

# **Sentia. Método orientado a establecer el apego seguro.**

Lcdo. Marckus R. Rivera Pineda – Colegiado Activo No. 6080

Lcdo. Mariano García Canga – Argüelles – Colegiado Activo No. 6081

Lcda. Regina Marroquín Barrera – Colegiado Activo No. 4618

---

Resumen: El apego es un fenómeno necesario para el sano desarrollo del infante e influye en la manera en que éste se relacione posteriormente con otras figuras de apego o vinculación. Ha sido ampliamente estudiado, ya que el mismo es un instinto básico orientado a la supervivencia. Está estrechamente relacionado con la liberación de endorfinas, así como los niveles de oxitocina; lo que pone en manifiesto la importancia biológica del mismo. Para un sano desarrollo del infante se requiere que establezca un apego seguro; el cual se presenta cuando los cuidadores brindan los cuidados básicos de forma congruente. Cabe destacar, que en algunos casos esto último no se cumple, por lo que el desarrollo del apego se da de forma insegura o patológica. Esto predispone al desarrollo de trastornos de apego, los cuales guardan estrecha relación con el desarrollo de problemas emocionales en la infancia, adolescencia y adultez. Ante esto, de modo preventivo y terapéutico han surgido diversas propuestas terapéuticas. Dentro del contexto guatemalteco y latinoamericano se encuentra el Método Sentia. El mismo busca fortalecer la vinculación y desarrollo de apego seguro en infantes de 0 a 11 años, mediante el entrenamiento de los padres con el fin de brindar los cuidados protectivos relacionados con algunos dominios vinculares. Estos dominios incluyen las conductas básicas para el establecimiento del apego seguro.

Palabras clave: apego, Método Sentia, apego seguro, trastornos del apego, dominios vinculares.

Abstract: Attachment is a basic phenomenon for a healthy development of the infant and it influences the way in which the baby subsequent develops bonds. Attachment has been widely studied, since it is a basic survival instinct. It is closely related with endorphins and oxytocin levels; which manifests the biological significance of it. For a healthy development in the infant, it is required to establish a secure attachment; this occurs when caregivers provide basic care in a consistent way. It is noteworthy that in some cases this is not fulfilled, so the development of attachment occurs in an unsecure or pathological manner. This predisposes to the development of attachment disorders, which are closely related to the development of emotional problems in childhood, adolescence and adulthood. Given this, different therapeutic approaches have emerged. Within the Guatemalan and Latin American context is the Sentia Method the one that has proven to be more helpful. It seeks to strengthen bonds and development of secure attachment in infants aged 0-11 years by training parents in providing the protective care related to some relational domains. These domains include basic behaviors for the establishment of secure attachment.

Keywords: attachment, Sentia Method, secure attachment, attachment disorders, linking domains.

## Introducción

El modo de actuar, pulsiones, gustos y otras características son influidas por las vivencias dadas durante los primeros años de vida. Esto lo ejemplifican Brazelton y Cramer (1993) quienes describen el embarazo de una mujer como el reflejo de la vida previa a su concepción. Con ello consideran que existen factores de relación y vinculación, así como otras fuerzas que le permitieron a la persona adaptarse a diversas circunstancias que influyen en su deseo y acción presente.

Lo anterior, mantiene relación con la vinculación establecida durante los primeros años de vida entre el sujeto y su cuidador primario. Fenney y Noller (2001) expresan que el apego es entendido como cualquier manera de conducta que posee como fin o resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido. Este último suele ser percibido como más fuerte o sabio. Suele ser determinante y decisivo en el tipo de relación que el sujeto establecerá posteriormente con otras personas.

Relacionado con lo previamente expuesto, Pearce (2009) señala que la importancia dada al fenómeno de apego se relaciona con el impacto del mismo en su desarrollo. Cabe destacar que algunos autores han relevado implicaciones negativas al concepto, uno de ellos es Riso (2005) quien señala que el apego es una patología de la libertad que suele eliminar la energía vital. El autor, que en el planteamiento, no distingue los tipos de apego, los mismos serán descritos posteriormente. Como se puede ver en algunas ocasiones el apego se interpreta como el fomento de inteligencia. Sin embargo, su importancia radica en la dependencia biológica humana dada durante los primeros años de vida. Esta dependencia se dirige a cuidadores

primarios, sin importar la existencia de un grado de consanguineidad (Rygaard, 2008).

