



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

70
20j

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**APARICION Y DESARROLLO DE ALTERACIONES
EMOCIONALES DEL NUCLEO FAMILIAR**

INFORME FINAL DEL SERVICIO SOCIAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
GARCIA PERALTA LUCILA**

ASESOR : PROFE. GERMAN GOMEZ PEREZ

**Institución Donde se Realizó el Servicio Social
I M S S**

Periodo: Del 1 de Agosto de 1990 al 31 de Enero de 1991

México D. F. 1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer sinceramente la ayuda que me proporcionaron, especialmente los profesores, GERMAN GOMEZ y RICARDO MEZA, ya que debido a sus orientaciones permitieron que este trabajo pudiera acercarse lo más posible a la realidad, así como también gracias a sus indicaciones, me enseñaron que en lo sucesivo es necesario ver más allá de las apariencias.

Gracias maestros.

DEDICATORIAS

A ENRIQUE VERA:

Por su tiempo y apoyo
destinados a este trabajo.

A MIS HIJOS:

Porque sé que algún día
experimentarán la satisfac-
ción que da el conocimiento.

A MIS COMPANERAS:

Que saben lo valioso de
nuestra carrera, la cual
nos ha enseñado a querernos
y aceptarnos como somos.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	5

CAPITULO I

1. Problemas de conducta.	
1.1. Definición.....	9
1.2. Etiología.....	16
1.2.1. Factores psicológicos.....	18
1.2.2. Factores psicosociales.....	19
1.2.3. Factores fisiológicos.....	23

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
---------------------------------	----

CAPITULO II

2. Familia.	
2.1. Definición.....	28
2.2. Comunicación familiar.....	31
2.3. Desintegración familiar.....	34
2.4. Intervención del terapeuta.....	38

CAPITULO III

3. Métodos de Tratamiento.	
3.1. Antecedentes.....	44
3.2. Terapia conductual.....	49
3.3. Terapia de juego.....	51
3.4. Tácticas psicoanalíticas.....	53
3.5. Táctica centrada en los clientes de Axline.....	55
3.6. Terapia familiar.....	57
3.7. Terapia con drogas.....	58
3.8. Terapia breve.....	59

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	64
---------------------------------	----

CAPITULO IV

4.	Elementos de Análisis en la neurosis familiar.	
4.1.	Aspecto emocional.....	66
4.2.	Rivalidad Fraternal.....	68
4.3.	Dependencia emocional.....	70
4.4.	Sistema familiar (relación PADRE-MADRE-HIJO).....	73
4.5.	Disciplina.....	82
4.6.	Problemas Psicossomáticos.....	84
4.7.	Robo y mentira.....	88
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	91

CAPITULO V

5.	Objetivos.	
5.1.	Objetivos a nivel institucional.....	92
5.2.	Objetivos del Programa de Servicio Social.....	93
5.3.	Objetivos a Nivel Estudiantil.....	94
5.4.	Objetivos a Nivel Personal.....	95

CAPITULO VI

6.	Características Generales de la Institución.....	96
----	--	----

CAPITULO VII

7.	Actividades desarrolladas	
7.1.	Metodología.....	101
7.2.	Estudio de Caso.....	107

CAPITULO VIII

8.	Análisis	146
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	194

CAPITULO IX

9.	Resultados y Conclusiones.....	185
	PROPUESTAS	193
	BIBLIOGRAFIA	198
	ANEXOS.....	203

INTRODUCCION

Actualmente, aunque nuestra sociedad está alcanzando un amplio desarrollo, en varios aspectos: tecnológico, científico y avances increíbles en medicina, producción y otros campos, se están originando simultáneamente con ello, una red más compleja en cuanto a las relaciones humanas, que es innegable en el diario vivir, por ejemplo: la supervivencia; encontrar los objetivos de nuestra propia existencia o transformar y dominar el medio, sin que se rompa el equilibrio y/o nos cause ansiedad.

De hecho el hombre es un ser inteligente, es capaz de crear, dominar, de superar un sinnúmero de obstáculos, incluso de desafiar su propia naturaleza, sin embargo, muchas veces queda prisionero de sí mismo, de sus emociones y sentimientos; de su angustia o soledad, llevándolo invariablemente a desaprovechar parte de su potencial, bloqueando de esta manera la gran oportunidad que posee de disfrutar de su vida al máximo.

Es este hecho el que me lleva a iniciar, un análisis sobre el origen y desarrollo de los trastornos emocionales y de conducta que afectan considerablemente a una gran parte de la población atendida en una de las Clínicas del Seguro Social (80% aprox.). Asimismo, es uno de los factores que considero pueden influir en la aparición de dichos trastornos, debido a la frecuencia de su aparición, en casos atendidos, es la AFECTIVIDAD, cuya naturaleza juega un papel fundamental para el desarrollo óptimo del individuo (conjuntamente con otros), proporcionándole a éste no sólo los elementos básicos para su adaptación continua, sino la base para enfrentarse con sus propias limitaciones

ante cualquier problema que se presente.

Otro factor del que se ha hablado mucho, es el de la FAMILIA, cuyas características determinan en gran medida la personalidad del individuo, conjuntamente con su herencia biológica y el medio que le rodea.

Es pues el ambiente, cálido o agresivo, el que influye de manera considerable sobre nuestra manera de actuar. Pudiera ser esto exagerado, pues algunos acontecimientos posteriores, también dejan su sello, a veces en contradicción con el de la infancia, sin embargo, quizá somos impresionables en cualquier edad, debido a nuestra fragilidad (sobre todo en la niñez), lo que ha sido comunmente asociado a los trastornos emocionales y de conducta.

Realmente en la niñez se marcan líneas que trazan nuestra personalidad, debido a que es una etapa delicada, es decir una de las condiciones que más nos afecta, es aquello, que nos rodeó durante esta etapa: la sonrisa materna, un pleito de los padres, un divorcio, un maltrato, caricias, un ambiente agradable, el nacimiento de un hermano, el modo en que se nos enseñó la sexualidad, el aspecto religioso, el saber que se esperaba demasiado de nosotros, entre otras cosas. Somos quizá, en gran parte, el producto de éstos y otros aspectos del ambiente que respiramos cuando la niñez.

De ahí se deriva la importancia de la familia como instancia de formación de seres, que inicialmente son indefensos y vulnerables, el dotar a estos seres de recursos para MADURAR es quizá, uno de los objetivos principales de la verdadera familia.

3

Proporcionar dichos elementos al niño equivaldría a decir: no más niños llenos de culpa, de ansiedad y miedos; menos adolescentes confundidos en una sociedad cambiante, que presenta modelos de conducta caducos; no más matrimonios que están originando nuevos patrones, pero esencialmente dañados, muy similares a las anteriores generaciones, lo cual va en aumento.

De manera inexplicable, no existen recursos para frenar adecuadamente estas condiciones de vida emocionalmente lastimadas, pues su crecimiento rebasa los servicios de aquellas instituciones destinadas a mejorar la calidad de vida, es decir, todos aquellos sectores que diariamente pulsan las dificultades: la escuela y los centros destinados a la conservación de la Salud (IMSS, DIF, SSA, y otras), aparejado a un sinnúmero de problemas a nivel económico, pero que no justifica se ignore la búsqueda de espacios para abordar de manera rápida y eficiente los problemas como los mencionados.

Retomando a la afectividad como uno de los elementos que puede ser la clave para entender el origen de diversos problemas de conducta en el niño, cabe mencionar como dato curioso e importante, que el agresor más frecuente del niño es precisamente su propia madre, según datos estadísticos presentados durante el Congreso Mundial de la Federación Internacional para la Educación de los Padres en 1980:

AGRESOR	IMSS	DIF	DDF
Madre	50%	44%	47%
Padre	30%	24%	27%
Padrastra	20%	8%	15%
Madrastra	*	24%	20%

(* No se aportó el dato).

Lo anterior nos lleva a cuestionarnos sobre la relación que la madre mantiene con sus hijos, y qué tanto esto influye para desarrollar problemas en ellos.

Así, también es necesario reconocer que existe una gran discrepancia entre los que experimentan trastornos afectivos (que de acuerdo a las estadísticas de la Facultad de Medicina de la UNAM (1989), es de un 20 a un 25% aproximadamente), y aquellos que manifiestan tenerlos autoreconocidamente. De algún modo este aspecto tan interesante remarca la incomodidad e insatisfacción de problemas actuales de nuestra vida cotidiana.

Reflexiones como las anteriores enmarcan la importancia de un caso analizado, durante el Servicio Social, que reúne y resume elementos característicos de sistemas disfuncionales, comunes en la mayor parte de las familias que se atendieron. Su frecuencia (80%) permite resaltar la necesidad de estudiar más a fondo causas y condiciones para establecer una intervención adecuada a cada caso.

En este trabajo se mencionan algunos conceptos que permiten contrastarlos con la realidad del caso analizado. También se detallan las características de la dinámica de la familia estudiada (información recopilada durante 9 sesiones), para hacer después un análisis clínico y establecer, en lo posible, un diagnóstico adecuado y un tratamiento basado tanto en aspectos teóricos de Terapia Familiar, Cognitivos-conductuales y Psicoanalíticos, los cuales son tomados de forma un tanto parcial, ya que cada uno de ellos aporta elementos valiosos para un tratamiento con resultados rápidos y efectivos.

JUSTIFICACION

Atendiendo a las características de la institución donde estuve prestando mi Servicio Social, esto es en la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, pude darme cuenta que existe una gran demanda de personas que solicitan el Servicio de Salud Mental, por llamarlo de algún modo, ya que las personas desconocen la mayor de las veces la forma en que se trabaja, y aún más, tienen ideas erróneas de lo que se hace en Psicología.

Pese a ello, es importante resaltar que dentro de la misma Unidad (información recibida de los médicos de cada consultorio, a través de un cuestionario, ver anexo), se carece de recursos (quizá políticas de la misma institución) para satisfacer dicha demanda. Es decir, la población que asiste las más de las veces, recurre al médico, a las trabajadoras sociales e incluso a las asistentes, en busca de un consejo, de ser escuchado u orientado.

No considero sin valor la ayuda que éstos puedan proporcionar, sin embargo, creo que no es la alternativa adecuada, ya que algunas veces se presume que la atención es deficiente en algunos aspectos y por lo tanto difícil que puedan cubrir otros.

Cabe aclarar que la participación del Servicio de Psicología no está contemplado en el programa de Salud para la atención al derecho-habiente, específicamente en clínicas; pero considero que es necesaria, ya que de acuerdo a la naturaleza de los objetivos que se persiguen, la labor del psicólogo contempla una área más precisa y completa y pudiera ser de gran utilidad para

formar una verdadera unidad multidisciplinaria.

Dentro de su política, también es importante mencionar que las personas con problemas psicológicos son atendidos por médicos, quienes propician de alguna manera el consumo de medicamentos como paliativos a largo plazo, o bien, son canalizados al Servicio de Psiquiatría.

Considero que la gravedad de este procedimiento es no contar con un Servicio Integral (Médico-Trabajador Social-Psicólogo), dentro de la misma Unidad.

