar atención multidisciplinaria a niños que presentan alteraciones en las áreas del desarrollo infantil.

Se trabaja bajo la modalidad de integración sensorial para mejorar el sistema vestibular, destrezas propioceptivas, entre otras.

Está conformado por un equipo interdisciplinario, como son: el fisioterapeuta, el psicólogo, el terapeuta ocupacional, el terapeuta de lenguaje y el psicopedagogo, entre otros.

5.4.4 Muestreo

Es intencional, no probabilístico, ya que se seleccionaron las participantes por ser madres de niños con autismo leve (Hernández y Cols. 2003)

5.5 Instrumentos

5.5.1. Entrevista personal semi – estructurada

La entrevista semi estructurada, fue construida por el investigador y está conformada por datos de identificación de la madre y datos del desarrollo psicológico del niño con autismo leve que se utiliza para la descripción de la muestra (Ver anexo 1)

5.5.2. Protocolo de la entrevista de Apego Adulto (AAI) (George, Kaplan y Main, 1996)

Esta entrevista estructurada aporta información vinculada al ámbito familiar y a recuerdos acerca de las experiencias infantiles asociadas. Es una entrevista creada para acceder a información relevante de la historia infantil del sujeto, específicamente, del estilo de relación del sujeto con sus figuras de apego, y cómo recuerda los apegos de su infancia. (George, Kaplan y Main, 1996 c.p Casullo Y Fernández 2004). (Ver anexo 2)

La entrevista produce historias narrativas de las relaciones de apego de la infancia -las características de las tempranas relaciones, experiencias de separación, enfermedad, castigo, pérdidas, maltrato o abuso. El sistema de evaluación AAI (Attachmen Adult Interview o entrevista de apego adulto), clasifica a los individuos en Autónomos-seguros, Inseguros/despreocupados, Inseguros-preocupados, o no resueltos en relación a la pérdida o al trauma. Son categorías basadas sobre las cualidades estructurales de las narraciones

de las tempranas experiencias. Los individuos autónomos valoran las relaciones de apego, integran coherentemente memorias en una narración con sentido y las consideran a éstas como formativas, a diferencia de los individuos inseguros que escasamente integran las memorias con el significado de la experiencia.

Por su parte los que se despreocupan del apego, se muestran evitativos, niegan los recuerdos, idealizan y / o devalúan las relaciones. Los individuos preocupados tienden a estar confusos, enojados o pasivos en relación a las figuras de apego, a menudo se quejan en la actualidad de las ofensas infantiles, se comportan de manera similar a las protestas de los infantes resistentes. Los individuos de la categoría "no resuelto" presentan indicadores de desorganización significativa en su representación de la relación de apego, es decir, presentan confusiones semánticas o sintácticas en sus narraciones, las cuales están relacionadas con traumas infantiles o pérdidas recientes. (Fonagy, 1999)

Estas narraciones fueron clasificadas utilizando los prototipos de apego propuestos por Griffin y Bartholomew (1994) para evaluar y contextualizar el apego en adultos. Este modelo integra las categorías de prototipos con variaciones individuales. Un prototipo es un miembro ideal de una categoría, pues reúne las características más resaltantes de la misma. Las respuestas dadas por las participantes se clasificaron según los siguientes prototipos:

- Respuestas autónomas: tendrán **apego seguro**.
- Excesivamente dependiente, inestable en las relaciones e excesivamente sobreprotector: tendrán apego **preocupado/ambivalente**.
- Respuestas que muestren excesivo autocontrol, autonomía y ser emocionalmente indiferente: tendrán apego **evitativo – rechazante**.

5.5.3 Escala de separación - individuación de Coonerty (1986)

Ephraim (1991), reseña a Coonerty (1986) como uno de los autores que interpretan ciertos criterios en el Rorschach, como signos de fijación del desarrollo psíquico en etapas tempranas de la relación de objeto.

Según lo señalan Frías y Rodríguez (2006), es una escala fundamentada en la teoría de Margareth Mahler que clasifica a los individuos en las distintas etapas del proceso de

separación-individuación. Fue desarrollada por Coonerty (1986) con la finalidad de *identificar y categorizar los contenidos de las respuestas* que los sujetos dan en el Test Psicodiagnóstico del Rorschach de acuerdo a las situaciones y conflictos que se suscitan durante los períodos evolutivos de pre-separación y separación-individuación. Se genera una lista de frecuencias de los tipos de respuestas dadas por el sujeto (ej: respuestas de bordes confusos, de daño, de fusión, entre otras). La cantidad de respuestas ubica al sujeto en la fase de pre-separación o en la fase de separación e individuación.

La fase de pre-separación incluye contenidos de transparencia, que hacen referencia a anatomía (órganos internos), sangre y radiografías además de todas aquellas respuestas que hagan alusión a bordes confusos o pérdida de límites entre los perceptos, figuras poco definidas o combinaciones confabulatorias o incongruentes.

La fase de separación- individuación está dividida en tres sub-fases, que son las siguientes:

1. **Diferenciación Temprana:** incluye respuestas de fusión, englobamiento, de incubación o unión en las cuales las figuras involucradas no se inducen daño una a la otra; respuestas de aglutinamiento en las cuales dos objetos están envueltos en una relación que resulta desagradable o abrumadora para uno de éstos y por último respuestas de nacimiento y transformación que se refieren a aquellas en las que los elementos a los que se hace referencia se encuentran en un período de transformación, cambio, renacimiento o metamorfosis.
2. **Práctica de Narcisismo** (fase de ejercitación): en esta categoría se engloban cuatro tipos de respuestas; la primera hace referencia a los contenidos especulares, de reflejo de un objeto; la segunda considera las respuestas pares indiferenciados del test de Rorschach donde los participantes se encuentran envueltos en acciones similares o en interacción gemelar; respuestas de omnipotencia en las cuales los personajes u objetos descritos denotan un elevado monto de grandiosidad y por último respuestas de criaturas insignificantes que hacen alusión a aquellos contenidos en los que el personaje u objeto descrito no consta con características que le permitan sobreponerse por sí mismo a las situaciones o que en comparación con otros se encuentra indefenso.

3. **Reacercamiento:** está sub-fase incluye cinco tipos de respuestas: la primera son figuras separándose o uniéndose causando un daño a una o a ambas; figuras separándose o acercándose, uniéndose con indecisión o forcejeo. Denota contenidos en los cuales los integrantes del relato se encuentran en interacción, no obstante uno de ellos o los dos se muestran renuentes a mantener dicho contacto; figuras que sufren transformaciones hace referencia a respuestas en las cuales los participantes al principio de la misma son un objeto y en el discurso se cambia la forma de estos sin razón aparente; (ej: de humano a animal). Figuras a las que los afectos le cambian, son aquellas en las que el afecto de la que se describe se transforma en otro; por último figuras aglutinadas sin posibilidad de separarse, son respuestas que reflejan el intento de unas figuras por separarse o salir de una situación pero se ven imposibilitadas de realizar dicha acción, están paralizadas.

La corrección se hace a los contenidos de las respuestas de los sujetos al test de Rorschach. Se identifica si cumplen con alguno de los criterios antes descritos y se lleva la frecuencia de contenidos a una hoja de registro. (Ver pág.39)

Este registro se hizo con la finalidad de determinar en qué fase del proceso de separación e individuación se encuentran fijadas las participantes.

5.5.4 Escala de apego en condiciones de estrés (Massie – Campbell 1999)

La escala de apego en condiciones de estrés de Massie – Campbell (1999) modificada, consiste en una hoja guía para una observación estandarizada de los componentes de apego, observados en la interacción madre e hijo. Se encuentra diseñada para la observación de madres y niños hasta los 18 meses de edad. Se adaptó la escala de observación con la orientación de un experto en apego y psicología evolutiva para aplicarla al comportamiento de apego de la madre hacia el hijo. Está compuesta por descripciones conductuales de apego de la madre hacia el hijo, entre éstas se encuentran: mirada vinculante, tacto, sostén, afecto compartido, aferramiento del niño y proximidad física. Estas conductas son observadas en situaciones de tensión. Es una escala tipo

Likert, en la cual los valores asignados del 0 al 5 corresponden a la cualidad e intensidad en la cual se presenta la conducta, aumentando su frecuencia de forma creciente; entonces, los calificativos asignados son los siguientes: 0 (no se observa la conducta), 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (ocasionalmente), 4 (frecuentemente), 5 (en exceso).

Estos valores se agrupan en tres rangos: para los valores 1 y 2 se considera un apego deficiente, mientras que para el valor 3 y 4 un apego adecuado, y para el valor 5 se considera un apego excesivo (no sano)(Lanz y Lessman, 2006).

En relación a la data cualitativa se utilizó como instrumento la observación participante.

5.5.5 Observación participante

Se trabajó con la observación participante definida como la técnica en donde el investigador se relaciona y vive lo más que puede con las personas o grupos que desea investigar, compartiendo y observando sus usos, estilos y modalidades de vida (Martínez, 2008). El autor señala que el investigador que utilice esta técnica debe tomar notas, recogiendo datos, pero siempre tratando de no alterar la situación de observación, para posteriormente, ser revisadas y analizadas. (Anexo 5).

Rodríguez y Cols (1999, c.p Alvarez-Gayov, J.L, 2003) llama a este tipo de observación “sistemas de observación”, basados en los instrumentos que usan. En este caso se utilizó el sistema narrativo como instrumento que describe de forma detallada los fenómenos y procesos, “busca patrones de conducta y su comprensión; se trata de recoger de forma minuciosa todo el flujo de una conducta” presentando la mayor cantidad de información sobre el contexto en el que ocurre la observación. (p.106)

5.6 Procedimiento

5.6.1 Fase pre- intervención:

- Se realizó revisión de material bibliográfico, de otras investigaciones, para ubicar un instrumento que pudiera servir para determinar el nivel de vinculación materna, encontrando una escala, la cual fue posteriormente

ajustada a las condiciones de la muestra por parte del experto en Apego y la investigadora.

- Con la aprobación de la coordinadora del Centro de Neurodesarrollo, se realizó la búsqueda exhaustiva de madres de niños con autismo leve, entre 30 a 35 madres, que asisten a diferentes terapias en el centro. Se contactó a las 8 madres de pacientes con autismo leve, asistentes a terapia de lenguaje y se les propuso el programa de intervención vincular. Se explicó brevemente su contenido y objetivo general. Las madres aceptaron las condiciones del programa y se comprometieron a participar hasta la finalización del mismo.
- Se llevó a cabo la revisión bibliográfica de programas de intervención con madres de niños con autismo leve, no encontrándose material pertinente.
- Se realizó una reunión formal con las madres para acordar horarios, fechas y discutir las expectativas de las participantes con relación al programa. Esta reunión se utilizó para aclarar y dar más información sobre el programa, así como para establecer el rapport.
- Se planteó en reunión con el tutor diseñar un programa ajustado a las áreas o conductas de apego deficitarias en las madres de niños con autismo leve.
- Se procedió a aplicar a cada madre en sesiones de evaluación, los siguientes instrumentos: Entrevista semi estructurada, test psicodiagnóstico de Rorschach, Entrevista AAI de Apego Adulto, con la finalidad de describir a la muestra, desde datos de identificación hasta modalidades de relación infantil a profundidad, para diseñar el programa ajustado a las características de las madres de niños con autismo leve.
- Se elaboró en conjunto con el experto en apego el programa de intervención vincular, relacionando los objetivos con las actividades a desarrollar. Este se programó para 4 sesiones de 3 horas aproximadamente cada una. Se tomó en cuenta para la construcción de las actividades, los indicadores de apego deficitarios que arrojaron los instrumentos aplicados.