Opuesto a lo establecido por Riso, McCraight (2010) indica que las relaciones de apego establecidas entre el niño y su cuidador primario son básicas para en el desarrollo de su ejecución. Cabe destacar que estas deben darse de forma congruente, en caso contrario, se desarrollan los trastornos de apego.

## Apego y Desarrollo infantil

Rivera (2014a) describe que el desarrollo infantil es un proceso continuo en el cual aprende a dominar procesos complejos de forma gradual. Estos procesos pueden ser motores, afectivos, racionales o relacionales. Para ello, debe tomarse en consideración que el infante nace con características que le distinguen de otros, Otsubo, et al. (2004) menciona que algunas de ellas son. Aprendizaje, familia, temperamento, sociedad de origen y patrón y tiempo de crecimiento. Estas características poseen algunos determinantes de tipo biológico e influencia ambiental.

Relacionado con el apego Craig & Baucum (2009) describen que el desarrollo del apego se influye por ciertas etapas por las que discurre el infante. Entre ellas encontramos: a) Autorregulación e interés por el mundo: etapa comprendida desde el nacimiento hacia los tres meses y se caracteriza por el deseo del niño por sentirse regulado y tranquilo. Cabe destacar que en su intento por conocer el mundo exterior se vale por sus sentidos; b) Enamoramiento: periodo dado desde los dos hasta los siete meses de edad. En el mismo, el niño reconoce rostros familiares y concentra su atención en cuidadores primarios.

Perciben el mundo como placentero y sonrían con facilidad; c) Inicio de la comunicación intencional: comprendida de los tres a los diez meses. Durante este tiempo el infante coincide con las etapas previas, pero inicia a entablar diálogos e interactúa comunicativamente con el cuidador primario; d) Aparición de un sentido organizado del yo: surge de los nueve a los dieciocho meses y el niño inicia actos independientes y asume un rol activo en la asociación emocional con los cuidadores. Expresa necesidades de manera eficaz y exacta. Además exterioriza emociones de enojo, tristeza y felicidad; e) Creación de ideas emocionales: etapa comprendida de los dieciocho a los treinta y seis meses de edad. Adquieren la capacidad de simbolizar, fingir y formarse imágenes mentales de las personas y objetos.

Conocen el mundo social por medio de los juegos; y f) Pensamiento emocional: comprendido de los treinta a los cuarenta y ocho meses de edad y es la base de la fantasía, reciprocidad y autoestima. Inicia la distinción dentro de lo esperado por el cuidador y los deseos personales. Es un periodo de correspondencia ante las expectativas del otro, orientado con las metas personales.

Aunado a lo anterior, Bowlby (como se citó en Scheaffer, 2000) señala que el apego es importante para el desarrollo del individuo ya que provee la protección de la cría y descendencia. Ante esto él lo resumió en cuatro etapas que son: pre apego, apego en formación, apego bien definido y asociación corregida por los objetivos. A continuación se resumen las características y edades de cada una de ellas:

<b>Etapas</b>	<b>Edad</b>	<b>Características</b>
Pre apego	0 – 2 meses	Capacidad de responder a estímulos sociales
Apego en formación	2 – 7 meses	Reconocimiento de personas conocidas
Apego bien definido	7 – 24 meses	Protesta ante la separación, actúa con cautela con los extraños y emite comunicación intencional
Asociación corregida por los objetivos	24 meses	Mantiene relaciones bilaterales, capacidad de empatizar y comprende las necesidades de sus cuidadores

Con lo anterior, se resume el desarrollo del apego en distintos periodos del desarrollo del infante. Dentro del establecimiento del apego el niño adquiere ciertas capacidades que permiten su supervivencia, tal y como lo refiere Kieglamn, Behrman, Henson & Stanton (2009): el apego es una capacidad biológica del niño para buscar

proximidad, protección y cuidado por parte de sus cuidadores. Barudy & Dantagnan (2010) añaden que el apego conlleva a un desarrollo sano y solidario del infante, ya que este tipo de vinculación afectiva se vale de recursos emotivos, cognitivos y conductuales que le permiten al padre visualizar a su hijo como parte de su cuerpo social; el cual es

descrito como una visión holística de elementos que funcionan de forma interrelacionada e interdependiente. En suma, el fin último del apego es asegurar y aumentar las oportunidades de supervivencia del bebé (Siegel, 2010).