Este servicio se utilizaría como mediador entre ambos servicios; por un lado, apoyo médico para el psicólogo y un tratamiento menos agresivo para el paciente ya que existe renuencia en él ante la idea de ser tratado psicológicamente, y más aún, la idea de ir a "parar" al Psiquiátrico, cuya connotación le es impactante.

El caso que expongo a continuación, fue elegido debido a que presenta un elemento en común a los demás:

LA CARENCIA DE AFECTO Y LA INSUFICIENTE MANIFESTACION DEL MISMO; ES UNA CONSTANTE EN LAS PERSONAS QUE PRESENTAN PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA.

LA SATISFACCION DE ESTA DEMANDA ES UN ELEMENTO INDISPENSABLE PARA EL AJUSTE PSICOLOGICO DEL INDIVIDUO.

Asimismo, fué elegido debido a que reúne, de alguna manera, algunos aspectos de los demás que se atendieron, como las consecuencias de la disciplina autoritaria, tabúes y creencias, que determinan la moral y la forma de conducirse.

Por otro lado, contempla la compleja red de las relaciones familiares, así como el trasfondo de las influencias entre sus miembros.

Debido a factores como disponibilidad de los pacientes, la idea de que los problemas emocionales se resuelven con recetas, prejuicios, resistencias, apatía, problemas de horario laboral que impiden faltar a él, entre otros, obstaculizaron en los casos restantes, que se llevara a cabo un tratamiento continuo: por tal motivo, se pretendió exponer éste, ya que fue la disponibilidad, sobre todo, de la madre del niño atendido, la que permitió llevar a cabo una serie de sesiones, a fin de conseguir un panorama más amplio de su problemática.

Desafortunadamente, para los fines que un tratamiento pretende, considero que el tiempo fué corto, pues las raíces de los problemas emocionales, en la mayoría de los casos atendidos son muy arraigados por lo que es imposible que los tratamientos sean demasiado cortos.

Además, creo que una terapia dará resultados satisfactorios si existen las condiciones que la favorezcan en calidad y cantidad: deseos realmente de cambio, disponibilidad, análisis de las condiciones materiales y recursos institucionales y de las posibilidades de cada paciente. Asimismo, contemplar las limitaciones del propio psicólogo y las del paciente, es decir, ubicarse en un plano real, ya que se observa que la presencia de estas limitaciones van a entorpecer el desarrollo ideal de una terapia.

Por tal motivo, es impropio metodológicamente el generalizar de este caso específico, sin embargo, sí es congruente hablar de que existen elementos que nos permiten "inferir" sobre los problemas que nos ocupan, proporcionándonos infinidad de alternativas para un buen tratamiento.

CAPITULO I

1. Problemas de conducta.

1.1. Definición.

De acuerdo a D. Lagache (1951) CONDUCTA es "el conjunto de acciones materiales o simbólicas por las cuales un organismo en situación, tiende a realizar sus posibilidades y a reducir las tensiones que amenazan su unidad, poniéndolo en movimiento".(1)

Es difícil llegar a una conclusión de los que son los trastornos de conducta, ya que para ello es necesario definirlos en términos de "normalidad" y adaptación, y abrir un debate sobre la estabilidad de las características conductuales del niño y sobre todo teniendo en cuenta que se encuentra en etapas continuas de ajuste y sujetas a las normas o estándares culturales con los que posteriormente será evaluado.

Según el diccionario de Educación Especial el AJUSTE es un proceso constante donde la conducta habitual, se ve modificada, para mantenerse dentro de un nivel adecuado con el medio ambiente. El sujeto se somete en su totalidad, y este ajuste sólo se logra parcialmente, ya que, tanto el mundo interior como el exterior están en constante evolución, lo que lleva a precisar que la adaptación de un sujeto a su ambiente es compleja.

De acuerdo al concepto que da Piaget (1967), de ADAPTACIÓN, éste es descrito en términos de lograr el equilibrio activo del organismo con su medio a través de la asimilación y acomodación. De acuerdo a su teoría, en la primera, se integran en los esquemas y estructuras propias del organismo, elementos del entorno que son pertinentes para su supervivencia y a través de la aco-

modación el ambiente actúa sobre el organismo transformando sus estructuras.

Ambos aspectos, asimilación y acomodación, terminan por elevar el nivel de adaptación orgánica al plano de lo mental, con ventajas para la autonomía funcional del sujeto. Este concepto cognitivo subraya la participación activa del sujeto en la construcción del medio, el cual reobra sobre el individuo en una interminable sucesión de acciones recíprocas que lo llevan a adaptarse a las normas que establece la sociedad, en un determinado momento.

Los especialistas clínicos, al desarrollar normas o test para evaluar la conducta, se apegan a patrones diseñados para una determinada cultura y esto ocasiona con frecuencia que se le asigne a cualquier pequeña desviación el término de "anormalidad"

Al respecto De la Fuente (1989), subraya que el que la conducta de una persona se desvíe de las normas sociales no indica que sufra enfermedad mental, hasta pudiera pensarse que su inconformidad sea su índice de salud y fortaleza mental. Según este autor, refiere que el encontrar alteraciones mentales o conductuales en un momento dado en las personas, no hace que su comportamiento o un rasgo de la personalidad sea considerado como patológico por su mera presencia, sino más bien por su gravedad y efectos sobre la persona y los que le rodean.

En la actualidad, sin embargo, se reconoce que ningún niño está completamente libre de dificultades emocionales, de hecho, la existencia de problemas está tan difundida que algunos psicólogos dudan que sea apropiado considerar esas desviaciones como

anormales. A partir de un concepto estrictamente estadístico de la normalidad, es casi inadmisibile pretender considerar como desviados a cantidades tan grandes de niños con una muy variada gama de características conductuales.

Ahora bien, si todos los niños tienen problemas ¿cuál es la conducta infantil normal y cuánto tiempo debe durar para que se considere un niño trastornado? ¿Se considera conducta desviada a hacer o decir algo que no aprueban los padres o maestros?

El tema de normalidad en el niño es una cuestión de criterio para quien tiene que emitir un juicio sobre la conducta de los niños, porque los niños no deciden recibir tratamiento, sino que los envían los adultos. El niño puede no necesitar tratamiento, aún cuando lo crean así sus padres o maestros.

Shepherd, Oppenheim y Mitchell (1966), descubrieron que el envío a una clínica de Orientación Infantil se relaciona tan estrechamente con las reacciones de los padres (ansiedad, irritabilidad, carencia de capacidad para tratar con niños), como la morbilidad de los niños.

De modo similar, los maestros con tres a diez años de experiencia tienden a considerar los actos indeseables como más graves que los maestros con diez años de experiencia o más (Dobson, 1967).

Para ello podemos apegarnos a un método quizá idealista, que postule para cada individuo un ideal de conducta de acuerdo a su edad, sexo, a su nivel de desarrollo y determine si la persona en cuestión, "funciona" o no en ese nivel.

O bien, Bower (1970), refiere que el niño mentalmente sano deberá tener determinados elementos:

a) Manejo de símbolos.- Símbolos de lenguaje, matemáticos, del sonido, de la música.

b) Tratos con las autoridades.- Ajuste y aceptación de reglas y castigos al violarlas.

c) Vida con los grupos de coetáneos.- Aprender a ser individuo y a funcionar en su grupo de coetáneos.

d) Regulación de las emociones.- Control y manejo de emociones.

e) Libertad de espontaneidad, imaginación. Las conductas inhibidas pueden ser también irracionales como las impulsivas.

Por lo tanto, un niño necesita tener acceso a una vida emocionalmente rica, para poder manejar cada éxito y/o fracaso en forma apropiada.

Al respecto, el concepto de AFECTIVIDAD de acuerdo al diccionario de Educación Especial nos refiere que es "el conjunto de fenómenos psíquicos relacionados con la vida emocional y sentimental, que tiene su sustrato radical en la experiencia vivencial de agrado o desagrado, placer o displacer". Estos conceptos merecen una importancia vital ya que se ha asociado el desarrollo psicológico del individuo, de forma que cuando es insuficiente la afectividad, da lugar a la aparición de algunos trastornos psíquicos, que se manifiestan en las áreas de la personalidad (intelectual, actitudinal, compartamental, etc), como diversos autores han señalado, pues juegan un papel decisivo en el niño

las relaciones afectivas deficientes, como la han llamada ellas "carencia afectiva" (R. Spitz), "deprivación afectiva" (A.W Winnicott); "madre esquizofrénica" (G. Bateson). Por esta razón es posible considerar que la acción tranquilizadora de una madre es condición necesaria para el desarrollo óptimo de la afectividad del niño.

Estas deficiencias dan lugar a la aparición y desarrollo de determinados cuadros psicopatológicos en edades tempranas de la vida del niño: "piernas inquietas", "Síndrome de hiperquinesia"; entre las cuales se ha hallado una relación directa de estos trastornos con las carencias básicas afectivas.

En este sentido Ramón De la Fuente escribe:

"...dejando de lado las desviaciones más graves y explícitas de la conducta maternal como el abandono, la crueldad, la impaciencia, la alimentación forzada, etc., cuyas consecuencias son obvias, hay otras, cuya operación en muchos casos en forma velada y encubierta ha puesto en evidencia el psicoanálisis. La hostilidad, el rechazo, la sobreprotección, la seducción, el dominio, la indulgencia, etc., son actitudes que a menudo reflejan los conflictos neuróticos de los padres y que cuanto más sutiles son, tanto más patogénicas para los hijos..." (2)

Frecuentemente se utiliza "perturbación del comportamiento" o "infancia irregular" o bien, "niños difíciles" para ubicar cualquier desvío de la conducta en el niño.

Las dificultades que se asocian a la definición de la desviación se reflejan en la observación hecha por Kanner (1962), de que es importante obtener una definición del término de "niño con trastornos emocionales". Refiere que este término es demasiado amplio y difuso para tener valor científico y señala que, en general, los científicos analizan conceptos globales y nebu-

losos para obtener componentes y categorías específicas. Una definición muy citada fué la propuesta por Bower (1961) que observa que los niños con dificultades emocionales tienen una o más de las características siguientes:

1) Incapacidad inexplicable para aprender.- se debe observar que la incapacidad para utilizar la inteligencia propia en forma eficiente, que se manifiesta mediante una discrepancia apreciable entre el desempeño académico real y el esperado, tiene una importancia considerable como criterio de los trastornos emocionales en los niños; pero no en los adultos. Por esta razón, los alumnos que carecen de tolerancia a la frustración, límites de conducta social y aspiraciones, experimentan dificultades en la vida.

2) Incapacidad para lograr relaciones sociales satisfactorias con niños o adultos, incluso con las autoridades al no cumplir reglas.

3) Incapacidad para comportarse a un nivel que corresponda a su situación de desarrollo: es decir, el niño puede tener dificultades para seguir las funcionalidades en lo que se refiere a sus intereses y su conducta entre coetáneos.

4) Incapacidad para mostrar confianza y seguridad en sí mismo o para superar los sentimientos de tristeza.

5) Incapacidad para enfrentarse a situaciones tensas o conflictivas.

Aunque todos los niños presentan en algún momento de su vida algunas de estas incapacidades, para Bower, un niño es considerado como emocionalmente trastornado cuando estas características se presentan en forma marcada y durante un periodo prolongado,

es decir, considerará la frecuencia, la intensidad, la duración de la conducta, entre otras cosas para poder determinar si existe o no un trastorno emocional.