- Se procedió a analizar las grabaciones de la actividad realizada por la madre y el hijo en condición de estrés moderado, utilizando la escala de observación pre-test de Massie y Campbell adaptada (ver anexo 3). La actividad grabada consistió en un circuito dirigido, en la que madre e hijo debieron completar 6 estaciones diferentes de actividades en un gimnasio infantil. Se cotejaron los resultados con un experto en apego, quien realizó su valoración a través de los videos.

5.6.2 Fase de intervención (aplicación del programa de intervención vincular)

- Esta fase consistió en 4 sesiones programadas que se realizaron durante 4 sábados.
- Las sesiones tuvieron una duración de 2 horas 30 min a 3 horas.
- En cada sesión, el observador participante (investigadora), realizó anotaciones de lo ocurrido tanto a nivel individual como grupal, llevando una bitácora de las sesiones donde describió el fenómeno que se desarrolló y anotó patrones conductuales de las madres; así como tomó notas de los temas de discusión que se produjeron ante cada cierre de actividad.
- Se le solicitó a cada participante un breve resumen de sesión que siguió un guión: registrar lo que aprendieron y los sentimientos experimentados en la sesión.
- Se recolectó el material producido en cada sesión del programa de intervención (papelógrafos, dibujos, resúmenes, etc.), para utilizarlos e integrarlos en el análisis y discusión de resultados.
- Se hizo un cierre con las participantes, donde se hizo un recuento grupal de la experiencia, se les mostró a las madres sus propios videos de la observación inicial para que emitieran sus opiniones y sentimientos. Se les invitó a expresar sus opiniones sobre el programa de intervención.

5.6.3 Fase de Post intervención

- Una vez culminada la fase de aplicación del programa, se esperó un mes, para evaluar el nivel de apego de las madres con sus hijos, utilizando la escala de observación de Massie y Campbell (1999) como medida post - test. (ver anexo 3). La observación se realizó durante una actividad programada donde las madres participaron en actividades didácticas con su hijo con autismo leve.

La actividad se grabó durante dos minutos aproximadamente por cada madre, las grabaciones fueron evaluadas por el experto en apego, quien hizo las valoraciones respectivas.

- Se compararon resultados cuantitativos obtenidos en el pre-test y el post-test grupal.

VI. Resultados

Diseño del programa

En primer lugar se realizó una descripción de las madres, de niños con autismo leve, participantes en el programa, tomando en cuenta los datos de la entrevista semi-estructurada, la cual aportó información significativa acerca del nacimiento y crianza del niño, así como de los sentimientos involucrados con esta crianza.

Tabla 2.

Datos relevantes de la entrevista semi estructurada.

Participante	Antecedentes familiares de autismo	Reacción al Diagnóstico	Qué sientes con el rol de madre de un niño autista
GM	No	Tristeza, angustia	Angustia y frustración
YA	No	Igual q la anterior	frustración
CP	No	Igual que la anterior	Tristeza
MC	No	Frustración	Angustia
JL	No	Rabia, angustia	Angustia
GS	No	Tristeza	Frustración
ME	No	Rabia	Angustia
TL	No	Tristeza, angustia	Angustia

En la tabla 2 se observa que todas las madres reportaron que no existen antecedentes familiares de diagnósticos de autismo en la familia de ninguno de los progenitores. Los principales sentimientos que experimentaron al momento de recibir el diagnóstico del niño, fueron los siguientes: *tristeza, angustia, rabia, frustración,*

decepción y miedo. Estas reacciones emocionales se corresponden con las investigaciones realizadas con mamás de hijos autistas que se sienten culpables por tener un hijo autista. (Mira, 2011)

En relación a los aspectos relacionados con el embarazo y crianza, pueden resaltarse los más significativos:

Tabla 3.

Datos relevantes en relación al embarazo y primeros cuidados del bebé

Participante	Deseado	Emoción y salud	Experiencia parto	Alimentación y cuidados	Rutinas	Reacción al llanto
GM	Si	Neumonía deprimida	Angustiada	Sin problemas	Estimulantes	No lloraba
YA	Si	Infección urinaria y estrés	Positiva	No lactancia. Cuidados sin problemas	Normal	Agarrarlo
CS	Si	Estrés apatía	Traumático y emotivo	Ansiedad. problemas de sueños de niño	Con la madre. Complicadas	Lloraba en exceso (cargarla)
MC	Si	Alto riesgo	Tranquila	Negativo. no quería comer nada hasta ahora	Guardería desde 4 meses. Estimulación hogar	No lloraba ni solicitaba. No se alarmaron al principio.
JL	Si	Estrés laboral (postgrado)	Tranquila.	Le encantaba amamantar, comía bien el niño	Muy pegado. La madre le hacía sus cosas.	Muy irritable lloraba mucho. Se alteraba un poco

GS	Si	Buen estado	Felicidad, emoción y deseo.	Tomo pecho. No hubo problemas	Con amor y caricias. Disfruta con el todo lo que hace	Calmarlo y preguntarle qué le pasa.
ME	Si	Infección urinaria. Angustia había perdido un bebe.	Feliz pero angustiada, emocionada y aturdida.	Comía en exceso, pero aceptaba todo.	Sus rutinas son complicadas por el día a día de la madre.	Independiente No demandaba.
TL	Si	Angustia	Buena	Difícil pero fimos adaptándonos	Siempre le mantengo rutinas	Lloraba bastante

Datos relevantes en relación al embarazo y primeros cuidados del bebe

La tabla 3 muestra los aspectos vinculados con el embarazo y crianza del niño, se aprecia que el 100% de las madres participantes (8 madres), reportaron haber deseado y planificado su embarazo. La mayoría de las madres (90%)(7 madres) presentó durante el embarazo alguna alteración física y / o emocional, tales como depresión, estrés, angustia, infecciones, neumonía, embarazo de alto riesgo (2 madres), por lo que se supone que las madres y los fetos sufrieron situaciones de tensión, y Cuxart (2011) reportó que las infecciones durante el embarazo así como el estado de ánimo influyen en la gestación de un niño autista.

El 80% de las madres (6), no reportan experiencias negativas durante el parto, y el 50 % (4), presentó dificultad para la lactancia debido al rechazo al pecho por parte del niño, o por intolerancia a la leche materna, la otra mitad amamantó sin problemas. Todas las madres reportaron que intentaron dedicar tiempo para la estimulación sensorial al niño durante los primeros años, y que ocasionalmente recibieron apoyo y estimulación de la familia.

Los niños, de estas madres, lloraban con mucha frecuencia, se tornaban irritables y esto era desesperante para ellas, el no poder contenerlos hacía sentir a la madre frustrada e impotente, sobre todo cuando el niño era más pequeño. En el transcurso del crecimiento, las madres reportaron que el niño ya no lloraba y que la comunicación era escasa o ausente, lo que afectó la calidad del vínculo, lo que confirma entonces lo que Winnicott expuso “que no existe un bebé sin una madre”

Entrevista de apego adulto AAI

Tabla 4.

Datos relevantes en relación a la entrevista de apego AAI.

Participante	Relación materna (adjetivos)	Reacción ante la angustia	Percepción de los padres	Influencia en vida adulta y como padres
GM	Protectora, cariñosa, ansiosa, cálida y buena	Llamar a mi papa, el tiene un punto de vista que respeto	Con mucha autoridad.	De manera positiva
YA	Comprensiva, solidaria, cercana, cómplice.	Resolvía sola.	Duros, exigentes, pero amorosos.	Me volví dura, carácter fuerte.
CP	Cómplice, comprensiva, atenta, dedicada y leal.	Buscar a mis papas.	Exigentes, carácter fuerte duros.	Angustiada

MC	Respeto, consideración, amor, cariño.	Hablaba con una hermana	No percibí como amenazante	Soy introvertida tal vez por falta de cariño
JL	Amorsa, cariñosa, respetuosa, protectora, admiración.	Evitar la situación angustiante y refugiarse.	Mi padre fue una figura amenazante.	Me dejó rastros de timidez e inseguridad pero lo he superado. Soy mas fuerte.
GS	Amor, amistad, comprensión, apoyo, admiración.	Buscaba apoyo en mis padres.	No	Me hicieron una persona centrada y capaz de manejarme a mí misma.
ME	Amorosa, preocupada, responsable, sobreprotectora, dominante.	Llamaba a amigos, hermanos, y pedía opinión a mama.	No	Positivamente, ya que hay mucha unión familiar.
TL	Distante, mala, nula.	Pedía opiniones	No	Positiva y negativamente

Participante	Relación actual con los padres	Separación del niño	3 deseos para su hijo en 20 años
GM	Más madura.	Ansiedad por qué no lo comprendan.	Independencia formación académica y bienestar.
YA	Más madura y comprensiva.	Angustia porque le pase algo.	Que estudie, que trabaje y que se case.
CP	La comprendo más ahora que soy madre.	Me cuesta muchísimo, mucho temor y culpa.	Que sea feliz, que se relacione y sea feliz.
MC	Soy desapegada	Angustia de no estar con el	Integrado socialmente, feliz y exitoso en lo que haga.
JL	Comprendo me comunico mejor con papa a pesar de haber sido amenazante.	Me da tristeza, pero no creo que me afecte en exceso.	Que sea profesional, que se sienta amado, que sea feliz.
GS	Buena, los comprendo más.	Inquieta y angustiada, pero logro separarme.	Que sea independiente, feliz, y se comunique.
ME	Es sólida igual que siempre, amorosa y positiva.	Preocupada o tranquila, depende si esta con alguien que lo comprenda.	Que sea independiente, feliz, y se comunique.
TL	Distante	Me preocupo porque no lo entienden.	Que sea feliz y aprenda.

En la tabla 4, se observa que las madres se contradicen en sus respuestas, la mayor parte del grupo (90%) (7); describió a sus madres con adjetivos calificativos positivos, como cariñosas, comprensivas, presentes. Sin embargo, muchas de las madres (70%) (6) reportaron que en su infancia debían comportarse de forma independiente cuando les

ocurría algo, o recurrían a un tercero, que no era su padre o madre, para buscar ayuda. Aún cuando ninguna reportó percibir a sus padres como figuras amenazantes, la percepción que reflejaron en la entrevista, era de padres autoritarios, poco contenedores, exigentes, duros, distantes, etc.

Para algunas madres, la influencia de estos padres les permitió hacerse más fuertes para el afrontamiento de sus situaciones. En otras, desarrolló inseguridad; aunque algunas reportaron influencias positivas en su personalidad adulta.

Respecto a los sentimientos experimentados ante la separación del niño, todas las madres reportaron sentimientos de tristeza, angustia preocupación e inquietud, por temor a que no sean comprendidos o les pase algo.

Finalmente, se hace evidente con el ítem de proponer “tres deseos para su hijo en 20 años”, que las expectativas de las madres superan la situación real. Se proponen que su hijo sea feliz, se comunique; cómo también tienen metas altas y difíciles de alcanzar dada la condición del hijo autista lo que también refleja su dificultad para mirar al hijo autista como es. Al utilizar la clasificación de los prototipos de apego, encontramos entonces que los estilos de apego predominante en la muestra de madres eran evitativos o ambivalentes.

Escala Coonerty de separación-individuación

Tabla 5.

Frecuencias de las respuestas a la Escala de Coonerty: fases de separación – individuación.