### **Bases biológicas del apego**

El apego es un fenómeno dado durante los primeros años entre el infante y sus cuidadores, el cual permite un sano desarrollo del mismo, es decir un apego seguro. El mismo, posee bases biológicas que respaldan la teoría establecida por Bowlby a mediados del siglo pasado. Beltrame (2011) indica que desde una perspectiva operativa neurológica el apego es descrito como un término que permite establecer y mantener relaciones sociales. Por su parte, Siegel (2010) indica que el apego es un sistema innato del cerebro que evoluciona de forma en que se influyen y organizan procesos motivacionales, emotivos y amnésicos relacionados con las figuras protectoras significativas. Esto conlleva a que el infante se motive y busque la proximidad y comunicación con sus cuidadores.

Las experiencias y vinculaciones tempranas del individuo suelen inscribirse en el hemisferio derecho. El mismo es de desarrollo más precoz y dominante durante los primeros tres años de vida (Schore, como se citó en Enríquez, Martínez, Ladrón, Montilla & Padilla, 2011). En dicho hemisferio, añaden los autores, se ubica el sistema afectivo básico y primitivo implicado en la modulación emocional primaria y su dominancia se manifiesta en expresiones faciales, gestos espontáneos y comunicación emocional. Adicional a esto, se señala que el sistema de apego puede tener influencia en las redes neuronales desarrolladas en el sistema límbico cerebral (Prada, 2004).

Barudy & Dantagnan (2010) refieren que el apego es una capacidad innata, la cual se encuentra genéticamente configurada y de ella depende la supervivencia del individuo. Añaden, que el ser humano posee dos capacidades innatas que le permiten el establecimiento de apego y son: empatía y capacidad de apego. Barg (2011) indica que la información biológica del apego es limitada, sin embargo, se ha demostrado que el sistema de apego ha evolucionado de procesos primitivos y su establecimiento implica la liberación de ciertos neurotransmisores a nivel sanguíneo, tales como: oxitocina y prolactina. Además, describe que la concentración plasmática de las endorfinas aumenta, por lo que el apego posee cierta connotación placentera.

El sistema de apego conlleva a la satisfacción de ciertas necesidades biológicas orientadas al placer, esto se comprueba con la liberación de endorfinas dada durante su establecimiento. Tal y como lo refieren Hofer y Sullivan (como se citó en Barg, 2011) el apego es un sistema de regulación del sistema psicobiológico, ya que promueve funciones corporales básicas para un sano desarrollo, ejemplos de esto son: aumento de calor, distensión gástrica, aumento en receptores gástricos del infante durante la alimentación, aumento de la hormona de crecimiento, regulación de ritmo circadiano.

### **Tipos de apego**

Existen diversas formas en las que el apego puede presentarse. Las mismas fueron establecidas por Bowlby, Ainsworth y Main. El primer tipo de apego descrito es denominado: apego seguro. Este tipo de apego permite un sano desarrollo del infante y se distingue por una interacción en la cual el cuidador ha actuado como base segura.

El cuidador que fomenta el establecimiento de este tipo de apego suele ser sensible y capaz de brindar una respuesta apropiada a las solicitudes y peticiones del infante (Cantón y Cortés, 2000). Sánchez (2011) indica que los niños que establecen este tipo de apego han aprendido que sus cuidadores no fallarán, por lo que son incondicionales y capaces de brindar cuidados, amor, protección y valor.

Rygaard (2009) refiere que en los estudios realizados por Ainsworth se describió el tipo de apego inseguro de tipo evitativo. El mismo también fue descrito por Bowlby y se caracterizó por comportamientos evasivos dirigidos hacia el cuidador. Ante esto se sugiere que el niño se encuentra desvinculado de las figuras de apego, por lo que no lo implica en sus actividades. Otra característica esencial de este tipo de apego es que el cuidador evita interactuar con el infante al percibir su imagen de rechazo o desinterés.