Para los fines de este trabajo se considerará como ALTERACION EMOCIONAL a la presencia de sentimientos ambivalentes e intensos que son vivenciados por el sujeto de modo angustioso, alterando así su estado de ánimo, dificultándole situarse ante sí mismo, ante los demás, al futuro, a la vida.

Así como también, se considerarán PROBLEMAS DE CONDUCTA a todas aquellas conductas cuya frecuencia, permanencia e intensidad perturban las relaciones entre el niño y su medio, y que son resistentes al manejo de sus padres, maestros u otros.

1.2. Etiología.

El ser humano nunca permanece estático, desde su concepción hasta su muerte esta sufriendo cambios continuos y progresivos en respuesta a las condiciones de la experiencia y estos cambios dan como resultado un ser complejo. Podemos observar que existen cambios físicos como el crecimiento y desarrollo de los músculos, huesos, facciones y así vamos adquiriendo nuevos rasgos visibles y también desarrollo mental, por ejemplo: las emociones del niño pequeño carecen de graduaciones, al paso del tiempo, al aumentar la inteligencia y la experiencia, el niño puede controlar las respuestas aisladas para satisfacer las normas aprobadas por el grupo social.

Se han realizado estudios, principalmente los de Freud, que han permitido verificar la importancia de los primeros años de vida del individuo y más recientemente con Erikson (1965), que llegó a la conclusión de que la "infancia es la escena del hombre como tal, el lugar en el que nuestras virtudes y vicios se desarrollan lentamente, pero claramente se hacen sentir"

Se ha explicado también que la confianza básica del individuo se adquiere o aprende cuando se es bebé, es cuando se aprende a considerar al mundo como un lugar seguro, confiable y agradable, o bien lleno de amenazas, impredecible y traicionero. Estas experiencias vividas por el bebé van a colorear las percepciones que tiene el individuo durante su vida.

Así lo señalan los trabajos de Melanie Klein, quien presentó una compleja teoría sobre las fases más tempranas del desa--

rollo del bebé (es decir, su primer año). Sugirió que el bebé atravieza por fases esenciales de desarrollo donde pasa gradualmente de su separación (identidad separada) respecto a su madre, fase denominada posición paranoide-esquizoide la cual, es un estado de confusión en el que la criatura está insegura en cuanto a las fronteras que existen entre ella y su madre.

Esa fase es seguida por una posición depresiva: el bebé se da cuenta de la separación de su identidad y empieza a percibir gradualmente la idea de que su madre es fuente de placer y cuidados, pero también, la que lo rechaza, lo frustra y lo niega. Este hecho, unido al abandono, constituye una parte esencial del conflicto del niño, (Melanie Klein, 1963).

De la infinidad de factores que ejercen su influencia en la aparición de trastornos en la conducta tenemos que los más comunes son:

- 1.- Psicológicos.
- 2.- Psicosociales.
- 3.- Orgánicos.

1.2.1. Factores Psicológicos.

Algunas investigaciones de Pavlov en 1928 en Rusia, plantearon teorías sobre las perturbaciones de la conducta, considerándolas como resultado de la frustración. Estas observaciones sugieren que la hipótesis de que las experiencias frustrantes conducen a la agresión, regresión y resignación.

a) Agresión.- Según Dollard (1939), postuló que la frustración-agresión, explica que cuando la conducta dirigida hacia una meta encuentra interferencia, el individuo experimenta frustración que lo lleva a la agresión: golpear, pelear, lenguaje obsceno y en ciertos casos furia y cólera. Y se ha comprobado que esta agresión en varios casos reduce la tensión que ha surgido de dicha frustración.

Dicha agresión puede dirigirse hacia el agente frustrante o volverla contra algún objeto, otra persona o, incluso contra sí mismo (Rosenzweig, 1944). Freud (1924), al manejar la agresión como un aspecto del "instinto de muerte", hizo incapie en las consecuencias de esta última forma de desplazamiento de la agresión.

b) Regresión.- Según Barker, Dembo y Lewin (1941), demostraron con niños pequeños que la frustración puede conducir a la regresión, definida como un retorno a una forma primaria de conducta, es decir, la dependencia con la madre, el lloriqueo el llanto excesivo (sin causa aparente), el lenguaje infantil y el juego no constructivo, son algunos ejemplos de conducta regresiva causada por la frustración.

c) Resignación.- Maier (1949), cita a la resignación como

otra reacción a la frustración. Se manifiesta por la pérdida de motivación y la inhabilidad para responder constructivamente al continuar en forma repetida a la frustración. Por ejemplo cuando a los niños o a los adultos se les coloca en situaciones que son demasiado difíciles para sus capacidades, son incapaces de satisfacer sus motivos y pulsiones, se encuentran frustrados, presentando trastornos de conducta como: agresión, regresión, compulsión, fijación y otras fuera de lo ordinario.

Lo anterior, nos señala que cuando los niños son incapaces de elegir entre uno o dos cursos de acción o cuando éstos no reducen sus tensiones se frustran y reaccionan en forma emocional, con berrinches, golpes, resentimientos y otra clase de conducta a la "normal".

Por lo tanto algunos trastornos de conducta son el resultado de la frustración a partir de la discrepancia entre la capacidad del niño para comportarse y los requerimientos del medio ambiente.

1.2.2. Factores Psicosociales.

Las experiencias familiares tempranas, tanto en el hogar como en la escuela, y especialmente las primeras como son las relaciones con la madre, padre y hermanos, son muy importantes pues animarán en el niño tendencias hacia el exterior y a orientarse hacia los demás, lo cual conduce a buenas adaptaciones personales o bien a inadaptaciones. Al respecto diversos autores señalan lo siguiente:

"...en la relación madre-hijo, el papel de la

madre no es sólo facilitar la descarga de las tensiones internas del niño, sino que la madre es también la proveedora de los estímulos que son necesarios para el desarrollo del psiquismo infantil..” (3)

“...el niño varón no se hace hombre por el mero hecho de haber nacido varón; pero, para llegar esto, es necesario además de la presencia de la figura del padre al cual el niño quiere imitar deseando ser como él hasta que logra a través de este proceso identificarse con él, lo que significa haberse identificado con la masculinidad” (4)

La relación fraterna constituye para el niño una transición entre el restringido medio familiar y la sociedad. Propiciando un aprendizaje social cuya eficacia está en función de la actitud de los padres y éstos, en efecto corren el riesgo de obstaculizarlo por una preferencia marcada hacia uno de los hijos, que produce el efecto de alimentar la envidia de los otros hermanos.

El rechazo de los padres o la separación de éstos, producen trastornos de la personalidad y de conducta así lo han señalado una variedad de estudios clínicos que coinciden en indicar que las necesidades emocionales básicas del niño son: la de sentirse seguro y protegido por sus padres, la de ser amado y comprendido por ellos y la de tener oportunidades para expresar sus hostilidades y antagonismos para aprender a manejarlos. También hay acuerdo en cuanto a que los principales temores del niño son: el miedo de ser abandonado, el de no ser amado y el de ser dañado corporalmente (De la Fuente, 1989).

Es claro que cualquier circunstancia que impida la satisfacción de esas necesidades emocionales del niño o que fomente sus temores, tiene un efecto nocivo sobre el desarrollo de su personalidad y puede ser causa de perturbaciones en la esfera psicológica, en la somática o en la de la conducta.

Otro factor importante es la aparición de trastornos es el método de crianza que experimentan los niños por parte de sus padres, puede ser permisiva o bien autoritaria, y ambos extremos conllevan, o bien a carecer de responsabilidad o bien, a un mal manejo de control emocional.

El uso frecuente de castigo físico y verbal también se relaciona con la restricción hostil y el autoritarismo.

Otro estudio reveló la importancia de la inconsistencia disciplinaria en la aparición de los trastornos conductuales en la infancia. Esta inconsistencia entre padres muy diferentes, da lugar a una disciplina errática. Baruchy Wilcox (1944) encontró una asociación entre los desacuerdos interparentales y el desajuste del niño.

Así como también la representación precoz de papeles, cuando por razones inevitables, los padres dejan a los niños a que asuman responsabilidades en el hogar, o cuidan a sus hermanos, éstos, pueden desarrollar el hábito autoritario o sentir que son responsables de los demás, olvidándose de ellos mismos.

La ausencia de los padres exhiben, asimismo, desviaciones en el desarrollo de la conducta del niño (Goldfard, 1945).

En 1951, J. Bowlby, reunió datos demostrativos de que como re-

sultado de una interrupción prolongada de la relación con su madre, el niño, durante los primeros tres años de vida, producen cambios caracteriales en la personalidad del niño, en estas condiciones, el niño se torna distraído, tiende al aislamiento y no desarrolla ligas afectivas con otros niños o personas adultas.

Con padres desviados se realizó un examen cuyos resultados refieren que padres desviados tienen hijos desviados. Los teóricos del aprendizaje social han enfatizado la imitación de un modelo agresivo como uno de los factores más importantes del desarrollo de la conducta agresiva en los niños (Bandura y Walters, 1963).

Se reportaron también, que los padres de los niños con alteraciones conductuales fueron mal ajustados, inconsistentes, arbitrarios, dados a expresiones explosivas y de cólera. (Becker, Pearson, Hellmer, 1969). Asimismo se encontró que las madres fueron tensas y frustradas y padres emocionalmente inadecuados y distantes.

También dentro de las relaciones maritales desagradables, tristes, conflictivas y agresivas, donde prevalecen padres fríos indiferentes, aislados uno de otro o peleando y agrediendo mutuamente y constantemente, tienden a crear niños alterados conductualmente. Según diversas investigaciones, se concluyó que: los problemas conyugales, pueden originar ciertas repercusiones emocionales ante el afecto hacia sus hijos.

1.2.3. Factores Fisiológicos.

Si el niño no está alimentado adecuadamente o bien, presenta enfermedades constantes o alguna enfermedad crónica, éstas van a provocar la aparición de formas típicas de carácter, como cuando él tiene deficiencia visual o auditiva, presentará atención dispersa o conductas de aburrimiento, entre otras.

Hay también evidencia que determinadas afecciones orgánicas de tipo encefalítico o trastornos de tipo epiléptico pueden modificar por su propia acción el modo de comportamiento del niño.

Ahora bien, una alteración orgánica repercute generalmente y hace sentir sus efectos en el Sistema Nervioso, manifestando el niño, una conducta patológica: inatención, irritabilidad, agresividad, impulsividad, enuresis, destructividad y otras. Por ejemplo el niño hiperquinético

"sufre trastornos disfuncionales, exhibe tales desviaciones conductuales de consecuencias tan severas tanto para él como para su familia y su grupo escolar, que no es posible atribuir la sintomatología general a cambios funcionales mínimos." (6).

Asimismo, una malformación puede provocar un sentimiento de inferioridad, causando aislamiento, agresividad y otras alteraciones de conducta.

Otras hipótesis de los trastornos de la conducta admiten que el papel del carácter es muy importante y que debe reconocerse en la aparición de patologías: carácter congénito; origen cons-

titucional y dependencia del medio.