Suj.	Fase de Pre-separación		N° de Resp	Fase de Separación-Individuación												N° de Resp		
	R. Internas	Bordes Confusos		Diferenciación Temprana			N° de Resp	Práctica de Narcisismo			N° de Resp	Reacercamiento						
				Fusión	Aglutinamiento	Nac. Transformación		Reflejo	Pares	Omnipotencia		Criaturas Insignificantes	Sep. o Uniendo en Indestación	Fig. Asustadas	Fig. Afectos cambian			
																	Dañó	Fig. en Transf
1 GM	4	0	4	0	0	0	0	0	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0
2 YA	1	0	1	4	0	0	4	0	5	0	0	5	0	0	0	0	0	0
3 ME	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	1	9	0	0	0	0	0	0
4 MC	0	2	2	1	0	0	1	0	7	1	1	9	0	0	0	0	1	1
5 NL	1	1	2	1	0	1	2	0	5	4	1	10	0	0	1	0	0	1
6 CS	0	0	0	1	0	0	1	0	3	2	1	6	1	0	0	0	0	1
7 TL	0	1	1	1	0	0	1	0	3	1	0	4	1	0	0	1	0	2
8GS	0	0	0	1	0	1	2	1	2	0	0	3	0	1	0	0	0	1
totales			10				11					50						6

La tabla 5, muestra que el 100% de las madres (8), tuvieron mayor número de respuestas, en la fase de separación-individuación B de la práctica del narcisismo. Esta fase se caracteriza por que las madres se relacionan con su hijo (a) especularmente, posiblemente proyectan sus expectativas yojicas en su hijo. Si este hijo no cumple con lo proyectado, la madre siente una gran frustración. Es una fase narcisista, de omnipotencia, la cual permite negar la realidad que frustra, predominando el deseo de que el proceso se resuelva pronto; tal vez mágicamente.

El hecho de que las madres se encuentren en la sub-fase de práctica del narcisismo hace que no logren ver al niño como es y le exijan sin darse cuenta, al punto de desvalorizarlo y de irritarse por su actuar deficitario.

Estas madres también dieron respuestas de diferenciación temprana (f=11 respuestas) y de pre separación (f=10 respuestas), que indica que el 75 % de las participantes (6 madres), se ven envueltas en una relación abrumadora con el hijo; y el 64% (5 madres), presentan pérdida de límites entre el sí mismo y el otro, especialmente cuando se sienten abrumadas, impotentes.

De esta información que aportaron los instrumentos utilizados, se produjo una línea base que describe a esta muestra en específico, como madres con dificultad de expresión emocional, con estilos de apego predominantemente inseguros, evitativas o aprehensivas, así como también establecen relaciones con límites confusos y son sobreprotectoras. Son madres que demandan mucho apoyo, no han tenido la oportunidad de elaborar el duelo de tener un hijo con un diagnóstico de autismo.

Debido a todo lo propuesto, se desarrolló un programa que contempló actividades de expresión emocional, reconocimiento de patrones de apego inadecuados promoviendo estilos de apego más asertivos; resignificación de la vivencia de tener un hijo con autismo, y actividades que permitieron compartir las experiencias de otras madres en grupo. (Ver anexo 4)

Comparación de conductas de apego Pre- test y Post- test

En relación a los posibles efectos del programa de intervención vincular sobre las conductas de apego, se procedió a contrastar las puntuaciones obtenidas por las participantes, antes del programa de intervención y las de un mes posterior a la aplicación del programa de intervención, con la finalidad de explorar si existen cambios significativos entre ambas observaciones.

A continuación se presentan de forma gráfica los indicadores de apego presentes durante la observación pre - test y post-test de las madres participantes en una situación de estrés.

Tabla 6.

Frecuencias de las conductas de apego de las madres observadas durante el pre- test y el post- test.

(X: la participante CS abandono el programa y no participó en el post-test)

SUJETOS	CS	GS	GM	ME	MG	NL	TL	YA
Mirada Pre-test	4	3	3	2	3	2	3	4
Tacto Pre-test	5	4	4	3	3	3	3	3
Sostén Pre-test	5	4	4	2	3	2	3	3
Afecto pre-test	3	5	3	2	3	3	4	3
Proximidad pre-test	5	4	3	2	3	2	3	3
Mirada Post-test	X	4	4	2	3	3	4	4
Tacto Post-test	X	4	4	2	4	2	4	3
Sostén Post -test	X	5	4	0	4	0	5	2
Afecto post-test	X	3	3	3	4	3	3	3
Proximidad Post-test	X	4	3	3	3	3	3	2

La tabla 6 muestra las frecuencias de las conductas de apego de cada madre, en una escala de distribución de 0 a 5, donde 0= no se observa, 1=nunca, 2= rara vez, 3= ocasionalmente, 4= frecuentemente, 5= en exceso) (Ver pág. 32)

Durante la observación pre- test y post- test. Se observa que hubo madres con frecuencias altas (5) en el pre-test, como es el caso de (C.S) que indica un apego no sano. Esta madre abandonó las sesiones del programa.

Valores predominantemente bajos (2), como es el caso de (M.E) quien presentaba rara vez conductas de apego que indica apego deficitario, incrementando levemente sus frecuencias en el post- test.

En relación al comportamiento grupal, las frecuencias en su mayoría se mantuvieron en el rango entre 3 y 4 lo que indica apego adecuado, evidenciando leves incrementos en el post-test, especialmente en la conducta de mirada, para el 50% de los casos. (4 madres).

El 50% de las madres presentan un apego inadecuado (2 madres por exceso y 2 madres por déficit).

Estadísticos de contraste

Tabla 7.

Rangos de Wilcoxon para determinar cambios significativos en las conductas de apego de las madres observadas mediante la Escala de Massie Campbell modificada.

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Mirada (postest) - Mirada (pretest)	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
	Rangos positivos	4 ^b	2,50	10,00
	Empates	3 ^c		
	Total	7		
Tacto (postest) - Tacto (pretest)	Rangos negativos	2 ^d	2,50	5,00
	Rangos positivos	2 ^e	2,50	5,00
	Empates	3 ^f		
	Total	7		
Sostén (postest) - Sostén (pretest)	Rangos negativos	1 ^g	2,00	2,00
	Rangos positivos	5 ^h	3,80	19,00
	Empates	1 ⁱ		
	Total	7		
Afecto (postest) - Afecto (pretest)	Rangos negativos	2 ^j	3,00	6,00
	Rangos positivos	2 ^k	2,00	4,00
	Empates	3 ^l		
	Total	7		
Proximidad (postest) - Proximidad(pretest)	Rangos negativos	1 ^m	2,00	2,00
	Rangos positivos	2 ⁿ	2,00	4,00
	Empates	4 ^o		
	Total	7		

- a. Mirada (postest) < Mirada (pretest)
- b. Mirada (postest) > Mirada (pretest)
- c. Mirada (postest) = Mirada (pretest)
- d. Tacto (postest) < Tacto (pretest)
- e. Tacto (postest) > Tacto (pretest)
- f. Tacto (postest) = Tacto (pretest)
- g. Sostén (postest) < Sostén (pretest)
- h. Sostén (postest) > Sostén (pretest)
- i. Sostén (postest) = Sostén (pretest)
- j. Afecto (postest) < Afecto (pretest)
- k. Afecto (postest) > Afecto (pretest)
- l. Afecto (postest) = Afecto (pretest)
- m. Proximidad (postest) < Proximidad(pretest)
- n. Proximidad (postest) > Proximidad(pretest)
- o. Proximidad (postest) = Proximidad(pretest)

La tabla 7 muestra el comportamiento grupal (aumento o disminución de la frecuencia) de cada conducta de apego durante el pre- test y el post-test. La conducta Mirada, fue la que más cambios presentó durante las observaciones, seguida de la conducta de sostén. Las conductas de afecto, tacto y proximidad, no presentaron cambios significativos entre ambas aplicaciones.

Tabla 8.

Nivel de significación para aceptar la hipótesis alternativa.

Estadísticos de contraste					
	Mirada (postest) - Mirada (pretest)	Tacto (postest) - Tacto (pretest)	Sostén (postest) - Sostén (pretest)	Afecto (postest) - Afecto (pretest)	Proximidad (postest) - Proximidad (pretest)
Z	-2,000 ^a	,000 ^b	-1,807 ^a	-,378 ^c	-,577 ^a
p	,046	1,000	,071	,705	,564

a. Basado en los rangos negativos.

b. La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos.

c. Basado en los rangos positivos.

d. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

La tabla 8 muestra el estadístico de contraste que se utiliza en muestras pequeñas, para observar si hubo cambios estadísticamente significativos entre la aplicación pre- test y post- test.

La hipótesis alternativa, es la que responde a la investigación, la cual supone que hubo cambios, efecto del programa de intervención aplicado. La hipótesis nula, contradice entonces esta afirmación. Se utiliza un valor mínimo de 0,05 (95 % de confiabilidad), con el cual se acepta o se rechaza la hipótesis nula.

La mayoría de las conductas presentan probabilidades por encima de 0,05 por lo que se acepta la hipótesis nula con 95% de probabilidad, de que no hubo cambios estadísticamente significativos en las conductas post-test en general, a excepción de la conducta de mirada y sostén, las cuales si presentaron cambios.

Comparación pre- test / post- test de las conductas (mirada, tacto, afecto, sostén, y proximidad).

Conducta mirada:

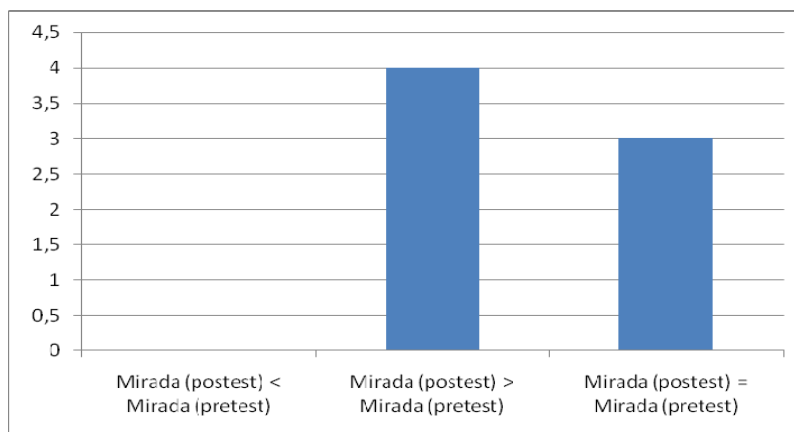


Figura 1. Comparación pre- test / post- test para la conducta mirada.

En cuanto a la conducta de apego mirada, en la figura 1, con una probabilidad de 95% se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa de que si hubo cambios en esta conducta entre una aplicación y otra. Cuatro de las madres incrementaron su conducta de mirada en el post-test y tres se mantuvieron igual. Ninguna disminuyó la frecuencia de aparición de esta conducta.

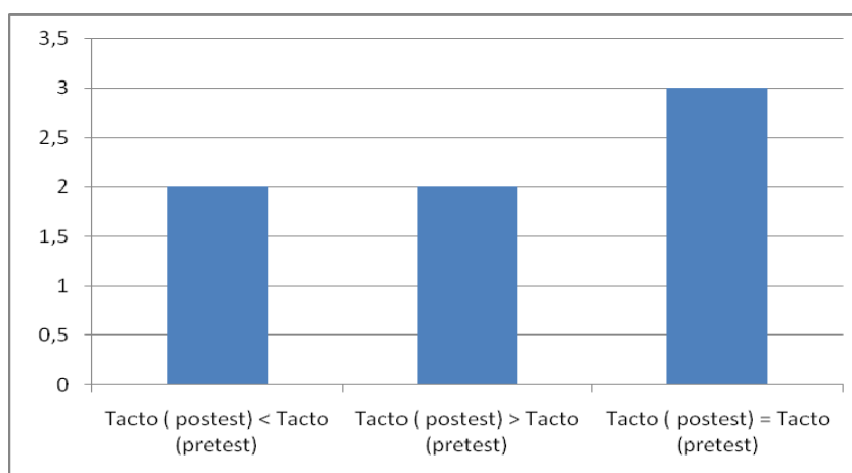


Figura 2. Comparación pre- test / post- test para la conducta tacto.