Otro tipo de apego es el inseguro de tipo ambivalente, también denominado de resistencia. Éste se caracteriza por conductas interactivas limitadas, dirigidas del infante a su cuidador. Existe una conducta ambivalente de aproximación y rechazo (Cantón y Cortés, 2000). Main y Weston (como se citó en Cantón y Cortés, 2000) describieron el cuarto tipo de apego y lo denominaron desorientado o desorganizado y caracteriza a los infantes con conductas contradictorias de búsqueda y evitación. Adicional a esto exhibe movimientos y expresiones con limitados sentido, por lo que son desorientadas o incompletas.

Los movimientos suelen ser asimétricos, estereotipados, con posturas anómalas. Este apego suele desarrollarse ante la concepción amenazante de las figuras de los cuidadores.

## Trastornos de apego

El apego desarrollado durante los primeros meses de vida, predispone al sujeto en el tipo de conductas que utilizará durante la adolescencia y adultez (García, 2013). Ante esto es importante el establecer un tipo de apego seguro con el infante. En caso contrario, pueden desarrollarse tipos de apego alterno que pueden predisponer al desarrollo de trastornos de apego. Termini, Golden, Lyndon & Scheaffer (2009) expresan que personas diagnosticadas con desorden de apego reactivo tienden a magnificar las situaciones.

Asimismo, poseen una visión negativa ante determinados eventos, a los cuales brindan soluciones irreales. Estos trastornos, tal y como lo refiere Dómenech – Llaberia & Ballabriga (1998) carecen de clasificación psicopatológica, sin embargo predisponen e influyen al desarrollo de otros trastornos emocionales posteriormente.

Para Rygaard (2009) uno de los trastornos de apego es el síndrome de apego reactivo, el cual se caracteriza por la vivencia de acontecimientos traumáticos que influyen en la manera en que el infante establece relaciones interpersonales, percibe el mundo e interactúa con su entorno. Este diagnóstico guarda estrecha relación con el de Trastorno de Apego Reactivo dado por la Asociación Americana de Psicología, APA (2015) el cual caracteriza a los niños que presentan un patrón constante de comportamiento inhibido emocionalmente retraído y dirigido hacia los cuidadores adultos. El mismo, expresa manifestaciones desadaptativas a nivel social y emocional.

Todo esto mantiene su etiología en un patrón de cuidados insuficientes.

Por su lado, Díaz & Blánquez (2004) señalan que no existe una clasificación dimensional o categórica satisfactoria para los trastornos asociados con el apego. Sin embargo, Zeanah y Colegas han buscado sistematizar la clasificación psicopatológica de los trastornos de apego o de la vinculación. La clasificación propuesta por los autores es la siguiente:

- a. Trastornos del vínculo no establecido: los problemas emocionales se presentan previo al establecimiento del vínculo. En este rubro se clasifican las patologías relacionadas con el abuso, institucionalismo, drogadicción y/o alcoholismo en los padres con graves trastornos mentales.
- b. Trastornos de vinculación indiscriminada: evidencia historia de larga separación o distanciamiento con el cuidador primario o figura de apego. Describe a aquellos sujetos que poseen diversas figuras de apego y no logran establecer un vínculo significativo con ninguna de ellas.
- c. Trastorno por vinculación inhibida: en estos casos existe limitada o nula presencia de las figuras de apego. Se presenta con mayor incidencia en niños institucionalizados, hospitalizados o con padres enfermos.
- d. Trastorno por vinculación agresiva: presencia de sentimientos de rabia y frustración en las figuras de apego. El niño adopta dichos sentimientos y los personaliza. Responde con conductas agresivas a su entorno.
- e. Trastornos por vinculación invertida: El

niño asume un rol parental y exterioriza conductas dominantes y controladoras hacia la figura de apego.

- f. Ansiedad por separación: El infante brinda conductas protectoras a los cuidadores, ante esto teme que pueda acontecer algo negativo con la figura de apego. El infante teme por su propia seguridad y denota dependencia a la figura de apego. Existen casos en los que la figura de apego teme activamente por la seguridad del infante.

Los modelos de clasificación diagnóstica relacionados con trastornos de apego son limitados, sin embargo han existido intentos para establecer algunos, tal y como es el caso anterior. Greenberg (como se citó en Cantón y Cortés, 2009) refiere que el apego es un factor determinante de su vida futura. Por lo que una estimulación sana y adecuada puede permitir que éste se adapte a su entorno de forma efectiva. En caso contrario, se le predispone al desarrollo de problemas emocionales que pueden tener implicaciones en su desarrollo y ejecución posterior.