El carácter designará el complejo psicológico individual que sólo puede entenderse refiriéndose a las modalidades de maduración y a la acción continua de las corrientes afectivas profundas que se establecen entre el niño y el ambiente, intercambios con aportaciones, exaltaciones, desgastes y destrucciones. Es decir, que es un dinamismo incesante, como las tendencias afectivas del niño que se modifican en cantidad, en fuerza y calidad.

Desde el principio del desarrollo del niño y a una edad muy precoz se percibe ya una cierta organización temperamental y modos de reacción que persistirán durante la infancia, pero también es cierto que en algunos niños, según el modo de relación madre-hijo, se organizan de una forma precoz tipologías particulares.

Chombart de Lauwe (1959), aborda el problema del niño en psicopatología social, en cuestión de inadaptación: población poco favorecida económicamente, inestabilidad de inserción, superficie de la vivienda y presencia en el hogar, número de hijos, y lugar del niño entre los hermanos, que permiten a este autor definir, según estos datos un umbral de equilibrio o peligro de adaptación.

S. Lebovici (1964), deduce que no hay ningún factor que actúe aislado, sino que las constelaciones socioculturales desempeñan el papel de factores mediadores que favorezcan la apari-

ción de estas inadaptaciones o las enmascaran.

D. Winnicott (1963), considera que cuando se habla de trastornos de carácter se manifiestan en la encrucijada de dos procesos: la formación del Yo y la organización de la independencia. Se trata de una perturbación de los procesos madurativos debida a un factor externo que el sujeto ha percibido en forma de trauma, cuando este factor ha tenido lugar. Según Winnicott, la sociedad está implicada en cada caso de trastornos caracteriales. Es decir, el sujeto afectado de un trastorno del carácter, moviliza el medio con la intención de remediar al acontecimiento que se ha percibido como un traumatismo.

Desde el punto de vista dinámico, no puede oponerse la acción del medio a la de los procesos intrapsíquicos a partir y a través de los cuales se manifiestan los trastornos de conducta.

Según A. Freud, en el proceso de socialización se hallan implicados varios factores: los arreglos por parte de los padres, las influencias interiores en el plano del desarrollo de las pulsiones del yo y del superyo contribuyen a asegurar el resultado final. Los factores externos varían en función de los factores culturales, familiares e individuales, mientras que la evolución del yo y del superyo está sujeta a variaciones en el tiempo, a regresiones y a otras vicisitudes del desarrollo. Para A. Freud la dificultad de combinar ambos objetivos (la plena libertad individual que implica una actividad pulsional libre) y la sumisión a las reglas sociales (que implica la contención de las pulsiones), es considerada con razón como uno de los mayores obstáculos encontrados en el camino de una socialización apro-

piada.

En su medio, el niño inadaptado expresa sus problema a través de una sintomatología muy variada: y según la respuesta que reciba del exterior puede resolverlos o reforzarlos con actitudes defensivas, estructuraciones más o menos rígidas y más o menos reversibles que se establecerán no solamente según la organización propia del niño sino también en función de la respuesta del medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Diccionario de Educación Especial Volumen I Ed. Diagonal Santillana. p 87
- (2) De la Fuente, Ramón. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría: las bases biológicas y socioculturales de la mente y de las conductas humanas. p 31
- (3) ibidem p 27
- (4) Alvarez, Colín Pedro. Citado por González, N. José de Jesús. Los Afectos y su expresión masculina: el papel del hombre en el desarrollo afectivo del niño. IIPCSA. p 56.
- (5) El Síndrome del Niño Maltratado como Fenòmeno Social. UNAM. p 44
- (6) Velasco F. Rafael. Niño Hiperquinético: los síndromes de disfunción cerebral. Ed. Trillas. p 19

CAPITULO II

2. La Familia.

2.1. Definición

La FAMILIA constituye un sistema abierto de dos generaciones, con muchos subsistemas asociados que incluyen al matrimonio mismo, la unión matrimonial como una coalición de los padres, la triada de los padres con cada hijo, las coaliciones entre los hermanos y los abuelos u otros familiares de importancia que conviven en el núcleo familiar. En este sentido, Raquel Soifer (1980), escribe que la familia es una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados del padre, la madre y los hijos. Lo anterior constituye el modelo natural de interacción grupal en el cual conviven en forma prolongada, en interacción con la cultura y la sociedad. En este contexto se desarrolla el niño, para transformarse en adulto capaz.

Su objetivo es la defensa de la vida a través del proceso de educación de las acciones tendientes a preservar la vida, enseñanza que abarca las nociones relativas al cuidado físico, al desarrollo de la capacidad de relación familiar y social, a la aptitud para la actividad productiva y para la inserción laboral, transmisión y creación de pautas culturales destinadas a posibilitar la convivencia.

La familia tiene otros objetivos, el brindar techo y alimento a sus miembros, así como el preparar para enfrentarse a las dificultades de la vida, tareas éstas que requieren de una dirección o guía. Más allá de las obligaciones familiares elementales los padres deben preocuparse porque los hijos participen

real y emocionalmente en los compromisos y metas del núcleo familiar.

Para ello, la conducta personal de los padres es un factor decisivo para que esto se lleve a cabo, pues de la certeza de ser aceptado por ellos, el niño se formará un sentimiento de seguridad en el grupo familiar, frente al mundo, a los demás niños y a los adultos.

En relación con el papel de los padres, es el de ejercer el papel de líder familiar. Sus ocupaciones laborales y sus actividades y educación, determinaran la clase social de la familia, y el papel de la misma en la comunidad.

Los padres deben proveer con el ejemplo práctico de cómo son las cosas y qué hacer en la sociedad, en materia de adquisición y supervivencia. Los padres educan a cada momento. La forma en que se visten, conversan con los demás o habla de ellos exteriorizan su alegría o su pena, el trato de los amigos y de los adversarios, la manera de reír, todo ello tiene una gran importancia para los hijos.

El hijo percibe o siente el menor cambio en el tono de los padres; todas las alternativas de su pensamiento le llegan por vías que no se perciben a simple vista. El respeto familiar, el control de cada acto propio, el cumplimiento del propio deber, constituyen factores importantes para el aprendizaje e interiorización de afectividad de los hijos.

Las fronteras o límites de la familia como grupo social influyen en el proceso de formación del yo del niño. Debemos con-

siderar tres límites en el Sistema familiar: el primero tiene que ver con las fronteras del ego en el niño, indispensables para el conocimiento de sí mismo. Los niños desarrollan el concepto de yo y no yo, gradualmente. Estas fronteras del ego le ayudan a discriminar a su persona del mundo exterior y a concretar una imagen propia. Este proceso es de primordial importancia en el desarrollo de la personalidad.

La segunda frontera es la que guarda relación con las diferencias generacionales. Esta divide a la familia entre líderes y seguidores, maestros y alumnos. Esta frontera señala el tabú del incesto. Los límites dependen de la cultura, la cercanía emocional la distancia entre uno y otro.

Y la tercera frontera está definida de forma muy clara y corresponde a los límites entre la familia y la comunidad.

Otro parámetro a estudiar lo constituyen las fuerzas afectivas actuantes en el sistema. En la familia, los procesos de una atmósfera cobran una importancia extraordinaria. El prevalecimiento de una atmósfera de comprensión y cariño, es muy importante dadas las características de la familia actual.

La naturaleza de los sentimientos es aprendida en la familia, y compartir el espectro de los sentimientos humanos distingue a la misma de otros grupos humanos. La expresión libre de sentimientos intensos en forma apropiada se enseña en la familia y esta debe, por lo tanto estar abierta al amplio rango de las emociones humanas.

Las fuerzas afectivas en el sistema, ayudan al niño a desa-

rollar:

- Sentimientos de afinidad emocional que permiten un desarrollo afectivo correcto de las diversas triadas que pueden estar presentes en el núcleo familiar.
- Tolerancia hacia los sentimientos ajenos.
- Reconocimiento de los sentimientos propios y los ajenos.
- Unidad emocional, que permite una adecuación entre los diversos sentimientos y las situaciones, y evita los cambios anímicos de carácter neurótico, o propios de una inestabilidad afectiva.

No se puede entender completamente lo amplia que es la influencia de la familia sobre los hijos y su desarrollo, en tanto no se sabe cuál es la contribución de los miembros a los niños.

No todos los tipos de familias proporcionan estas fuerzas afectivas, pero cuando ocurre, el niño se convierte en una persona bien adaptada.

2.2. Comunicación Familiar.

El proceso de la comunicación comienza cuando una persona le habla a otra porque tiene una necesidad... algo sucede en su interior. Una persona vive su vida, de cierta manera, "atrapada" dentro de su yo físico. El hablar es un intento por relacionarse con el mundo exterior y comunicar lo que le está sucediendo en su interior.

Es imposible sin embargo, comunicar todo lo que realmente

aparece en nuestra interior. Por ejemplo, el hambre, la frustración, el cansancio y otros sentimientos son procesos psicológicos o condiciones corporales que no pueden ser comunicados y descritos.

Para comunicar cómo nos sentimos interiormente o lo que nos molesta tenemos que escoger un código (a lo que los expertos en comunicación le han llamado proceso de codificación). Todos los mensajes verbales son códigos (equivalentes lingüísticos de nuestros sentimientos, y no los sentimientos en sí mismos).

Algunas veces los mensajes codificados son bastante claros "tengo hambre" es fácil de entender, desafortunadamente, los mensajes claros y fáciles de entender son relativamente raros.

La mayoría de los mensajes que las personas envían se codifican de una manera única. Esto significa que el contenido del mensaje puede estar relacionado con el sentimiento, pero el sentimiento en sí no se expresa con claridad, por lo que el mensaje al codificarse se vuelve complejo e incomprensible. Por lo general, esto significa que la persona no pueda entender a otra, más aún responder a un código, ocasionando un deterioro mayor de la relación de persona a persona.

En lo que se refiere a la familia, existe la idea de que hay padres que tienen un modo de comunicarse con sus hijos que los desconcierta y puede perjudicar psicológicamente. Existen dos influencias principales en este campo. Bateson y otros (1956), han descrito la comunicación en "doble vínculo" empleada por los padres con sus hijos, consistente en dar órdenes, contra-

dictorias entre sí. Bateson nos cita el ejemplo del padre que dice al hijo: "vete a la cama, estás cansado", cuando el niño no está cansado. El mensaje aparece dado en beneficio del niño, aunque lo que significa en realidad es que el padre quiere quitarse al niño de delante. El niño queda desconcertado. Sabe que no está cansado, pero expresarlo equivaldría a contradecir una afirmación hecha aparentemente en su beneficio y reconocer que su padre podría querer quitárselo de encima. Bateson sugiere que el niño "prefiere" aceptar el mensaje de que está cansado, falsificando así sus propios y verdaderos sentimientos. El padre emplea evidentemente el "doble vínculo" como método para producir cambios de conducta en el niño sin provocar su enojo.

El mensaje es "haz lo que te digo, pero no te enojas conmigo (ni me rechaces) por pedirte lo".