La figura 2 muestra la conducta de tacto. En dos madres disminuye la frecuencia de tacto, dos la aumentan y tres se mantuvieron igual. No hubo cambios significativos, ya que el nivel de significación fue de $p=1,00$ superior a $p=0,05$.

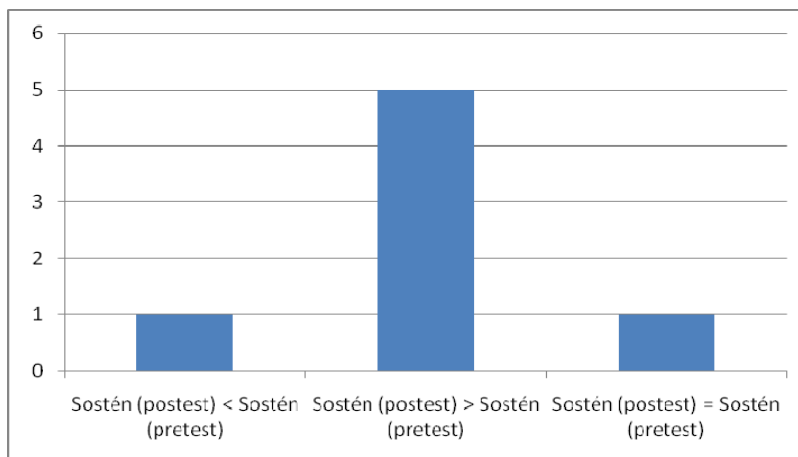


Figura 3. Comparación pre- test / post- test para la conducta sostén.

En la figura 3, en cuanto a la conducta de sostén, una de las madres disminuyó su frecuencia, 5 aumentaron su frecuencia y una se mantuvo igual. La conducta de sostén no tuvo cambios significativos entre una aplicación y otra, se rechaza la hipótesis alternativa con una $p=0,071$ superior a $0,05$. Sin embargo este valor no está cercano a $0,05$ por lo cual pudo haber cambios leves.

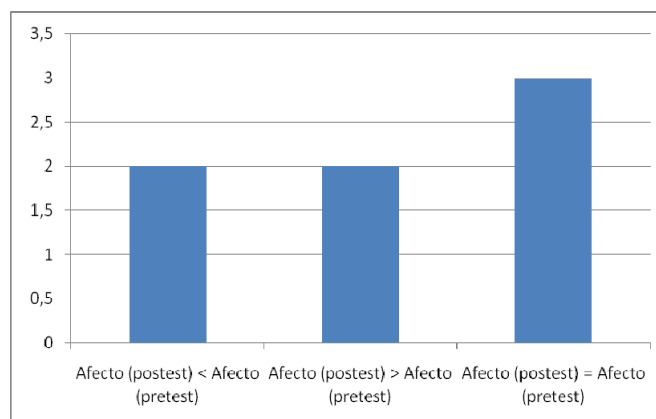


Figura 4. Comparación pre- test / post- test para la conducta afecto.

La figura 4 muestra la conducta de apego de afecto, en la cual dos de las madres disminuyen su frecuencia en el pos-test, dos aumentan su frecuencia de conducta afectiva y tres permanecen iguales en el pre-test y el post-test. No hubo cambios significativos en esta conducta, se rechaza la hipótesis alternativa con $p = 0,705$ muy superior a $p = 0,05$ la probabilidad asociada.

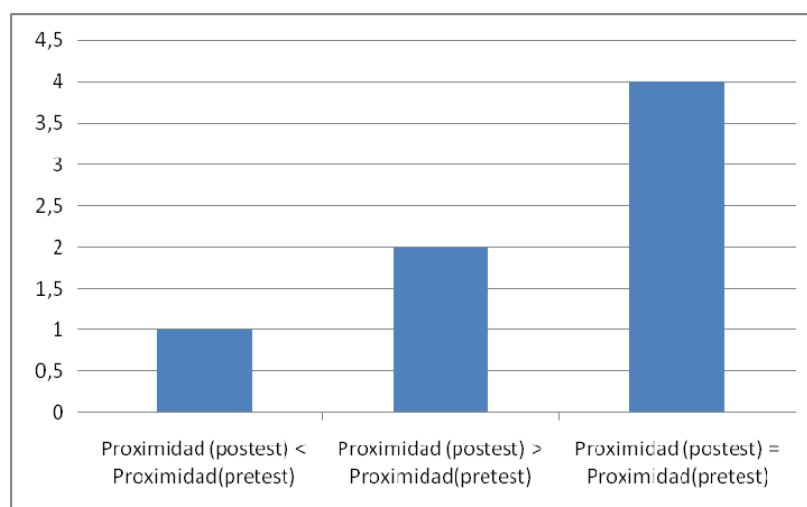


Figura 5. Comparación pre- test / post- test para la conducta proximidad.

En la figura 5, se evidencia que la conducta proximidad disminuyó su frecuencia en una de las madres participantes, dos madres aumentaron su frecuencia y cuatro mantuvieron la frecuencia de conductas de proximidad durante el pre-test y el post-test. No hubo cambios significativos en esta conducta, con una probabilidad asociada de $p=0,564$, muy superior a la esperada $p=0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis de que hubo cambios.

Se presentan a continuación las observaciones pre-test y post-test de forma individual, con la finalidad de describir los cambios individuales de forma más detallada.

Comparación pre-test y post-test del programa vincular de forma individual

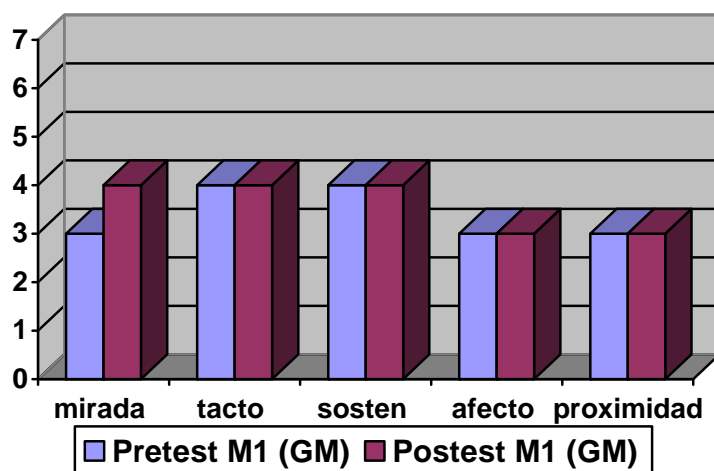


Figura 6. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 1 (G.M)

En la figura 6, se presentan los valores pre-test y post-test de la madre 1 (G.M). De forma general puede decirse que casi todas las conductas de apego se mantuvieron igual, solo se aprecia un incremento en la conducta “mirada”, la cual pasó de tener una frecuencia ocasional a presentarse frecuentemente. El resto de los valores no mostró cambios significativos en esta madre, lo que significa que G.M se mantuvo en un apego adecuado.

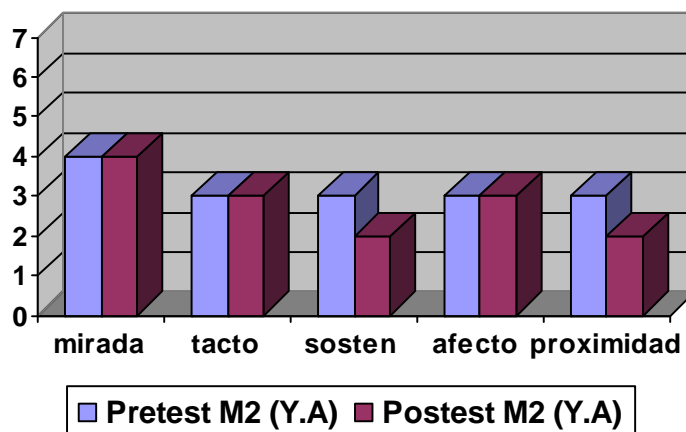


Figura 7. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 2 (Y.A)

En la figura 7, se muestra disminución en la frecuencia de la conducta de sostén, la cual pasó de ser ocasional, a presentarse raras veces durante la observación post-test. De igual forma se evidencia un cambio en la conducta de proximidad, mostrándose disminuida en el post-test, es decir, pasó de ser ocasional a presentarse rara vez durante

la observación. El resto de las conductas, mirada, tacto y afecto, no presentaron cambios significativos posteriores a la aplicación del programa. La conducta de mirada se mantuvo frecuente durante las observaciones, la conducta de tacto y el afecto se presentaron de forma ocasional durante la observación. Lo que quiere decir que presenta un apego adecuado en relación a las conductas de afecto, tacto y mirada, y deficiente en sostén y proximidad.

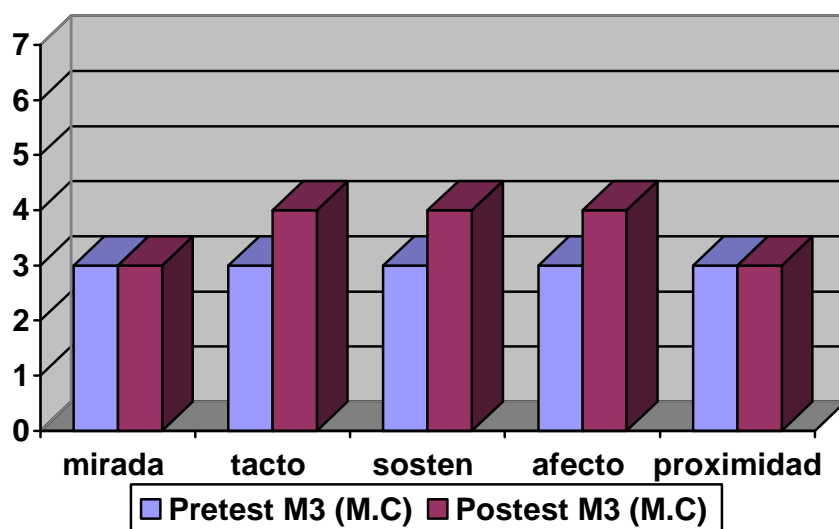


Figura 8. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 3 (M.C)

La figura 8 muestra cambios significativos en relación a las conductas de tacto, sostén y afecto. Las conductas de mirada y proximidad se mantuvieron iguales antes y después del programa de intervención. Estas conductas de tacto, sostén y proximidad, pasaron de ser ocasionales, a presentarse de forma frecuente, durante la observación post-test de la madre 4 (MC). Aún con el incremento, M.C presenta un apego adecuado.