### **Método Sentia**

Con el objetivo de intervenir en problemas relacionados con el apego, existen diversos autores que han establecido algunos métodos terapéuticos con el fin de fomentar el establecimiento de apego seguro, entre ellos se encuentran: Método de Susan McDonough, Método Watch, Wait and Wonder, Método de Diane Benoit, Terapia Ambiental, Theraplay® (Díaz y Blánquez, 2004; Rygaard, 2009 Booth & Jernberg, 2010). Dentro del contexto latinoamericano, los estudios relacionados con apego son limitados, al igual que sus programas de intervención es por ello que Rivera (2014a) realizó

un estudio con el objetivo de identificar las principales características que promueven el apego seguro y con base en ellas establecer un método de intervención terapéutica, denominado: Método Sentia, Método de Experiencia Vincular.

El método se denominó Sentia con el fin de hacer referencia a la diosa romana Sentia, quien era la protectora de la salud y el desarrollo mental del niño (Hierro – Majahonda, 2011). Rivera (2014b) describe el método como una experiencia de vínculo, la cual corresponde a la ligadura entre dos o más personas en una familia. Se denomina método, ya que sigue una serie de pasos ordenados, los cuales buscan que el cuidador y el niño establezcan vinculación segura (Lecannelier, 2007). El método se dirige a cuidadores e infantes. El primero es descrito como aquel que atiende las necesidades físicas y emocionales del segundo (Astudillo, et al., 2008 como se citó en Barrón & Alvarado 2009).

Sentia surge con el objetivo de promover salud mental personal en el cuidador y el infante, ya que busca que ambos adquieran capacidades y conductas que permitan su sano desarrollo diádico y personal. Asimismo, busca psicoeducar al cuidador con respecto al apego y los cuidados protectivos

(Rivera, 2014). Las conductas parentales establecidas se basan en la revisión de 21 unidades de análisis, las cuales permitieron delimitar la frecuencia con que las mismas se presentaban. Las conductas descritas se dividieron en dos grupos etarios de 0 a 2 años y de 2 a 11 años.

En el primer grupo las conductas identificadas fueron: a) Mantener contacto físico, b) Mantener contacto verbal o comunicacional, c) Atender los cuidados básicos y/o fisiológicos, d) Estimular al infante, e) Interactuar. Mientras que en el segundo las conductas fueron: aceptar, socializar, vincular y apegarse, brindar cuidados básicos y/o fisiológicos, dar importancia y permitir experimentar y expresar y fomentar valores (Rivera, 2015). Con el fin de llevar a cabo el programa se decidió englobar las conductas semejantes en distintas dimensiones, denominados: dominios vinculares que son: a) Proximidad y Presencia Parental, b) Contacto Verbal y Comunicacional, c) Nutrición y Protección, d) Socialización y Estimulación, e) Estructura y f) Práctica o trabajos para casa. A continuación, se presenta una tabla en la que se detallan las dimensiones descritas por Rivera (2014b):

<b>Dominio Vincular</b>	<b>Características</b>
Proximidad y Presencia Parental	Contacto físico regular, constante y cariñoso. Ejemplos: palmoteos, caricia, juegos de contacto, contacto físico afectivo, etc.
Contacto Verbal y Comunicacional	Emisión y aceptación comunicativa, esto mediante la emisión de gestos, palabra, comentarios y balbuceos, etc.
Nutricional y Protectivo	Conductas parentales dirigidas a suplir las necesidades básicas y fisiológicas, tales como: nutrición, alimentación, seguridad, vivienda, pertenencia, etc.

Socialización y Estimulación	Dimensión que fomenta la discusión, reflexión y exposición de vivencias. Promueve la experimentación por parte del infante y conocimiento, ejemplos de ella son: historia personal, social y cultural.
Estructura	Se relaciona con la necesidad de una estructura social, que le permite formar identidad y creer en valores. Existe ejemplos de conductas parentales como: modelado, disciplina, moldeado y fomentación de valores.
Práctica o trabajos para casa	Consta de actividades prácticas para ejecutar en el hogar o un periodo posterior a la sesión. Algunas de estas son: actividades de integración familiar, actividades de integración social, actividades de integración paterno-filial y actividades de cuidado personal infantil y parental. Este último hace alusión al tiempo personal y crecimiento de cada uno de los participantes.