Laing y Esterson (1970), nos describen esquemas de conducta patológica dentro de familias y desviaciones comunicativas entre los padres y sus hijos, de una manera algo diferente. Nos dicen que algunos padres le niegan sistemáticamente al niño el tener ideas y sentimientos propios, y le atribuyen sus propias ideas y sentimientos. De esta manera no admiten jamás que el niño tenga derecho a opinar por su propia cuenta y a tener sus propios sentimientos. El mensaje implícito es "piensa y siente como yo te digo que pienses y sientas, y no como piensas y sientes tú en realidad"

De acuerdo a Doane (1978), existe una gran relación entre los patrones de conducta familiar y la perturbación esquizofrénica en uno de los hijos, concluyendo que la desviación comuni-

cativa, era un instrumento seguro para identificar a los padres de hijos con trastornos del pensamiento.

2.3. Desintegración Familiar.

Un hecho importantísimo de que la familia humana persista es la necesidad de cubrir dos aspectos básicos: la supervivencia y el crecimiento, debiendo manejar en forma creativa dos factores siempre presentes en ella: lo incompleto y lo diferente. Principio de complementariedad, al que hace alusión Ackerman (1978).

En ellos, la unión, participación y cooperación de los miembros de la familia dan paso al cambio y a su crecimiento para el desarrollo individual de cada miembro y crecer como una unidad.

En la dinámica familiar, comprender el proceso del conflicto, que surgió entre esta complementariedad y las necesidades que -- surgen resulta indispensable, pues su diferencia conlleva a su fusión o a un conflicto, que puede integrar o desintegrar la vida familiar.

El conflicto en las relaciones familiares expresa un problema que se origina en las diferencias, un choque de valores en relación a las metas funciones y necesidades familiares, convirtiéndose éstas en una amenaza en diversos niveles: de afuera hacia adentro, entre la familia y la comunidad; entre un segmento de la familia nuclear y otro: entre familiares entre sí o puede haber con-

flicto en la mente de un sólo miembro individual.

Independientemente del nivel en que se de el conflicto, éste constituye una fuerza de contagio que invade e impregna a todos los aspectos del sistema familiar, conduciéndolos a conflictuar a los demás miembros.

El conflicto y las formas de hacerle frente constituyen las fuerzas en un proceso dinámico único, la organización de los recursos familiares para el control del conflicto, tanto consciente como inconsciente, expresan una lucha por acrecentar la complementariedad de los roles familiares. Este proceso implica una interacción de defensas individuales entre la imagen del -- self (si mismo) y la de la familia donde se acomodan las necesidades del individuo y del grupo, y de éstos contra la ansiedad.

El conflicto puede ser resuelto o al menos detenido; neutralizado o fracazar en el intento de neutralizarlo:

- 1) Puede percibirse el conflicto y encontrarse una solución temprana racional.
- 2) Puede percibirse el conflicto correctamente y ser frenado mientras se encuentran soluciones efectivas, de las que no se dispone inmediatamente.
- 3) El conflicto se percibe en forma errónea o distorsionada y se vuelca en un "acting out" irracional.
- 4) El control del conflicto fracasa y desemboca en una desorganización progresiva de las relaciones familiares.

En general, podemos decir que la eficacia del control del

conflicto radica en una clara y correcta percepción de su naturaleza por parte de sus miembros.

El conflicto entre las mentes de los miembros de la familia y el conflicto dentro de la mente de cualquiera de sus miembros, mantienen una relación recíproca entre sí; ambos niveles constituyen un sistema de realimentación circular. El conflicto interpersonal afecta al conflicto intrapsíquico y viceversa.

La distorsión psicopática y la formación de síntomas son productos tardíos de los procesos de internalización de formas persistentes y patógenas del conflicto familiar.

Cuando el conflicto familiar es absorbido e internalizado, quedando encerrado en la mente de uno de sus miembros no puede ser solucionado y las consecuencias patológicas se vuelven cada vez más fijas. A fin de poder hallar una solución útil y sana, el conflicto intrapsíquico debe ser activado y re proyectado en el campo de interacción familiar; de lo contrario, el conflicto sumergido queda arraigado y aislado, y conduce progresivamente a la distorsión y a la intensificación maligna del conflicto.

Un conflicto de identidades, valores y tendencias escinde al grupo familiar; movilizándolo a un segmento contra otro. Pueden ser horizontales, verticales o diagonales, los factores antagónicos, pueden ser relativamente parejos o marcadamente desparejos, en cuanto a su fuerza y composición. Casi nunca se da aquello de "todos para uno y uno para todos".

Entre los mecanismos emocionales específicos de la vida familiar; existe el caso de centrarse en torno de un ídolo fami-

liar, o un favorito o bien, en un miembro enfermo (chivo emisarismo), funcionando éste como una especie de equilibrio. La familia al tratar de liberarse de algo que vive como amenaza, inflinge un daño emocional a un miembro, pero este miembro toma una represalia y también daña a la familia, pues cada uno se defiende contra la necesidad que tiene el otro de culpar y de castigar. Si este trata de evitar que lo sumerjan en el conflicto familiar y por su propia seguridad, procura mantenerse al margen alcanza sólo una protección temporal y precaria, a la larga dicho intento fracasa.

Es común observar en las familias con problemas el que se convierta a uno de los hijos en chivoemisario y se le vuelva susceptible al derrumbe, al que se le hace sufrir y se le envuelve inevitablemente en emociones de culpa, temor y confusión.

Es inherente a la esencia misma de la vida emocional de la familia el que este miembro trate de salir de este conflicto, sin embargo, no se da así, más bien es una protesta que cortará la alimentación entre el mundo y la familia, por lo que es de corta duración. Lo que realmente sucede es el descubrimiento de una secreta tendencia a la "traición" y a la necesidad de encontrar en otra parte una pertenencia y protección compensatoria.

Es decir, si este miembro se comporta de esta manera puede alterar irregularmente sus alianzas con uno u otro sector de la familia.

En este marco, el acting out, se convierte no sólo en una experiencia en la cual un miembro se hace cargo en la práctica de las necesidades inconscientes del otro, sino también vehículo

para la descarga de agresiones compartidas a medida que una parte de la familia libra batalla contra la otra parte.

2.4. Intervención del Terapeuta.

El terapeuta familiar tiene la valiosa oportunidad de llevar a cabo el intercambio cara a cara de los procesos intrapsíquicos e interpersonales del espacio vital del grupo familiar que están sumergidos en el remolino de una lucha cargada de ansiedad, con el objeto de promover un cambio en ella.

Su función principal es movilizar cierta cualidad provechosa de empatía y comunicación, suscitar y acrecentar un intercambio emocional significativo. Sus objetivos son aliviar la zozobra y el funcionamiento perturbado de la relación, consolidar los recursos compartidos para solucionar el problema, reducir el conflicto, al tiempo que se mejora el nivel del manejo, fomentar el reemplazo de controles y defensas patógenos por otros más apropiados, acrecentar la complementariedad de las relaciones en el nivel sexual, emocional y social, reforzar la inmunidad contra los efectos desintegradores del trastorno emocional, promover el crecimiento de la relación y de cada uno de los miembros de la pareja como individuos, y adaptar el patrón, del matrimonio a las necesidades de un ulterior crecimiento de la familia.

Utilizando métodos como: 1) reeducación de la familia a través de la orientación; 2) cambio de patrones de comunicación familiar; y, 3) resolución del conflicto patógeno e inducción de cambios y crecimiento por medio de un enfoque dinámico en profundidad de las corrientes afectivas de la vida familiar.

El diagnóstico y tratamiento de la familia constituyen acti-

Verdades enfrentadas para el diagnóstico califica la elección de metas terapéuticas y las técnicas específicas de intervención.

Con frecuencia, la verdadera naturaleza del conflicto marital se niega, se oculta o se racionaliza tras desplazamientos y proyecciones en otras relaciones, como la relación progenitor-hijo y progenitor-abuelo. es por ello, en un primer contacto con una familia con problemas, no es aconsejable llevar a cabo un procedimiento formal, es preferible iniciar el proceso en una forma desprejuiciada, sin datos históricos obtenidos separadamente y en distintas oportunidades de uno y otro miembro. A medida que los miembros entran a participar de la lucha terapéutica, van saliendo a relucir fragmentos selectos de los antecedentes familiares, los cuales son sometidos de inmediato a un proceso de validación consensual y emocional entre los miembros de la familia.

Los factores de influencia patógena que ejercen su influencia desde el pasado pueden ser rastreados en los acontecimientos emocionales contemporáneos de la familia, si bien es posible que estén ahora organizados y expresados en forma diferente.

Al comienzo, la familia está atribulada y perpleja, a veces frenética y llena de pánico. Los miembros saben que algo anda muy mal, pero no saben cómo ni por qué, como tampoco saben que hacer al respecto. Por tradición, la familia presenta a uno de sus miembros como el que está mal, sin embargo, en realidad son varios y a veces todos los miembros los perturbados, si bien en formas diferentes y en distintos grados.

En muchas familias, a pesar de los síntomas, no existe urgencia alguna por acudir a un psicólogo, siempre y cuando las re

laciones familiares de rol se mantengan en un equilibrio tolerable. El momento preciso en que se realiza el pedido de ayuda profesional coincide marcadamente con el impacto inmediato y dramático de una descompensación del estado previo de equilibrio, lo cual provoca un penoso conflicto familiar. Los trastornos críticos del equilibrio emocional de un grupo familiar se convierten así en un significativo fenómeno de salud.

En la entrevista familiar, lo que el padre oculta, el otro lo revela, lo que ambos progenitores encubren, se le escapa abruptamente al niño. Lo que un miembro expresa en forma tergiversada y prejuiciada, es corregido por otro. Cuando se toma algún material cargado de ansiedad, es posible que la familia realice un pacto de silencio para evitar dichas áreas. Tarde o temprano, esas negaciones se vienen abajo, por su misma naturaleza la vida familiar se opone a la existencia de secretos personales. Tales secretos existen, pero son difíciles de preservar; es responsabilidad del clínico el distinguir los secretos verdaderos y válidos de los falsos y patógenos. Pues, debe ser un observador participante, activo, directo, y en ocasiones rudo.

En la terapia familiar se comienza con un contacto directo, se realizan observaciones inmediatas de los miembros familiares de sus formas de interacción su adaptación a los roles familiares. ¿de qué manera entran? ¿quién se sienta junto a quién? --- ¿cuál escucha? ¿cuál sonríe? En una sesión típica, la familia llega en un estado de rabia, dolor y susto reprimidos y necesidad frustrada. El terapeuta percibirá instantáneamente el clima emocional; observa la simpatía que los miembros se proyectan entre sí y a él mismo ¿quién desea qué cosa de quién? ¿niegan y en-

cubren sus necesidades o las expresan de manera apremiante, frecuentemente, coercitiva?. El terapeuta nota la confusión, desconfianza y fragmentación hostil que existe en las relaciones familiares.

La orientación terapéutica describe el lenguaje idiosincrásico de la familia, la forma en que los miembros hablan, qué temas abordan y, lo que no desean tocar. Toma nota de todo lo que se siente y se comunica por debajo del nivel de las palabras a través de las posturas corporales, las expresiones faciales, los gestos inarticulados y evitaciones posturales. Evalúa la interacción de las operaciones defensivas del grupo familiar y las defensas individuales contra la ansiedad.