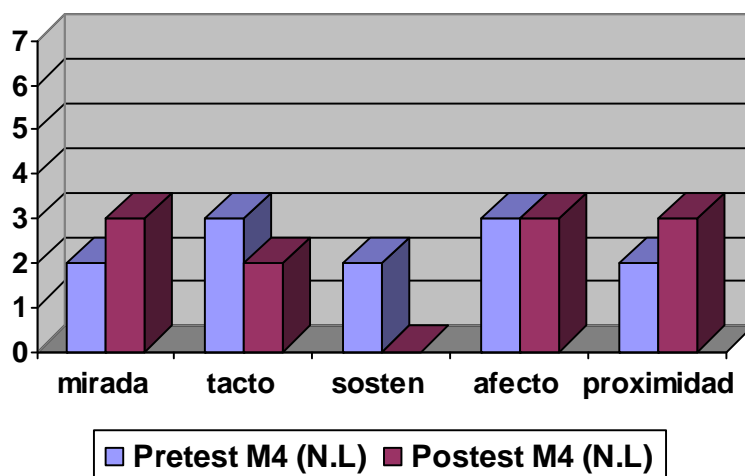


Figura 9. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 4 (N.L)

La figura 9 muestra cambios significativos de N.L en relación a las conductas de tacto, sostén y proximidad, la conducta de afecto se mantuvo igual antes y después del programa de intervención. La conducta de tacto pasó de ser ocasional a presentarse rara vez, y la conducta proximidad, pasó de presentarse rara vez, a presentarse de forma ocasional, durante la observación post-test de la madre 4 (N.L). Lo anterior indica que N.L pasó de un apego deficitario en la mirada y proximidad a un apego adecuado; y en sostén pasó de un apego deficitario a una ausencia de conducta.

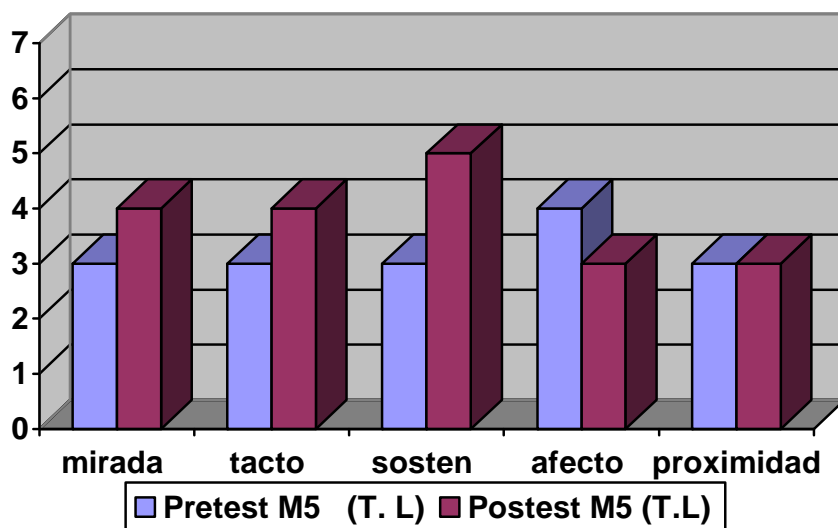


Figura 10. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 5 (T.L)

La figura 10, presenta cambios en las conductas de T.L en mirada, tacto, sostén y afecto durante la observación post-test. La conducta mirada, pasó de ser ocasional a ser

frecuente, la conducta de tacto pasó de ser ocasional a ser frecuente y la conducta de sostén, pasó de ser ocasional a presentarse en exceso durante la observación post-test. La conducta de afecto pasó de ser frecuente a presentarse de forma ocasional y la conducta de proximidad se mantuvo igual en el pre-test y post-test. Lo anterior indica que T.L posee un apego adecuado en relación a la conducta mirada, tacto, proximidad, afecto y un apego excesivo (no sano) en la conducta de sostén.

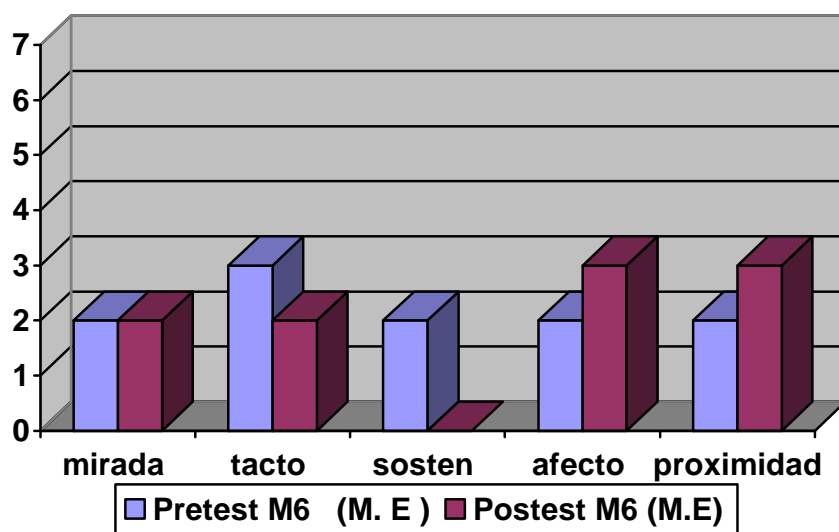


Figura 11. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 6 (M.E)

La figura 11 muestra los resultados pre-test y post-test de la madre 6 (M.E). Se presentan cambios en las conductas de afecto, sostén, tacto y proximidad. La conducta de tacto pasó de ser ocasional a presentarse rara vez, la conducta de afecto pasó de presentarse rara vez durante el pre-test, a presentarse de forma ocasional durante el post-test. La conducta de proximidad pasó de presentarse rara vez, a presentarse de forma ocasional durante el post-test. La conducta de sostén se presentó rara vez durante el pre-test, y durante el post-test no se observó. La conducta de mirada no presentó cambios entre el pre-test y el post-test, se presentó rara vez en ambos casos.

Lo anterior indica que la participante M.E presenta un apego adecuado en relación a las conductas de apego de afecto, proximidad; un apego deficitario en mirada, tacto y ausencia de apego en la conducta de sostén.

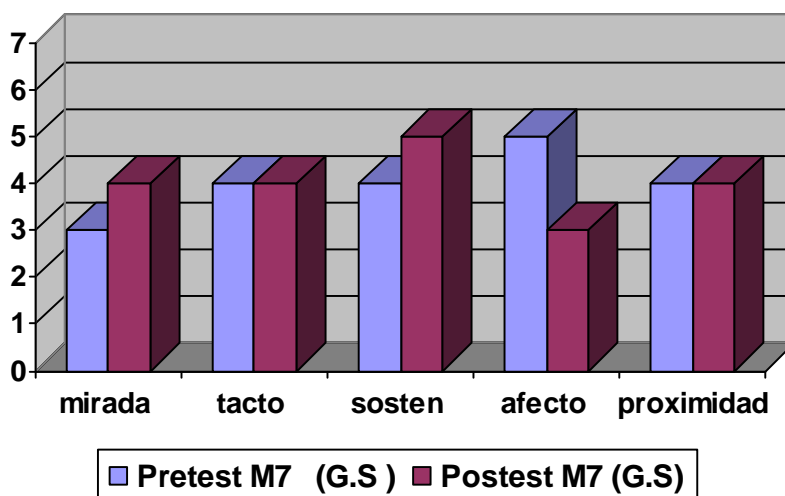


Figura 12. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 7 (G.S)

La figura 12 permite observar cambios en las conductas de apego de G.S en mirada, sostén y afecto. Las conductas de apego de tacto y proximidad permanecen iguales durante las observaciones pre-test y post-test. La conducta mirada pasó de presentarse de forma ocasional durante el pre-test a presentarse de forma frecuente durante el post-test; la conducta sostén pasó de presentarse de forma frecuente durante el pre-test, a presentarse de forma excesiva durante el post-test, y la conducta de afecto pasó de ser excesiva durante el pre-test a presentarse de forma ocasional durante el post-test. Ambas conductas de tacto y proximidad se presentaron de forma frecuente durante la observación pre-test y post-test. En términos de rangos, G.S presenta un apego adecuado en afecto, proximidad, tacto, mirada y un apego excesivo en sostén.

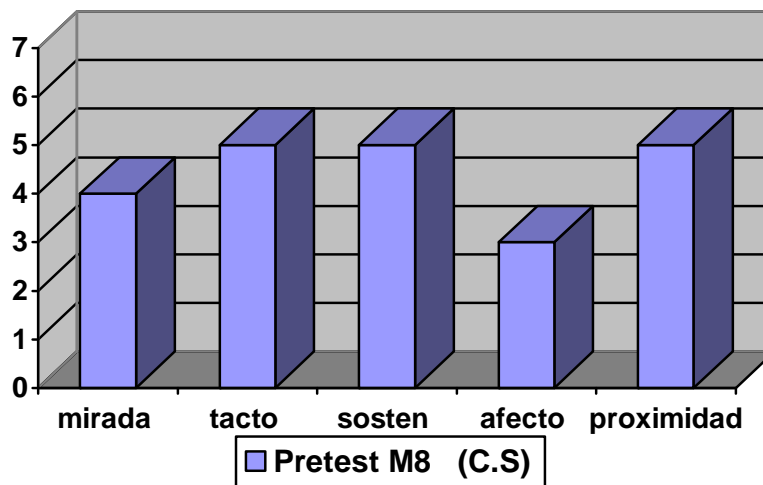


Figura 13. Comparación pre-test y pos-test de la Madre 8 (C.S)

La figura 8, muestra sólo los valores pre-test de la madre 8 (C.S), ya que la misma abandonó el programa en la segunda sesión de aplicación, lo cual generó una muerte experimental. Sin embargo las observaciones pre-test reflejan que C.S presenta un apego adecuado en relación a la conducta de mirada y afecto, y un apego excesivo (no sano) en las conductas de apego de tacto, sostén y proximidad.

En cuanto a la data cualitativa, se realizó el reporte de la observación participante llevado en forma de bitácora durante las sesiones del taller, el cual se presenta a continuación.

Reporte del observador participante

Al inicio de las actividades del programa, las madres se sorprendieron y se notó mucha expectativa en torno a lo que se haría en la primera sesión, así como también cierto nerviosismo que fue desapareciendo a medida que se realizaban las actividades rompehielos.

Las participantes aceptaron participar en el taller para “ayudarse a ellas mismas”; se mostraron bastante deseosas en este punto de la actividad, de emitir opiniones y participar de los comentarios de sus compañeras. Se observó que a partir de que se estableció el clima grupal empático, se involucraron con la actividad.

Durante la actividad de escoger emociones y el dominio de las mismas, (ver anexo 5, sesión 1), las que fueron mayormente escogidas como emociones desbordantes fueron la ansiedad y la angustia, y como la emoción que casi ninguna sentían, la culpa. Se evidenció que las madres racionalizan la emoción, es decir, la pueden nombrar, más no se mostraron resonantes durante la actividad con la emoción escogida. Las madres señalaron que estas emociones están presentes, solo que estas varían según la situación. Coincidieron en reconocer y expresar que hay compañeras que parecen tener más recursos para lidiar con algunas emociones y manifiestan el deseo genuino de aprender a manejarlas, porque creen que esto influye en la crianza y forma de relación para con sus hijos.

Vb “...no suelo expresarme mucho, sobre todo mis sentimientos, pero sé que mis hijos lo necesitan...” (M.C)

Las madres reconocieron que su manejo emocional es precario y que por momentos se desbordan, por lo cual, concientizaron que deben hacer esfuerzos en reconocerse cuando se sobrecargan y tratar de buscar alternativas y apoyo en terceros. Así mismo se encontró que casi todas aceptan el sentimiento de angustia y lo reconocen de inmediato, así como lo plantean como una constante en diferentes contextos, niegan el

sentimiento de culpa el cual es sobre todo en torno al diagnóstico del niño. Se sienten impotentes ante todas las emociones que no logran manejar.