Fuente: Rivera (2014b).

Para llevar a cabo el método es necesaria la participación del cuidador y el infante. Rivera (2014b) define el primero como “aquella persona de sexo femenino o masculino que ejerce actos que proveen cuidado y protección a un infante.” (p. 11). El infante es descrito como el sujeto inmaduro, que requiere de cuidados para permitir su sano desarrollo emocional y físico. Para ejecutar el método se debe contemplar los siguientes elementos: participantes, escalas y test de evaluación, cuarto de juegos y espacio Sentia. Los participantes son los integrantes de la diada cuidador – infante.

El primero debe ser una persona con apertura y deseo de mejora e involucramiento

con el infante. Las escalas y test de evaluación son una serie de elementos con el fin de adquirir mediciones e indicadores objetivos relacionados con las conductas parentales. Algunas de las escalas planteadas son: Escala de Massie – Campbell, Test de Evaluación de Conductas Parentales, Valoración de Habilidades Parentales, entre otros.

El elemento de Curato de Juegos es utilizado durante el proceso de evaluación, el cual se realiza en modo de observación directa. Éste debe disponer de equipo de audio y video para que la observación no sea intrusiva. Además, deberá conformarse por juguetes que cumplan con las características planteadas por Tobar (2013) de buen juguete, el

cual permite agudizar la inteligencia del niño, responder a sus intereses y crear otros nuevos. Algunos de los juguetes básicos del espacio son descritos por Axline (1975) y son: casa de muñecas, familia infantil, botellas para alimento, soldados de juguete, material doméstico, vestidos de muñecas, títeres, crayones, yeso, pinturas, mazo de madera, pistola de juguete, arena, animales de juguete, papel, etc.

Con el fin de llevar a cabo una aplicación estandarizada del método el terapeuta debe cumplir con ciertas características. Rivera (2014b) señala que las mismas son: habilidades sociales, capacidad de relacionarse, receptividad y apertura, afinidad por el área psicológica humanista, inteligencia emocional e intrapersonal, ser activo y directivo, empático y colaborador y estar capacitado en la utilización del método.

Como se mencionó con anterioridad Sentia, al ser un método, debe seguir una serie de pasos ordenados. Los mismos son de tipo flexible y ajustable a los participantes. Dichos pasos constan de: evaluación, psicoeducación, formulación del plan, desarrollo del plan y sesiones de seguimiento (Rivera, 2014b). El primero consta de un número de dos a tres sesiones en los cuales se realiza una entrevista al cuidador e infante, asimismo, se busca realizar una observación de juego interactivo entre el cuidador y el infante, además de evaluar utilizando una serie de escalas ligadas a las conductas parentales efectivas para establecer apego seguro.

La psicoeducación se realiza con el fin de psicoeducar a los participantes en el método a utilizar, así como la importancia del apego y su sano desarrollo. Posterior a ello el terapeuta presenta al cuidador la formulación del plan o estructura de sesiones que se darán con el fin de promover el

apego seguro. El desarrollo o ejecución del plan se lleva en un promedio de 12 a 15 sesiones en las que se realizarán actividades orientadas a estimular los distintos dominios vinculares involucrados en el establecimiento del apego seguro. Al culminar el desarrollo del plan terapéutico, el terapeuta establecerá una serie de sesiones de seguimiento, las cuales serán de forma quincenal o mensual, acorde al caso, en un número de dos a tres con el fin de corroborar que las conductas parentales hayan sido adquiridas.

Al llevar a cabo el programa de intervención, el número de sesiones varía de 4 a 5 mensuales. En las cuales se darán tres sesiones continuas de intervención orientada a ambos participantes y una dirigida al cuidador con el fin de aclarar dudas, psicoeducar e identificar cambios. Durante el desarrollo del plan el terapeuta debe mantener la estructura de la sesión acorde a lo planteado por Rivera (2014b), quien establece que las sesiones de intervención deben dividirse en los siguientes momentos: a) Juego de manos es de hermanos, no de villanos; b) Cantando con el corazón y a todo pulmón; c) Vinculando y Dominando, d) El secreto a voces y e) Hasta luego.