Utiliza los "insights" disciplinados de sus emociones personales como criterio diagnóstico de lo que está viviendo la familia. Al hacerlo así, desarrolla una serie de corazonadas clínicas que progresivamente va verificando a medida que construye su imagen diagnóstica del grupo. Esta imagen incluye los patrones de funcionamiento, complementariedad, conflicto y manejo de la familia; la interacción de la familia y las defensas individuales; y, por último, las luchas de la familia con representaciones conflictuales de identidad, valores y patrones de acción familiares.

Otra función del terapeuta familiar es neutralizar el ataque

y el "chivoemisarismo" prejuzgada, trasladando el conflicto subyacente a su lugar de origen en el grupo familiar, vale decir, el conflicto puede volver a colocarse en su fuente primaria identificando la organización de los roles familiares de perseguidor, víctima y salvador o curador del conflicto familiar.

Para provocar el movimiento, el terapeuta desbarata las operaciones patógenas por medio de un recurso que puede considerarse el derrumbe de los defensas, tomando por sorpresa a los miembros de la familia, poniendo de manifiesto en forma dramática las discrepancias entre sus racionalizaciones autojustificadoras y sus actitudes subverbales. Frena las estériles disputas verbales acerca de cuestiones rutinarias, externas o carentes de importancia. Confronta a los miembros de la familia con el significado de ciertas unidades de comunicación no verbal, reflejadas en el estado de ánimo, la experiencia, la postura, el gesto y el movimiento.

Su presencia serena y firme deben ofrecer la aseguración necesaria contra la catástrofe familiar. En esta posición, desempeña otras funciones: ofrece seguridad, apoyo emocional, aceptación, comprensión, afirmación de la estima y satisfacción directa de necesidades emocionales valederas.

Por último, el terapeuta familiar sirve como educador en los problemas de la vida familiar, y como una persona que encara en su propio ser una variedad de modelos de salud familiar.

A medida que los miembros de la familia elaboran lo que sienten, piensan y hacen, el terapeuta moviliza en ellos una creciente percepción de patrones alternativos de relaciones fami-

liares.

Sacude las facciones y escisiones preexistentes; abre el camino a nuevas formas de vida familiar que ofrecen una mayor satisfacción mutua y un mayor potencial para el crecimiento de la familia como un todo.

En forma compartida, los miembros de la familia pueden encontrar soluciones constructivas o fórmulas de transacción para el conflicto y descubrir nuevos niveles de confianza, participación e identificación.

En este marco, el estudio y la terapia de la familia fomenta la internalización de su influencia para apuntalar el cambio en dirección de la salud. Despierta respeto por las diferencias individuales y afirma bases para la participación y la identificación en las relaciones familiares. Facilita los esfuerzos del grupo por equilibrar la semejanza y la diferencia, la unión y la individualización. Activa y enriquece los procesos de reevaluación crítica de las identidades, metas y valores de la familia, en especial aquellos que pertenecen a las funciones familiares esenciales: las relaciones entre marido y mujer, padre y madre, progenitor e hijo, hijo y hermano.

Al desempeñar estas funciones, el terapeuta familiar debe adaptarse a una amplia gama de roles, como activador, retador, defensor, confrontador, interprete y reintegrador.

El desafío es grande, pero los resultados finales son estimulantes y gratificantes.

CAPITULO III

3. Métodos de tratamiento.

3.1. Antecedentes.

El estudio del tratamiento de los trastornos emocionales en los niños han procedido del Psicoanálisis, la Psicología del Trabajo Social, entre otras fuentes, permitiendo incrementar el conocimiento de los niños, pero el tratamiento de la conducta problemática lo han permitido los trabajos de Freud en Psicoanálisis.

Una de las principales preocupaciones de Freud era desarrollar un tratamiento para adultos con síntomas neuróticos. en cuyas conclusiones mencionaba que los problemas del adulto neurótico se derivan de conflictos sexuales de la primera infancia, infirió que los niños pequeños tienen una vida sexual activa y fantasías muy vivas.

Con sus teorías impulsó grandemente el interés por el análisis de los niños. Hacia 1920, Hermine Hug-Hellmuth, educadora con orientación psicoanalítica, comenzó a tratar a los niños desajustados dentro del marco de la teoría freudiana. Utilizó los juegos como parte básica de sus procedimientos con niños de menos de siete años de edad.

En esencia, su método que combinaba la teoría freudiana con procedimientos educativos, consistía en observar al niño jugando y traducir cada patrón de conducta en el conjunto de símbolos del analista.

Diez años después, cuando Anna Freud y Melanie Klein con sus procesos terapéuticos en psicoanálisis infantil, se comenzó

este último a practicarse en escala considerable, influyendo en el pensamiento de los especialistas de la salud mental de EEUU.

Fue con Lightner Witmer quien, en 1896, fundó la primera clínica de orientación infantil, como consecuencia de su interés por los niños escolares con problemas. Poco después, se fundaron otras clínicas, basadas en una integración de principios psicoanalíticos y psicobiológicos, como lo ilustran Sigmund Freud y Adolf Meyer.

Hacia 1921, un gran número de clínicas adjuntas a hospitales mentales, tribunales y dependencias sociales, utilizaban un estudio casuístico y un método en equipo para abordar los trastornos de los niños.

De modo característico, el psicoanálisis infantil y la terapia infantil han tenido diferencias en el sentido de que la última representa un método menos intenso y tiene mayores probabilidades de utilizar intervenciones ambientales. En consecuencia, en la terapia infantil, se ve al niño con menor frecuencia y se pueden emprender trabajos con los padres.

Los principios básicos de psicoterapia para adultos, en niños requieren ciertas modificaciones del enfoque y la aplicación de esos principios, debido a la falta de madurez y la posición de dependencia del niño en cuestión. Por consiguiente es necesario señalar ciertas diferencias que existen entre los niños y adultos:

a) Motivación para el tratamiento.- normalmente es el adulto el que llega al tratamiento, reconociendo que tiene un proble-

ma personal, es su responsabilidad final buscar ayuda terapéutica. Pocos o quizá ninguno llega pidiendo ayuda. El niño -- puede experimentar gran ansiedad o sufrir alguna privación emocional y aún así, no está motivado en el sentimiento habitual de los adultos para esforzarse en resolver sus problemas, incluso puede llegar a tener temores ante el terapeuta, o se --- muestre enojado y desafiante; pasivos o indiferentes. Las ansiedades del niño y el bajo nivel de motivación requiere toda la empatía del terapeuta.

b) Discernimiento de los objetivos del tratamiento.- El terapeuta y el niño carecen de una afinidad de objetivos a alcanzar (debido a sus antecedentes cognoscitivos y experimentales más limitados).

No aprecia la conveniencia, ni la posibilidad de cambio - conductual.

c) Desarrollo-lingüístico.- otra dificultad fundamental es la falta de desarrollo verbal que no le permite expresar sentimientos, deseos, experiencias, pero que tiene probabilidad de reflejarlos (aunque muy restringido) a través del uso de materiales concretos de juego, que hace que el niño se sienta más seguro, ya que puede manipular y controlar esos objetos tangibles con mayor seguridad que las abstracciones de las palabras.

Incluso Lippman (1962), observa que los niños demuestran -- con frecuencia una mayor ansiedad en las entrevistas directas - que en los juegos.

Por lo que Slauson (1947), realza el valor potencial de las

técnicas de juego, ya que el niño es impulsivo más que el adulto, está menos sujeto a fuerzas represivas y más dispuesto a actuar y hablar sobre asuntos que son embarazosos. Su vida de fantasía se encuentra más cerca de la superficie, su atención es breve. La locomoción y la expresión tienen para él mayor importancia.

Para Watson, el terapeuta debe estar atento a las expresiones faciales del niño, los ajustes de su posición y los movimientos expresivos que le van a dar la comunicación requerida.

d) Dependencia de ruerzas ambientales.- La dependencia que tiene el niño de los adultos en su vida tiene implicaciones importantes en el tratamiento, ya que el niño depende completamente de ellos. El adulto puede cambiar de trabajo o residencia, sustituir a sus compañeros, pero un niño no puede cambiarse de escuela, de casa o cambiar situaciones ambientales que le afectan. Como consecuencia de su posición inmadura y dependiente, el pequeño está sujeto a tendencias ambientales.

Puesto que se acepta comunmente que el trastorno del niño, está ligado con frecuencia con los problemas de las personas significativas de su ambiente, muchos terapeutas no abogan por la psicoterapia con niños menores de 14 años a menos que sus padres participen en el desarrollo del tratamiento (White y Watt, 1973).

e) Plásticidad de la personalidad.- La falta de cristalización de la personalidad del niño, permite experiencias de rea-

prendizaje que se ofrecen en ambiente terapéutico. Sin embargo, la fluidez y la naturaleza elástica de la personalidad, reviste mayor número de fallas en la conducta y la confusión entre la realidad y la fantasía (Slauson, 1952; Walton, 1951), por ende, el curso de la terapia en niños tiende a caracterizarse por la falta de continuidad.

Slauson (1947), realza el valor potencial de las técnicas de juego, ya que el niño es impulsivo más que el adulto; está menos sujeto a fuerzas represivas y más dispuesto a actuar y hablar sobre asuntos que son embarazosos. Su vida de fantasía se encuentra más cerca de la superficie, su atención es breve. La locomoción y la expresión tienen para él mayor importancia.

3.2. Terapia Conductual.

La aplicación de conceptos de la teoría del aprendizaje a la modificación de la conducta "desviada" se atribuye al número creciente de psicólogos clínicos desde la 2da. Guerra Mundial, al poner en tela de juicio los métodos tradicionales de psicoterapia y la insatisfacción creciente por lo inadecuado del modelo médico, para sus extensión a los trastornos conductuales (Ullman y Krasner, 1965).

La Terapia Conductual se refiere a la aplicación sistemática de principios de la teoría del aprendizaje social para la modificación racional de las conductas desviadas (Franks, 1965). El término de la terapia conductual abarca una gran variedad de métodos derivados de la teoría del aprendizaje.

Los intentos sistemáticos para producir cambios, como consecuencia de la manipulación de contingencias ambientales, es un fenómeno relativamente reciente. El estudio clásico de Watson en 1920 sobre la fobia, desempeñó un papel crucial al demostrar que la respuesta emocional del niño se puede condicionar ante objetos previamente inofensivos. Después de realizar investigaciones con otros niños se llegó a la conclusión de que el condicionamiento directo y la imitación social eran medios eficientes para eliminar temores (Jones, 1924).

Los trabajos adicionales en el tratamiento de los tics nerviosos, el morderse las uñas y el tartamudeo (Dunlap, 1932) y los temores (Jersild y Holmes, 1935), contribuyeron también a la teoría como a la práctica. El trabajo de Mowrer y Mowrer (1938) sobre el condicionamiento de la enuresis, representó

también un avance importante en la aplicación de la teoría del aprendizaje a los trastornos infantiles.

Wolpe (1958), formuló una teoría sistemática de la neurosis y la psicoterapia basada en el principio de inhibición recíproca (técnicas diseñadas para respuestas de ansiedad inhibida).