Vb “... cuando me siento así, siento que nadie puede ayudarme...” (G.M),

Vb “... no logro pensar con claridad cuando la angustia me sobrepasa, porque uno se preocupa más que en una situación normal...” (G.M)

Las participantes expresaron constantemente que necesitaban un espacio como el que se les brindó durante la aplicación del programa, de forma constante, para compartir la experiencia emocional de tener un hijo con autismo, pues estaban abrumadas. En el transcurso de las discusiones, aparecieron frases tales como: “me olvidé de mí”, “En casa hay autismo para todos”, lo cual mostró que estas madres necesitaban retomar actividades placenteras para sí mismas. Hablaron más de los niños que de ellas mismas, y de sus sentimientos. No lograron recordar o ubicar cuándo hicieron algo placentero por última vez. Las madres le dan mucha importancia a la aceptación social y sienten mucha frustración y rabia por el rechazo que sienten los otros, por lo que su tiempo parece estar siempre ocupado en hacer todo por su hijo, sin pensar en ellas mismas con la misma frecuencia. Aún así reconocieron durante las sesiones que esto debía ser diferente por el bienestar de ellas y sus niños.

Vb “...no entiendo muy bien que es el apego en profundidad, pero logro entender que si trabajo en mí, y yo puedo sentirme mejor, descargada, mi hijo tendrá menos consecuencias de mi malestar emocional...” (Y.A)

Al inicio de la sesión 2 del programa de intervención se evidenció mucha motivación para participar en las actividades. Cuando conocieron que la actividad era de representación actoral, se intimidaron un poco, sin embargo, al comenzar la disfrutaron mucho, se reían (expresando cierta ansiedad) y comentaban que nunca habían sentido lo que era estar en el lugar de su niño, y “ser él” por unos instantes, reportaron que era impresionante, difícil, y que por momentos sintieron cuán difícil era llegar a “ser comprendidos” desde ese mundo del hijo autista.

En la segunda sesión del programa (ver anexo 5, sesión 2)), se observó menos ansiedad en relación al trabajo de grupo que en la sesión 1, las madres se identificaban aún más entre sí, conversaban entre ellas, y ninguna dejó de participar en la construcción

de las problemáticas comunes y en las propuestas de soluciones asertivas. Todas aportaron algo a la lista propuesta.

El grupo se movilizó emocionalmente, sonreían de forma nerviosa, algunas expresaron gestos de sorpresa, cuando dos de las madres participantes dijeron sentirse identificadas con el comportamiento autista, el cual es estereotipado, ensimismado. Señalaron que por momentos, a partir del diagnóstico, sentían que ese era su comportamiento hacia su relación con el hijo, estereotipado y repetitivo. Todas estuvieron sorprendidas y salieron del taller compartiendo esa situación.

Vb “... yo estoy realmente sorprendida con lo que aquí se ha dicho, es nuevo para mí, se mueven muchas cosas y es muy fuerte, no sé cómo lidiar con eso...” (G.M)

Vb “...creo que a diferencia de los cursos teóricos, lo que he aprendido de esta experiencia no tiene precio...” (M.E)

Es importante resaltar que las actividades del programa de intervención, les brindó a las madres la oportunidad de mostrarse confiadas entre ellas y compartir toda la información con la que cuentan en relación a la situación de sus hijos. En la tercera sesión del programa, compartieron la experiencia de criar a un hijo con autismo leve, resaltaron que aprendieron que el déficit del vínculo afectivo o exceso del mismo (escaso contacto emocional, ausencia de temor, o sobreprotección, etc.) es el eje central de la problemática y que ellas están dispuestas a modificar el modo de cómo ellas se vinculan con sus hijos y que eso puede ser beneficioso ellos. Se dieron cuenta que en realidad tienen muchas herramientas en cuanto al manejo de sus niños. Pero más que nada, se dieron cuenta que es importante tener un grupo de apoyo para compartir las frustraciones y decepciones que continuamente tienen que enfrentar.

Vb “...se que expresar afecto hacia él en exceso, lo hizo ser tan invasivo e impulsivo en sus expresiones de afecto, pero es algo en lo que estamos trabajando todos juntos...” (G.S)

Vb “... a pesar de que me cuesta abrirme, aquí puedo recibir y escuchar a las otras...” (G.M)

Vb “...este espacio me ha brindado la oportunidad de ser yo misma y sentirme acompañada en el proceso...” (T.L)

A partir de la segunda y tercera sesión del programa, (ver anexo 5, sesión 2 y 3) las madres se mostraron muy movilizadas, algunas muy tristes y otras tranquilas y satisfechas. Durante la actividad de completación de frases (ver anexo 7), donde las madres debían evocar la relación con sus propias madres, se les hizo difícil poner en palabras aspectos de su relación materna y reconocer que ésta relación influye en su vínculo con sus propios hijos. Las madres aceptaron que deben trabajar estas emociones, puesto que les genera tristeza, angustia o rabia.

Vb “... *si mi mamá hubiera sido diferente, tal vez yo no fuera de carácter tan fuerte en la actualidad, y creo que eso no es del todo bueno... ni para mí ni para mi hijo...*” (G.M)

Las participantes agradecieron la oportunidad de expresar en este espacio terapéutico la emocionalidad relacionada con su propio vínculo materno y la posibilidad de sentirse identificadas con el resto de las madres que planteaban una situación similar a la de ellas les dio como la posibilidad de hacer catarsis en un ambiente seguro, libre de prejuicios y contenidas emocionalmente por sus semejantes (Ver anexo 5, sesión 4).

Vb “... *yo pensé que solo era yo, pero ya veo que todas atravesamos situaciones familiares, en especial con las mamás, con las que nos sentimos inseguras, o que no hemos logrado superar...*” (Y.A)

Vb “...*ahora veo la importancia del trabajo de los propios sentimientos de uno en relación a sus padres y cómo influye en el rol de uno como mamá...*” (N.L)

En cuanto a la sesión final, las madres se movilaron emocionalmente con la proyección de videos. Muchas de ellas lloraron, se rieron, luego de que bajó la intensidad de estas emociones pudieron comentar sobre las mismas.

“...*creo que nos hacía falta sentir eso...*” (M.C), “... *tal vez nos movilizamos y eso nos hace sentir mejor...*” (M.E), “...*es valioso tener un grupo que comparte los mismos sentimientos...*” (T.L)

Respecto a la última sesión (ver anexo 5, sesión 4), la proyección de videos de información sobre “las formas adecuadas de tratar a los niños autistas” las madres comentaron que era una visión interesante, que muchas de ellas ya habían escuchado sobre las formas adecuadas o estrategias idóneas de crianza para los niños, y que muchas ya intentaban ponerlas en práctica; otras se mostraron interesadas y algunas no tenían

conocimiento sobre estas estrategias. La mayoría agradeció la información brindada por el video proyectado y la posibilidad de compartir experiencias.

La actividad final de construcción del árbol de actividades (ver anexo 5, sesión 4), permitió que las madres sintetizaran lo aprendido durante todo el taller. Se encontró que las madres construyeron el árbol combinando la experiencia directa que adquirieron a través de las actividades, con el compartir con otras madres, sintiéndose identificadas entre sí e intercambiando experiencias, como también conteniendo la ansiedad por las dificultades que atraviesan en la crianza de sus hijos autistas. (Ver anexo 8)

Las madres logran “darse cuenta” de los rasgos de su carácter que favorecen la relación vincular con su hijo autista y cuales perjudican tal vínculo. De igual forma reconocen que hay situaciones que las sobrepasan, que las desarticulan, y que es necesario hacer cambios, o trabajar a futuro en cambiar actitudes para que no se repita la misma acción-reacción impulsiva que perjudica la relación de apego confiable, y ese reconocimiento, ese darse cuenta, es un aspecto positivo que posiblemente se ha logrado con el recorrido del taller.

El tener todas estas madres la disposición a abrirse a un grupo y compartir sus significados, creencias y afectos a las demás, les permitió descubrir que compartían emociones y ansiedades. Esta identificación les alivió la ansiedad, se sintieron contenidas, y esperanzadas de que se puede trabajar para lograr mayor bienestar con el hijo.

Vb “... *creo que lo mejor es dejarse sentir como uno se siente, sin querer mostrar otra cosa, si uno se siente triste hay que vivirlo, igual pasará y mejoraran las cosas...*” (G.S).

Adicionalmente, puede considerarse que unos de los nuevos aprendizajes, dicho por ellas mismas, es que debían trabajar en ellas para sentirse bien, no encerrarse en su situación, no negarla, ni defenderse constantemente como si estuvieran siendo juzgadas. Por el contrario, fue interesante la forma en la que las madres participantes reconocieron, aceptaron e incluso se mostraron agradecidas con este aprendizaje, en relación a quererse a sí mismas, a procurar trabajar aspectos de su personalidad.

Vb “... *yo he intentado organizarme, que mis hijos no noten que me siento decaída, cada vez hago mi mejor esfuerzo por ellos y para ellos...*” (T.L)

Discusión de Resultados

El programa de intervención vincular aplicado a las madres de niños con autismo leve tuvo efectos estadísticamente significativos sobre la conducta de apego mirada, el resto de las conductas de apego (tacto, afecto, sostén y proximidad), evaluadas por la escala de observación, no mostraron cambios significativos a nivel grupal, más sin embargo, si hubo cambios cualitativamente importantes a nivel individual.

La mitad del grupo de las madres pasaron de tener conductas poco asertivas de apego, a tener conductas propias de un apego adecuado, con valores entre 3 y 4 en la escala de observación.

En las diferencias pre-test y post-test se encontró que no todas las madres mostraron cambios en las conductas de apego, se notaron las diferencias individuales en aquellas madres que decidieron participar activamente y se abrieron emocionalmente al compartir sus experiencias, y aquellas madres que aún al final de las sesiones se mostraban negadoras o evitativas de su situación, no tuvieron cambios en el apego. Esto da cuenta del trabajo que se realizó, de cómo cada madre lo aprovechó, y de la movilización de emociones en cada integrante lo que coincide con lo propuesto por Gamarra (2010), quien señala que es importante el trabajo con los padres en la contención de emociones y comprensión de la situación, a favor de que recuperen el sentido de la continuidad de vida.

La percepción del grupo y la evolución del trabajo realizado, la cual se obtuvo a través de la observación participante, así como de los registros llevados durante cada sesión al momento de las discusiones, permitió apreciar comportamientos presentados antes, durante y posterior al taller, los cuales representan información cualitativa importante para el establecimiento de conclusiones en cuanto a la efectividad y aportes del programa.

Previo a las sesiones del taller, las madres estaban dominadas en su mayoría por la angustia, con dificultad para manejar la aceptación del diagnóstico de sus hijos, dificultad para organizarse en los horarios, y con dificultad en sus relaciones interpersonales, familiares y de pareja, lo cual reportaron en la entrevista de apego adulto (AAI), con

mucha carga emocional, particularmente negativa, y con una historia no muy efectiva de afrontamiento de situaciones de la vida.

Estas madres referían que no se sentían apoyadas, por el contrario, se sentían juzgadas, evaluadas y señaladas. La observación durante la experiencia grupal evidenció, que estaban desbordadas, con poco control y manejo conductual de sus hijos, buscando apoyo y sintiéndose identificadas con el resto de las madres que asistían al centro de neurodesarrollo.