A continuación se presenta una tabla en la que se detalla información de cada uno de los momentos de la sesión de intervención, cabe destacar que las actividades propuestas pueden modificarse acorde a las características de los participantes. Sin embargo, el terapeuta debe contemplar que toda actividad debe cumplir con los siguientes criterios: buscar proximidad, ser efectivas y congruentes, mantener contacto ocular, tener canal de comunicación abierto, ser participativas y colaborativas, ser alegres y coherentes, mantener contacto físico y ser responsivas.

<b>Momento</b>	<b>Descripción</b>
Juego de manos es de hermanos, no de villanos	Juego de manos en el que da la bienvenida a la diada. Esta actividad es propuesta y creada por los participantes, quienes estructuran una melodía que puede ser ejecutada con las manos.
Cantando con el corazón y a todo pulmón	Canción de bienvenida que cada diada dirige a otras – en caso la terapia sea grupal – la misma puede ser sugerida por el terapeuta o alguno de los participantes
Vinculando y dominando	Área de ejecución de las actividades que estimulan los distintos dominios vinculares. El terapeuta deberá brindar el material y las instrucciones para llevar a cabo las actividades. Las mismas son dirigidas por el terapeuta, pero ejecutadas por los participantes.
El secreto a voces	El terapeuta colocará música suave y realizará un ejercicio de respiración y relajación (puede involucrar mindfulness). Posterior a ello cada participante narrará su experiencia al otro al oído.
Hasta luego	Cada diada realizará una rima breve en la cual exteriorice lo experimentado durante la sesión.

Sentia es un método alternativo que busca, mediante terapia individual o grupal fomentar el desarrollo de conductas parentales que promuevan apego seguro. Con ello puede reducirse la incidencia de problemas ligados con trastornos de apego. La esencia del método se basa en la concepción del apego como un factor instintivo humano que permite su supervivencia y del cual depende el tipo de relación que este establecerá posteriormente (Schaffer, 2000). Ante esto se concluye que Sentia posee una fundamentación teórica basada en 21 unidades de análisis las cuales cumplen con los criterios establecidos por Núñez (2002) quien considera que los aspectos que deben considerarse para la elección del material bibliográfico son la autoridad que posee el autor para presentar la obra,

formación del mismo para brindar la información, vigencia de la obra literaria, utilización de lenguaje y material científico y la objetividad.

El apego es útil para la supervivencia del ser humano y le permite dar significado a su experiencia (Bowlby, 1983). Forma parte del desarrollo integral del individuo y le permite adquirir maduración a nivel físico y emocional. Ante esto se considera importante fomentar el desarrollo y práctica de conductas parentales que permitan establecer apego seguro y con ello se prevenga el desarrollo de problemas psicológicos, tales como: Síndrome de Apego Reactivo, el cual predispone a las personas a otra sintomatología de índole físico y emocional (Cantón & Cortés, 2000).  $\Psi$