A Las madres se les hizo difícil la participación al principio, comprender que el niño necesita sus tiempos, y de que es un ser individual. Esta afirmación puede apoyarse en lo que plantea Winnicott en relación a las madres de niños con autismo. Según el autor, estas madres tienen dificultad en mirar a este niño y reconocer sus demandas, ya que sienten culpa, y piensan que han fallado al no tener un hijo sano. La ansiedad de sentir que fallan, no favorece entonces la relación vincular que se establece, y produce sobreprotección, inseguridad y ambivalencia.

A partir de la segunda sesión, las madres no solo expresaban su emocionalidad verbalmente, sino que, el espacio creado permitió que muchas de ellas lloraran y el resto de las madres sintiera empatía, dándoles el tiempo que necesitaban para el desahogo, se abrazaban, sonreían, compartían anécdotas divertidas y tristes e incluso el lenguaje corporal hablaba por sí solo, mostraban menos rigidez o decaimiento en sus posturas corporales y más contacto físico emocional hacia sus compañeras. Esto puede apoyarse en lo planteado por Mira (2001), quien propone que el vínculo entre una madre y un niño con alguna discapacidad o condición, en este caso el autismo, puede ser estimulado y desarrollado de forma sana, siempre y cuando se le brinden estrategias de apoyo y contención a los padres, y que este apoyo siempre tendrá efectos positivos sobre la relación de apego.

Los procesos de aceptación de sí mismas y de su hijo autista las hizo reconocer que ellas también se comportan a veces de forma autista, desvinculadas. Esto da cuenta de cambios en la vivencia subjetiva de las participantes. Si bien los cambios en las conductas observables son sutiles, el manejo que muestran las madres en la progresión del programa, así como aspectos puntuales que reportaban en cuanto a la dinámica con el

niño, son significativamente diferentes, presentan mejorías notables. La identificación con las características de su hijo, las hizo más empáticas con el estado autista.

El grupo que se constituyó, ha creado lazos que permanecen después de terminado el programa de vinculación, han hecho grupos de estudio, grupos para salir con los niños, e inician un curso para preparar comida sin gluten y caseína para la dieta de los niños. Lo cual refleja que el desarrollo del programa les permitió reconocer que un grupo de apoyo es beneficioso para ellas y para ayudarse en la relación con sus niños.

En síntesis, el programa de intervención les permitió un espacio de elaboración, y aceptación de los sentimientos involucrados tales como, la angustia, la rabia, la decepción y la culpa. Les dio la herramienta de pertenencia, identificación en un espacio grupal, para sentirse apoyadas, y permitir la movilización de procesos emocionales subyacentes que facilitarían y / o mejorarían sus conductas de apego, promoviendo un estilo de apego más sano para ellas y sus niños.

La apertura al insight (el darse cuenta) que mostraron las mamás durante las sesiones del programa, se refleja en el reporte del observador participante (ver anexo 5) que dejó en evidencia las problemáticas que las madres piensan que deben ir trabajando. Esta disposición a modificar sus actitudes va a mejorar su relación consigo misma y con el hijo.

Durante las últimas sesiones, las madres se mostraron menos dominadas por la angustia, con más cercanía física o verbal hacia el niño según lo reportaron las madres en la actividad de cambio de roles. Señalaron que tienen mayor tendencia a la espera para que éste responda, después de haber categorizado las situaciones problema y cómo afrontarlas (ver anexo 5, sesión 2).

X. Conclusiones

- La exploración individual de las madres de la muestra, en relación a su historia de apego, estilo de apego y rasgos evolutivos de carácter, fue de vital importancia para el diseño de las actividades del programa. Los déficits en la vinculación comunicacional obtenida en la exploración permitió detectar las necesidades específicas y la disposición de las madres para la participación en las actividades.
- En las observaciones pre-test, se evidenció bajo contacto visual, entre madre e hijo, poco contacto afectivo, o excesivo. Estos extremos de conducta de apego son negativos para el establecimiento de un vínculo adecuado.
- La aplicación del programa de intervención, generó cambios en las conductas de apego evaluadas mediante la Escala de observación de Massie y Campbell (1999), predominantemente en la conducta de mirada.
- Durante las observaciones post-test, los indicadores conductuales de proximidad y de sostén fueron los que presentaron menos cambios entre observación pretest y postest. La conducta de sostén tendió a mantenerse en el rango 3 – 4 (apego adecuado) y la conducta de proximidad en el rango 2-3 (entre deficiente y adecuado).
- En la comparación entre pre-test y post-test hubo cambios estadísticamente significativos en la conducta mirada.
- Durante el desarrollo del programa, se observó cambios en la conducta de las madres, en relación a sí mismas y al grupo. Se mostraban más seguras, confiadas en expresar su emocionalidad sin sentirse culpables, motivadas a dedicar más tiempo a sí mismas, reconociendo la importancia que tiene esto último, en sus vidas y en la interacción con los suyos, en especial con sus hijos.
- Las madres mostraron progresivamente durante las sesiones del programa, más disposición para la escucha, el contacto físico afectivo, con sus compañeras y sus hijos. En el mismo sentido expresaron el afecto desde la mirada, la palabra, sin sentir que deben ocultar lo que piensan o sienten. Igualmente surgió la necesidad de rescatarse a sí misma en cuanto a los placeres individuales que fueron

desplazados por atender al hijo autista. Reconocieron que ocasionalmente ellas también se comportan de forma autista.

- Se evidenciaron cambios cualitativos como son: el respetar los tiempos de su hijo, desarrollaron herramientas para reconocer las demandas del hijo, y ser más asertivas en la expresión emocional, entre otros, que fueron reportados por las madres acerca de su interacción actual con su hijo. Reconocieron que ellas también se comportan en ocasiones de forma autista.
- La experiencia vivencial del programa permitió que las madres comenzaran a tomar conciencia sobre el hijo real que tienen, sus características, su individualidad y comenzaran a hacer su duelo en relación al ideal de hijo que se habían propuesto.
- Las madres reconocieron los aspectos positivos de tener el apoyo grupal para hacerle frente a la crianza de su hijo, como es el compartir vivencias y construir en grupo formas asertivas de afrontamiento ante situaciones cotidianas.
- Las madres que inicialmente fueron categorizadas en el prototipo de apego evitante, al término del programa se comprometieron más entre ellas, como por ejemplo desarrollar actividades fuera del centro de desarrollo al que asisten.

IX. Limitaciones

- El acceso a las madres de la institución para conformar la muestra, puesto que se contactaron a más de 35 madres, pero ninguna podía comprometerse a la asistencia completa del programa, por condiciones personales, el grupo de 8 madres es pequeño por esta razón.
- El número de participantes no permitió generalizar los resultados, y debido al tamaño de la muestra se hizo difícil la escogencia de un estadístico que permitiera responder al objetivo propuesto de forma efectiva.
- La asistencia irregular de las participantes en alguna de las sesiones, especialmente en las dos últimas, dificultó comparar el desempeño del grupo entre sesiones.
- La duración del programa fue corta, lo que no permitió el abordaje óptimo de las necesidades detectadas previas al taller y durante el taller. Hubo mucha movilización emocional, que requería de un mayor número de sesiones de trabajo para canalizarlas asertivamente.
- Se encontraron pocos trabajos de intervención del vínculo de apego, por no decir ninguno, en especial con madres de niños autistas, para utilizarlos como factor comparativo con esta investigación.

XI. Recomendaciones

- Aplicar el programa de intervención a una muestra más amplia para poder generalizar resultados y determinar con mayor precisión los alcances del mismo.
- Utilizar otro instrumento de observación que permita evaluar los cambios conductuales de forma longitudinal, ya que en un solo momento pueden estar afectados por múltiples variables lo que limita la posibilidad de explorar los alcances de la efectividad del programa en términos de conductas observables y medibles.
- Introducir en próximas oportunidades una metodología que permita la exploración, descripción y comprensión a fondo, de los aspectos cualitativos que se presentaron durante las sesiones de trabajo, así como en las discusiones de grupo, en el discurso de las participantes, con la intención de acercarse desde una visión más clínica a la vivencia subjetiva de cada una de ellas, y cómo el programa pudo haber generado cambios en estas vivencias, más allá de lo medible y de la conducta observada.
- Aumentar el número de sesiones del programa de intervención con la finalidad de brindar mayor tiempo y espacio para que las madres participantes puedan expresar su emocionalidad y elaborarlas, incorporando además algunas sesiones de interacción con el niño en alguna actividad mutua que estimule las conductas de vínculo.

Referencias Bibliograficas

- Ainsworth, M, (1978). *Attachment beyond infancy*. *Psychologist*, 44, 109-716
- Alvaréz-Gayou, J (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Mexico: Paidós.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson: Barcelona.
- Arroyo, H; Fejerman, N; Massaro, M y otros (1994). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Buenos Aires, Argentina: editorial Paidós.
- Auad, M. (2009). *Representaciones mentales de la maternidad en madres de hijos con trastorno del espectro autista*. Recuperado el 23 de abril de 2011 de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/401>
- Bowlby, J. (1961). *Process of mourning*. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-328.
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and loss*. Vol. II Separation. New York: Basic.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*. Volumen 1. Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 2: La separación*. Barcelona: Paidós
- Castro, M; García, L y Santaballa (2008) *Autismo: esperando tu respuesta*. Recuperado el 20 de abril de 2011 de http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/resteban/AUTISMO.pdf
- Casullo y Fernández (2004). *Evaluación de los estilos de apego en adultos*. Recuperado el 24 de Julio de 2011 de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a18.p>
- Coderch, J (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, España: editorial Herder.
- Cuxart, F (2011) *Causas del autismo*. Recuperado el 22 de octubre de 2011 de <http://www.autismconsulting.com/docs/esp/f/1.4%20Causas%20del%20autismo.pdf>.
- Ephraim, D. (1991) *El Método Rorschach en la actualidad*. Caracas, Venezuela: monteavila editores.

- Exner, J. Jr. y Sendín, C. (1998). *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. (2º Ed.). Madrid, España: Psimática.
- Favero, M y dos santos, M (2010). *Depression and Quality of life in mothers of children with pervasive developmental disorders*. Revista latino- Am. Enfermagem. 18 (1): 33-40. Recuperado el 30 de septiembre de 2010 de www.eerp.usp.br/rlae.
- Fonagy (1999) *Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría* (versión electrónica), *Revista de Psicoanálisis*, 3.
- Frías A y Rodríguez, A (2006) *Estilos de apego en pacientes con Cáncer de mama y próstata*. Estudio descriptivo. Trabajo de grado para optar al título de licenciado en psicología, Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Gamarra, B. (2010) *En el bosque de la china: del autismo a la relación con los otros*. Federación Psicoanalítica de América latina.
- García, M. (s.f) *Trastorno de comunicación en el autismo*. Universidad de la Coruña. Recuperado al 21 de septiembre de 2010 de http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/6911/1/RGP_8-29.pdf
- Gayó, R. (1999). *Apego*. Recuperado el 22 de junio de 2011 de <http://apsique.virtuabyte.cl/tiki-index.php?page=SociApego>
- Guevara, M. (1995). Gerencia de servicios de servicios psicológicos. *Una estrategia de formulación de programas*. Caracas UCV. Consejo de desarrollo.
- Griffin, D y Bartholomew, K. (1994) *Models of teh self and others*. Journal of personality and social phycology, 67. 430-445.
- Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P (2003). *Metodología de la investigación*. 3ra Ed. México: Mc Graw Hill.
- Hernández y Mendoza (2008). *Métodos mixtos*. Recuperado el 22 de octubre de http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Maestria/MTE/Gen02/seminario_de_tesis/Unidad_2/lec_21_estudios_de_caso_g2.pdf
- Kanner, L. (1982) *Psiquiatría infantil*. Paidós. Siglo veinte. España: Barcelona.
- Kaplan y Sadock (1996). *Terapia de grupo*. (3ra ed.) Madrid, España: Editorial panamericana.