## Referencias

- Asociación Americana de Psicología. (2015). *Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales, DSM-5*. México: Editorial Panamericana.
- Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Editorial Diana.
- Barg, G. (2011). Bases neurológicas del apego. Revisión temática. *Ciencias psicológicas*. 5(1). Recuperado de: [www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-40942011000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-40942011000100007&script=sci_arttext)
- Barrón, B. y Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Revista Incan*. 4. Recuperado de: <http://www.incan.org.mx/revista/incan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre. Fichas de trabajo*. España: Gedisa editorial.
- Beltrame, G. (2011). Bases Neurobiológicas del Apego. Revisión temática. *Ciencias psicológicas*. 5(1). Universidad Católica del Uruguay. Recuperado de: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212011000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212011000100007&script=sci_arttext)
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*. España: Paidós Iberoamérica.
- Booth, P. y Jernberg, A. (2010). *Theraplay. Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. (3ª. Ed). United States of America: Pb Printing.
- Cantón, J. y Cortés, M. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores*. España: Alianza Editorial.
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. Estados Unidos de América: Prentice Hall.
- Díaz, J. y Blánquez, M. (2004). El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*. 4(1). Recuperado de: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d1542915/EL%20V%C3%8DNCULO%20Y%20PSICOPATOLOG%C3%8DA%20EN%20LA%20INFANCIA:%20EVALUACI%C3%93N%20Y%20TRATAMIENTO.pdf>
- Doménech – Llaberia, E. y Ballbriga, M. (1998). *Actualizaciones en psicopatología infantil II (De cero a seis años)*. España: Servei de Publicacions.
- Enríquez, A., Martínez, M., De Juan, Y. Montilla, I. y Padilla, P. (2011). *Protocolo de exploración neuropsicológica del aprendizaje relacional infante – juvenil*.
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. España: Desclée De Brouwer.
- García, T. (2013). *El apego seguro es el que conviene a nuestra sociedad*. Recuperado de: <http://www.bebesymas.com/desarrollo/el-apego-seguro-es-el-que-conviene-nuestra-sociedad-entrevista-a-la-psicologa-teresa-garcia>
- Kliegman, R., Behrman, R., Jenson, H. y Stanton, B. (2009). *Nelson Tratado de Pediatría* (18ª. Ed.). Volumen 1. Estados Unidos de América: Elsevier Saunders.
- Lecannelier, F. (2007). *Escala Massie – Campbell de observación de indicadores de apego madre – bebé en situaciones de estrés. Manual de administración, codificación y guía de conductas problemáticas en el apego*. Recuperado de: [http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/m/pubmosquedaangelica/site/artic/20090907/asocfile/manual\\_massie\\_ca\\_pbell\\_2007.pdf](http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/m/pubmosquedaangelica/site/artic/20090907/asocfile/manual_massie_ca_pbell_2007.pdf)
- Marrone, M. (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual (2ª. Ed.)*. Madrid, España: Psimática.
- McCright, B. (2010). *Attachment disorder and Adoptive Family*. Recuperado de: <http://www.theadoptioncounselor.com/pdf/Attachment%20pamphlet.pdf>
- Núñez, M. (2002). Criterios para la evaluación de la calidad de fuentes de información sobre salud en internet.
- Otsubo, et al. (2004). *Manual de desarrollo integral de la infancia*. Argentina: ACF International Network. Recuperado de: [http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/manual\\_desarrollo\\_infantil\\_0.pdf](http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/manual_desarrollo_infantil_0.pdf)
- Pearce, C. (2009). *A short introduction to Attachment and Attachment disorder*. United States of America: JKP Short Introductions.
- Prada, J. (2004). *Madurez afectiva, concepto de sí y la adhesión en el ministerio sacerdotal*. Colombia: San Pablo.
- Riso, W. (2005). *Guía práctica para vencer la dependencia emocional*. Chile: Phröresis.

Rivera, M. (2014a). *Conductas parentales involucradas en el establecimiento del apego seguro en infantes de 0 a 11 años de edad*. Tesis inédita de licenciatura. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Rivera, M. (2014b). *Método Sentia, Método de Experiencia Vincular*. Guatemala: Autor.

Rivera, M. (2015). Conductas parentales involucradas en el establecimiento de apego seguro en infantes de 0 a 11 años de edad. *Revista Perspectivas*. 1 (1) pp. 83 – 100.

Rygaard, N. (2008). *El niño abandonado*. España: Gedisa.

Sánchez, M. (2011). *Apego en la infancia y apego adulto. Influencia en las relaciones amorosas y sexuales* (Tesis inédita de magister). Universidad de Salamanca, España.

Schaffer, R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI editores.

Scheaffer, B., Golden, J, Bridgers, K. y Hall, C. (2009). Nonverbal processing and Social Competency in Children with Reactive Attachment Disorder. *Behavioral*

*Development Bulletin*. 15. United States of America

Siegel, D. (2010). *La mente en desarrollo*. España: Desclée De Brouwer.

Termini, K., Golden, J., Lyndon, A. y Scheaffer, B. (2009). Reactive attachment disorder and cognitive, affective and behavioral dimensions of moral development. *Behavioral developmental*. 15. ISSN: 1942 – 0722.

Tobar, C. (2013). *Propuesta de un modelo de ludoteca infantil comunitaria para el desarrollo integral de la niñez*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Yáñez, A. (2010). *Teoría del cuerpo social* (Tesis de doctorado inédita). Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.