- Kaufmann, L (2007). *Vulnerabilidad potencial a desarrollar un trastorno autista: determinantes intersubjetivos*. Clínica e investigación relacional. Vol 1 (2): 467-475. Recuperado el 18 de octubre de 2010 de www.ceir.com
- Lanz, V y Lessman, I (2006). Elaboración e intervención de un plan de aplicación en el vínculo de apego de madres y niños con desnutrición. Tesis de grado no publicada. UCV
- Martínez, C y Santelices, M (2005). *Evaluación del apego en el adulto: una revisión*. PSYKHE, 14 (1): 181 -191
- Martínez, M. (2008). *Epistemología y Metodología Cualitativa en las Ciencias Sociales*. México: Trillas.
- Massie, H y Campbell, (1999). The Massie Campbell Scale of Malher – Infant Attachment indicators During Stress. *Frontiers of Infant Psychology*. New York: Basics :Books.
- Mira, A (2011) *La importancia de las intervenciones tempranas y el apego en los niños con necesidades especiales*. (2). Recuperado el 20 de junio de <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/52/49>
- Moreno, A (2008). *El trastorno autista. Innovaciones y experiencias educativas*, 12 (11). Recuperado el 22 de septiembre de 2010 de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_12/ANTONIA_MORENO_1.pdf
- Muñoz, J (2011) *El Autismo y su clasificación*. Recuperado de <http://www.menela.org/revista/maremagnum%2011/castellano%2011/a11.82.pdf> el 22 de octubre de 2011.
- Negrón, L (2011). El Autismo. Recuperado el 23 de Octubre de 2011 de <http://www.fundacionpasoapaso.com>
- Nieto, J (2011) *Autismo infantil y neuronas en espejo*. Recuperado al 20 de Noviembre de 2011 de http://sid.usal.es/docs/F8/ART13829/autismo_infantil_y_neuronas_espejo.pdf.
- Palache, A y Pérez, D (2007). Programa de intervención para facilitar la vinculación afectiva prenatal en adolescentes embarazadas: un estudio de caso. Tesis de grado UCV.

- Quezada, V y Santelices, M (2010). *Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida*. Revista latinoamericana de psicología, 42 (1), 53 – 61
- Ribas, D (1993) *Un grito oscuro. El enigma de niños autistas*. Bogotá, Colombia: Grupoeditorial Norma.
- Soto, E (2010). *El autismo La realidad afuera o fuera de la realidad*. Poiesis. 19 (1). Recuperado el 20 de octubre de www.googleacadémico.com
- Tizón, M (1992). *Propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia*. Revista de asociación española de neuropediatría.
- Torres de Bea, E. (1991). *Entrevista y diagnóstico*. Buenos Aires: Paidós.
- Wing, L (1974). *La educación del niño autista*. Buenos aires, Argentina: editorial Paidos

Anexos
Anexo 1. Protocolo de la entrevista semi -estructurada
 UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 Escuela de psicología

Entrevista a las madres participantes

Datos de identificación:

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Procedencia y lugar de residencia: _____ Nacionalidad: _____

Religión: _____ Grado de instrucción: _____

Edo. Civil: _____

Gestas: _____ Hijos: _____ Abortos: _____

Ocupación: _____

Embarazo y bebe:

Embarazo:

Planificado _____

Deseado _____

Estado de salud (bueno ___ malo __) explique _____

Estado emocional: _____

Nacimiento:

Duración _____

Lugar _____

Tipo de parto: cesárea _____ normal _____

Período neonatal:

-Cuanto tiempo le tomo ver a su hijo luego del parto. Causa

-Explique el momento cuando usted vio por primera vez a su hijo

-Alimentación. Primer encuentro con el pecho y primeras semanas en casa.

-Comportamientos inquietantes y desarrollo psicomotor

Período post- neonato:

¿El niño fue cuidado por alguien más a parte de usted? Describa relación.

¿Qué cantidad de tiempo es dedicado al niño diariamente?

¿Qué hace usted cuando el niño llora?

¿Cómo son los momentos de alimentación, baño, sueño y juego? Tipos de juego.

Primeros años:

¿Notó comportamientos no esperados o extraños en el niño? ¿Cuándo? Describa.

¿Cómo reacciona el niño con desconocidos?

¿¿Cómo considera que es su expresión afectiva?

¿Cómo influyó en su vida el nacimiento de este hijo (a)?

¿Ha retomado sus actividades anteriores después del nacimiento del niño?

¿Cómo se siente actualmente con su rol de madre?

¿Cómo se sintió en relación al diagnóstico? Describa

Anexo 2. Protocolo de la entrevista sobre apego adulto (AAI) de George, Kaplan y Main (1996)

Encuesta de apego.

Contexto ambiental:

¿Dónde vivía su familia?

¿Dónde nació?

¿Dónde vivía de niño?

¿Se trasladaron muchas veces?

¿Qué hacía su familia? (investigar hermanos, abuelos, generaciones anteriores)

Calidad de relación parental

Describe 5 adjetivos que reflejen la relación con su madre (observar si el sujeto hace uso correcto de la palabra “adjetivo”

¿Con cuál de sus padres se sentía más próximo y porqué?

¿Por qué no con el otro?

¿Qué hacía cuando de niño se sentía angustiado? (ver qué significado le da el sujeto a la palabra angustiado)

¿Puede recordar que ocurría cuando se lesionaba?

¿Había alguien en estas emergencias que le prestara apoyo?

¿Alguno de sus padres le ayudaba a comprender situaciones adversas?

¿Hubo algún tipo de separación que recuerde? ¿Qué ocurrió?

¿Alguna vez se sintió rechazado de pequeño? ¿Qué edad tenía?

¿Por qué cree ud. Que eran así? ¿Piensa que podrían haber estado conscientes de estarlo rechazando?

¿Sintió alguna vez a sus padres como figuras amenazantes? ¿a qué edad?

¿Frecuentemente?

¿Cómo cree que todas sus experiencias infantiles afectaron su personalidad adulta?

(Hablar de relación vincular con hermanos, y pérdidas o duelos)

¿Ha habido cambios? ¿Cómo es su relación con sus padres en la actualidad?

¿Cómo responde usted al separarse de los hijos?

Cuales serían 3 deseos para su hijo dentro de 20 años.

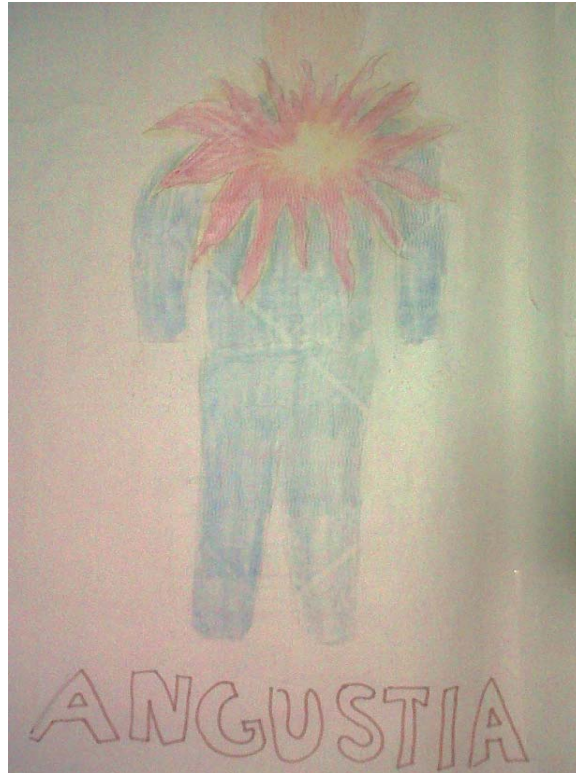
**Anexo 3. Escala de apego en condiciones de estrés de Massie y Campbell (1977).
Adaptada por Yubiza Zárata y María Antonieta Ramírez Arias (2011)**

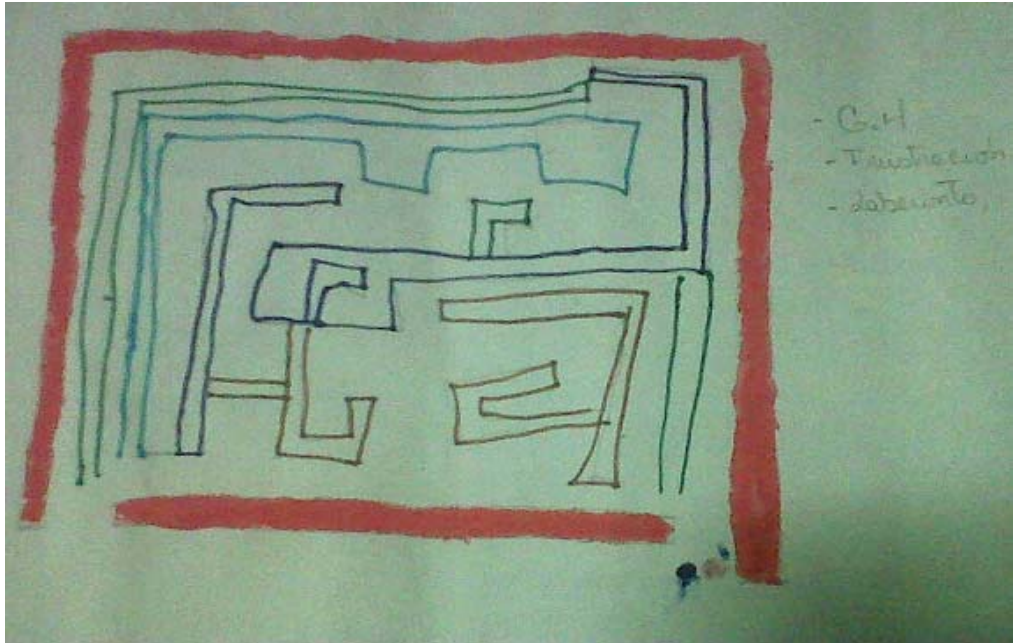
Conducta	0 No se observa	1 nunca	2 Rara vez	3 Ocasional	4 Frecuente	5 Excesivo
Mirada						
Vocalización						
Tacto						
Sostén						
Afecto						
Proximidad						

Anexo 4. PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
(Ver carpeta de anexos)

Anexo 5.BITÁCORA O DIARIO DE OBSERVACIÓN
(Ver carpeta de anexos)

Anexo 6. Imágenes de los dibujos realizados por las participantes al final de la sesión 1 del programa





Anexo 7. Actividad de completación de frases de la sesión 3 del programa.

A continuación se le presentan una serie de frases por completar, en relación a los sentimientos y vivencias vinculados a sus madres, debe colocar en el espacio en blanco, lo que mejor complete la idea.

- Mi mamá es-----**
- Mi mamá y yo-----**
- Mi mamá nunca-----**
- Mi mamá siempre -----**
- Al equivocarme mamá-----**
- A diferencia de mamá, yo-----**
- Papá y mamá fueron -----**
- Para expresar afecto mamá -----**
- Sentía que mamá me quería cuando-----**
- En momentos difíciles mamá-----**
- Al igual que mamá yo-----**
- Tenía miedo y mamá -----**
- Por la relación con mamá ahora yo soy-----**
- Me habría gustado que mamá fuera-----**