El modelo conductista basa sus principios en la teoría del aprendizaje tal como ha sido expuesta y descrita por Pavlov, Hull, Thorndike y otros. Ciertas acciones pueden producirse como (respuesta condicionada) a un estímulo determinado: o tienen también lugar como resultado de un accidente o de ensayo y error, y se repetirán si se ven <reforzadas> por un resultado agradable o que reduce la ansiedad del individuo. De este modo, ciertas acciones, pasado cierto tiempo, tienden a convertirse en parte del repertorio del individuo y se incorporan a su personalidad. En ocasiones vale más y es mejor estimular o fomentar un determinado grado de intuición en el niño en referencia a lo que motiva su conducta sea perturbada o rebelde. Otras veces está más indicado ayudarlo a superar sus dificultades mediante un programa de modificación de conducta.

La perturbación conductista aparece considerada bajo la perspectiva de unos esquemas de conducta aprendidos (inadaptados), que requieren un desaprendizaje, y el psicólogo muestra (probablemente) poco interés en conocer las razones de la conducta del niño consideradas como conflictos internos o ansiedades.

El conductismo también presta atención a los factores sociales: se sabe que los niños copian ciertas acciones y actitudes y

que cambian la conducta para ajustarse al modelo de los adultos y de su grupo de sus compañeros (Bandura, 1971; Sarason, 1978).

Recientemente, los conductistas han aplicado los principios de la teoría del aprendizaje a la modificación de los procesos cognitivos (Meichenbaum, 1977). Con este método se ayuda a los niños a que superen sus problemas dándoles instrucciones verbales, o con recompensas verbales en ocasiones, cuando logran éxito en una tarea.

El enfoque conductista resalta la necesidad de observar con detalle la conducta que se desea modificar, y observar al mismo tiempo aquellos factores o situaciones que preceden o desencadenan la acción o acciones indeseables. Asimismo, importa observar las consecuencias que siguen a las posteriores acciones. Poniendo el enfoque en el ABC (Antecedente/conducta/consecuencia) de la perturbación de la conducta, el objetivo entonces del psicólogo, es planificar una intervención capaz de cambiar esa secuencia.

Este enfoque se ve complementado con frecuencia con técnicas como las del asesoramiento o las de la terapia de grupo o de juego, todas las cuales deben mucho al psicoanálisis.

3.3. Terapia de Juego.

El niño tiene una vida de fantasía muy rica que puede expresarse de manera espontánea y llena de viveza y a menos que se apliquen fuerzas represivas firmes, se podrán utilizar sus fantasías para descubrir y aliviar conflictos a través del juego y

los juguetes, constituyendo un mundo importante y significativo para ellos como la realidad misma.

Por medio del juego, los niños empiezan a comprender como funcionan las cosas: lo que puede o no puede hacerse con los objetos y cómo puede hacerse. Por medio de sus fantasías y de los juegos basados en ellas, el niño puede empezar a compensar las presiones que experimenta en la vida y las que tienen origen en su inconsciente. Al respecto Clarizio y McCoy escriben:

"Al representar fantasías hostiles en los juegos, busca no sólo la satisfacción por delegación de sueños diurnos carentes de realismo, sino también la que produce controlar a los demás con el fin de compensar los sentimientos que son la consecuencia de estar en tan gran medida sujeto al control de los adultos, en especial sus padres..." (7).

La terapia de juego se basa en el hecho de que los juegos son el medio natural de autoexpresión del niño, le proporcionan al niño la oportunidad de que formule sus sentimientos y problemas en un marco de la relación y circunstancias especiales entre el terapeuta y el niño, que le dará un significado especial de lo que hace dicho niño, tanto si juega como si habla o se limita a permanecer callado.

Jackson y Todd, 1950 refieren que los juegos de los niños no son simples deportes, están llenos de significado y efectos serios.

3.4. Tácticas Psicoanalíticas.

Freud describía una personalidad divisible en 3 partes que interactúan: el ello, el yo y el superyo. El ELLO contiene las necesidades e impulsos inmediatos y corporales del individuo, el YO es la realidad y el SUPERYO, el mecanismo de autocontrol (código moral internalizado). La tarea psicológica del individuo consiste en desarrollar gradualmente la fuerza del yo y el control del superyo a la vez que somete en el yo, los impulsos, de tipo más primitivo, del ello. Mientras tiene lugar este proceso, el niño pasa por diferentes etapas de desarrollo: oral, anal y fálica. Cada fase (y la transición de una a otra) supone siempre para el niño cierto grado de conflicto y ansiedad mientras ocurren los procesos de socialización (destete, control de esfínteres y otras).

Según Freud, el trastorno neurótico (de la conducta) tanto en niños como en adultos se remonta en su origen a una ansiedad asociada a ese temprano período de desarrollo, y varía de acuerdo con el grado de conflicto experimentado y su naturaleza (Freud, 1923).

Asimismo, Freud describió, que el sujeto, para evitar la ansiedad frente a determinadas realidades emplea (inconscientemente) mecanismos de "defensa". Tales como: represión, negación, proyección, y otros. No es raro ver a los niños como se refugian en actitudes defensivas (negando o culpando a otro de sus travesuras, no aceptando que sufren) pero es necesario distinguirlas de lo que sería el recurso deliberado en la mentira. Es frecuente el caso en que la capacidad de ser ayudado del niño

depende de la capacidad y voluntad de reconocer su propia culpabilidad de sus puntos débiles y sufrimientos (Freud, 1923).

Por su parte Anna Freud (1946), refiere que una orientación psicoanalítica requiere, dentro de las técnicas clásicas del psicoanálisis para adultos, modificaciones para poder aplicarse a los niños, debido a que todavía su ideal del yo es relativamente débil.

Considera que los juguetes sirven para evaluar el crecimiento de los niños y cree que son útiles para establecer una relación estrecha en la fase preanalítica de tratamiento como preparación necesaria para una interpretación analítica efectiva. Durante la etapa de análisis, se usan diversas técnicas como vías hacia el subconsciente entre ellas está la formación de un historial casulístico del niño y de la madre, el análisis de dibujos y la interpretación de sueños. Estas técnicas constituyen un punto crucial en la práctica psicoanalítica cuyo objetivo es fomentar percepciones interiores en el niño.

3.5. Táctica Centrada en los Clientes, de Axline.

Virginia Axline (1947), se apegó al método terapéutico de Carl Rogers y considera los juegos como terapéutico, debido a la libertad de expresión que se le da al niño, dentro de una atmósfera de una relación segura con el terapeuta. El tratamiento comienza en la primera sesión: se invita al niño a expresar sus sentimientos, se le acepta sin censuras en un clima de tolerancia, la idea del respeto por el individuo es crucial.

De conformidad con la idea del hombre como individuo autónomo, no se hace conscientemente ningún intento de interpretación o manipulación. En cambio, se trata de que el terapeuta sensible a los sentimientos del niño, refleje sus actitudes de manera que pueda lograr una mejor comprensión de sí mismo.

La responsabilidad del crecimiento le corresponde al niño y supone que posee no sólo la capacidad de manejar adecuadamente sus problemas, sino también madurez y un impulso interno hacia la autorrealización. El objetivo de la terapia consiste en crear una atmósfera que conduzca a la liberación de esas fuerzas positivas de crecimiento interno.

Axline trabajó con niños de 4 a 8 años de edad, cree que se pueden esperar resultados favorables de la terapia, aún cuando los padres no participen en el tratamiento. Pero si participan se aceleraría el proceso terapéutico, sobre todo en niños con deficiencias.

Puesto que los padres son los individuos más importantes en la vida del niño, se intentó utilizarlos como terapeutas en tratamientos propios de su hijo, hace que se lleven a cabo estos adiestramientos que tienen frases más reflexivas, menos comentarios de dirección y más empatía (Stover, 1967; Stover, Guerney y O'Connell, 1971).

3.6 Terapia Familiar

En la terapia familiar se incluye a la familia junto con el niño, en el contexto del tratamiento, en el ambiente natural cotidiano. Este método supone la creencia de que las relaciones familiares inadecuadas provocan problemas emocionales en los niños y la de que los problemas emocionales de cualquier miembro de la familia determinan y se mantienen vivos mediante los problemas de las relaciones internas de la familia misma. Por consecuencia, la madre, el padre y los hijos se deben tratar como una UNIDAD TOTAL. En la mayoría se supone que el niño reacciona ante los problemas de la familia, es decir, el tratamiento de la terapia familiar considera como principal causalidad de los problemas emocionales de los niños a las relaciones familiares patógenas.

Por lo que el principal objetivo de la terapia familiar es modificar los conflictos subyacentes en la familia, discernir cómo funciona ésta, cómo se comunica, el modo en cómo resuelve sus conflictos y si forma o no subalianzas (Engel, 1972) y a través de que el terapeuta adopta el papel de observador participante de la familia.

El trabajo clásico de Minuchin y Cols. (1967), con familias de los barrios bajos, el método de Akerman (1958), el énfasis que hace Bell sobre los papeles familiares (1961) y la dependencia de las redes de comunicaciones de Haley, reflejan la gran variedad entre algunos de los terapeutas familiares mejor conocidos.

3.7. Terapia con Drogas.

El uso de drogas para mejorar la conducta en los niños se remonta a 1937, cuando Charles Bradley observó que la BENCEDRINA, un estimulante del Sistema Nervioso producía efectos "espectaculares", en los niños que sufrían trastornos de conducta.

A pesar del enorme crecimiento de las investigaciones, este tema se enfrenta a un sinnúmero de controversias; para bien o para mal, la administración de drogas se ha llegado a establecer como una forma de las preferidas del tratamiento en situaciones médicas y escolares.

En gran parte, las drogas estimulantes se han prescrito para niños que se caracterizan por tener daños cerebrales mínimos, un síndrome que es difícil diagnosticar. Paradójicamente, las drogas estimulantes tienen efectos calmantes sobre los niños hiperactivos: en un 60 a 75% de niños se obtuvo un mejoramiento clínico, de un 15 a 25% no mostraron cambios y de 10 a 15% presentaron resultados desfavorables (Bradley, 1950). Se señalaron además, un buen ajuste escolar, desempeño académico importante, incremento en la capacidad del niño para prestar atención; encauzamiento de la energía hacia conductas más organizadas y aceptables desde el punto de vista social (Grinspoon y -- Singer, 1973).

En un pequeño porcentaje de los casos, pueden producirse aumentos de agitación, las "tensiones" y la ansiedad; incluso producir efectos secundarios como: inapetencia, insomnio, dolores de cabeza, temblores entre otros.

Respecto a que se produzca drogadicción, las investigaciones son muy limitadas y no respaldan las predicciones sobre los resultados del uso de medicamentos a largo plazo para niños con hiperquinesia (Laufer, 1971).

El tratamiento con drogas constituye sólo una pequeña parte del programa total de tratamiento. Las drogas se deben administrar acompañadas de otras intervenciones apropiadas tomando en consideración su uso, que permite superar conductas impulsivas o hiperactivas que ponen de manifiesto la gravedad de la conducta.

3.8. Terapia Breve.

Dentro de las terapias a corto plazo tenemos las teorías sobre la de la Crisis que es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Según Caplan (1964), se agregan a lo anterior, el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución del problema o enfrentamiento.

Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento.

El proceso de la primera ayuda psicológica supone elementos básicos claves de modelos de entrenamiento representativos de la intervención en crisis (Berg, 1970; Knickerbocker y Mc.Gee 1972; Lester y Brockopp, 1973; Lister, 1976).

El elemento común en cada uno de ellos, aunque no se articulan por completo, es un modelo básico de Solución de problemas - rectificado a la luz de emociones intensas de las situaciones de crisis lo que da origen a un enfoque de cinco pasos generales que incluyen:

- 1.- Hacer contacto psicológico cuyo objetivo es hacer sentir al paciente escuchado, comprendido, aceptado y apoyado.
- 2.- Examinar las dimensiones del problema investigar necesidades inmediatas y posteriores, sobre recursos personas, sociales y decisiones.
- 3.- Examinar las soluciones posibles, identificar una o más - soluciones a necesidades inmediatas y posteriores, proponer alternativas.
- 4.- Ayudar a la toma de acciones concretas, implementar soluciones inmediatas intentándolas al encontrar necesidades inmediatas.
- 5.- Seguimiento, asegurar la retroalimentación de los tres objetivos de la primera ayuda psicológica: apoyo recibido, mortalidad reducida, enlace de recursos consumados. Establecimiento de la fase en movimiento: soluciones posteriores.

El estado de crisis está limitado en tiempo (el equilibrio se recupera de 4 a 6 semanas), casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita. puede esperarse que siga patrones se

cuenciales de desarrollo a través de diversas etapas, y tener el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores incluyendo la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores), y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de "otros" significantes).

Lewis, Goltesman y Gutstein (1979), aplicaron un seguimiento a pacientes con crisis cuyos resultados, observaron que la duración de las crisis fue mayor a 6 semanas pero menor a 7 meses, y concluyen que el cálculo de las 6 semanas es engañoso, hay límites de duración en una crisis. Lazarus 1980, por ejemplo, señala que la resolución de una crisis de duelo puede llevarse --- años.

El límite de tiempo destinado a sugerir que no sólo es el potencial reorganizador alto o bajo el indicador para mejorar o empeorar, sino que la sucesión básica o dirección para uno u otro rumbo se establece por lo general en las semanas siguientes al inicio de las crisis.

Taplin (1971), sugiere que es muy importante la perspectiva cognoscitiva del individuo ante la crisis, en especial, cómo el suceso ataca la estructura de la existencia de la persona y hace que la situación sea crítica. Propone además, que se deberán considerar ampliamente los conocimientos de las personas y sus expectativas, ya que son la clave para entender el poder de la naturaleza de la experiencia de crisis.

Otro aspecto importante en los estados de crisis son los -- trastornos emocionales graves o desequilibrios experimentados por el individuo. Miller e Iscoel (1963), describieron los sentimientos de tensión, ineficacia e impotencia de la persona en crisis. Cuando un individuo ya no es capaz de enfrentar, y todo le parece que va a destruirse, es casi como si no hubiera nada por defender. En su estructura cognoscitiva, según Taplin, la sobrecarga del suceso deja al organismo confundido y abierto a sugerencias, creando un desequilibrio o trastorno en el momento del enfrentamiento o la solución del problema.

Las maniobras que podrían elaborarse antes, como redefinir la situación, ignorarla, hablar con un amigo o tomar unas vacaciones, no son adecuadas. La persona en crisis puede sentirse atada o completamente incapaz de abordar circunstancias nuevas inestables.

De acuerdo a Caplan (1964), existen más características de la conducta de enfrentamiento que pueden dar resultado efectivo:

- 1) Explorar activamente resultados reales y solicitar información.
- 2) Expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración.
- 3) Pedir ayuda a otros.
- 4) Abatir los problemas haciéndolos manejables, tratables y trabajando uno cada vez.
- 5) Estar consciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos de paso como sea posible, en muchas áreas de

funcionamiento.

- 6) Dominar sentimientos hasta donde sea posible (aceptándolos cuando sea necesario) siendo flexible y dispuesto a cambiar y.
- 7) Confiar en si mismo y en otros y tener un optimismo básico sobre los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (7) Clarizio, H. Mc Coy G. Trastornos de la conducta en el niño. Ed. El Manual Moderno. p 417

CAPITULO IV

4. Elementos de análisis en la Neurosis Familiar.

El caso que nos ocupa reúne una serie de aspectos que será necesario resaltar, ya que están entrelazados por los patrones de conducta existentes entre los miembros de la familia, crean y mantienen una conducta perturbada o sintomática en un miembro (s), aunque éstos no se den cuenta de la manera en que esto sucede.

El conocimiento de la importancia que revisten éstos y otros factores permitirá trabajar eficientemente con las familias, a través de metas y técnicas específicas de intervención. Cabe aclarar que diversos autores están de acuerdo en que los niños con problemas emocionales y conductuales provienen precisamente de familias "con problemas", los terapeutas familiares sostienen que la conducta de un individuo no puede ser considerada aislada o sin referencia a la conducta y actitudes de los demás miembros de la familia: sugieren además que los acontecimientos pasados ejercen un poderoso efecto en la conducta actual de sus miembros. En el caso de los niños, el enfoque no se hace nunca en el niño sólo ni en su "condición" o conducta, sino siempre en las acciones e interacciones de todos los miembros de su familia, y en las experiencias de la vida compartidas con los miembros de ella, así lo refiere Campion (1985).

No necesariamente quiera decir que esto quede sujeto a una generalización ya que el desarrollo y "éxito" familiar dependerá de su capacidad como familia, para equilibrar su intercambio emocional (primera fuente de origen emocional), así como en forma creativa de dos factores siempre presentes: lo completo y lo di-

ferente, lo que Ackerman (1978), ha llamado el principio de complementariedad de las relaciones familiares: la fusión y el surgimiento de los miembros familiares. Dicha complementariedad es analizada en cinco niveles:

- a) Defensa de la autoestima
- b) Cooperación en la búsqueda de soluciones al conflicto
- c) La satisfacción de necesidades
- d) El apoyo a las defensas necesarias contra la ansiedad.
- e) Apoyo para el desarrollo y la realización creativa del miembro individual de la familia.

Además que estos factores sólo serían algunos de los que originan y mantienen dichos trastornos, pues existen múltiples causas que al no analizarlas no dejan de ser importantes, como es el caso del sistema escolar (cuyos cambios en educación actuales entredajan ver un sistema que atraviesa por momentos de crisis) y las interacciones entre el sistema Familiar y el escolar. O bien, los factores socioeconómicos y/o culturales, entre otros.

Examinemos pues, algunos elementos importantes:

4.1. Aspecto Emocional.

La familia se ha venido transformando en muchos aspectos, respondiendo a cambios en la vida social, como es en el número de hijos por ejemplo, que es más reducido, son supuestamente, más "abiertas" las relaciones padre-hijo (aunque no necesariamente menos dañinas), entre otras muchas, podría decirse que sin embargo, esto a su vez ha traído nuevos problemas disciplinarios y de convivencia, debido a la diversidad con que se ha sido do-

tado genéticamente cada miembro, así como su desarrollo cultural, que a veces va a dificultar su funcionamiento como unidad social.

A pesar de esto, la familia se considera una pequeña unidad generadora de vida humana a través de los hijos, y también alianza de amor en la pareja para el crecimiento de todos sus integrantes.

El continuo dar y recibir ayuda a padres e hijos a crecer, a conocerse y a respetarse mutuamente, en este pequeño núcleo, el objetivo principal es que al niño se le enseñe lo que es el amor como vivenciarlo, lo que se espera de él, de lo que es merecedor entre otras cosas, este aprendizaje, le permitirá en el futuro, conservar esas pautas de conducta en la vida adulta.

Es decir, el tipo de relación que los padres sostengan (en ausencia de alguno, el padrastro o la madrastra o en su defecto el tutor), marcará mentalmente la vida del niño. En este sentido la Guía Básica de Educación para la Familia (vida familiar) señala que:

"...efectivamente el niño adquiere en la familia los primeros fundamentos de la vida, consigue un sentimiento de seguridad por el hecho de pertenecer a un núcleo familiar que le ofrezca protección, asimila modelos de comportamiento, formas de relacionarse con los demás y toda una serie de valores que a través de la familia, puede introyectar..."

"El respeto y amor entre la pareja permitirá al hijo un sentimiento de seguridad, independencia y autonomía, en ello radica la importancia del clima emocional familiar" (8)

En un sentido psicológico, forman la familia las interac-

ciones de todos sus miembros, sus sentimientos recíprocos y la manera en que éstos se integran en la vida cotidiana. Sin embargo, los residuos de la infancia de los propios padres, será influenciada de éstos por sobre el hijo, que determinará como será la vida del niño.

La cualidad decisiva de ésta influencia (es decir con la que el niño será tratado por sus padres) no es sino la infancia de éstos: fueron felices o desgraciados, aunque es mucho más fácil que las infancias felices de los padres tengan su origen en una infancia feliz y puedan transmitirla o mejorarla en sus hijos. La misma Guía Básica establece que:

"una familia conflictiva forma personas inseguras, inestables y contribuye al alcoholismo, el abuso de drogas y otros problemas, en algunas ocasiones. En el otro extremo tenemos a la familia nutridora, en este tipo hay armonía y fluidez en sus relaciones, la comunicación es favorecida por todos sus miembros, se sienten libres para expresar sus sentimientos, pueden hablar de todo: desengaños, temores, alegrías, éxito, penas..." (9)

4.2. Rivalidad Fraternal.

Las observaciones de Freud acerca del Complejo de Edipo se efectuaron en neuróticos, comprobándose en ellos que las reacciones violentas frente a uno de los padres eran lo bastante destructivas como para despertar ansiedad y trastornar definitivamente la formación del carácter y las relaciones personales.

Freud le atribuyó carácter universal a los celos y al Complejo de Edipo como núcleo mismo de la neurosis. Sin embargo, algunas reacciones de celos pueden darse con facilidad en nuestra cultura, más no hay pruebas de que las reacciones de celos

destructivas y permanentes sean tan comunes como mencionaba Freud, sin entrar a analizar otras configuraciones culturales.

Por su parte, en sus trabajos P. Cahn (1962), admite que "la relación fraterna" se sitúa entre dos polos, uno inminente, constituido por la pareja madre-hijo, que se impone durante los primeros meses de vida, pero cuya disposición progresiva, permite al niño acceder a las relaciones más amplias: por el otro lado, trascendente, formado por la pareja conyugal, cuyo primer modelo es proporcionado por los padres.

La doble dependencia motiva la ambivalencia odio-amor en las relaciones entre hermanos que la caracteriza, explica el ambiente conflictivo en sus orígenes y lleva a considerarla como una fase de primera importancia en la génesis socioafectiva.

Podemos añadir que esta última explicación se funda en que se trata de un condicionamiento cultural más que de una disposición biológica.

Por lo que podemos afirmar que alguna muestra hostil hacia la familia o hacia algún miembro de ésta, perjudica al desarrollo del niño, el cual tratará de luchar contra la conducta neurótica de sus padres, por tanto tendrá que reprimir su hostilidad provocándole angustia, la cual subyace en términos de culpabilidad y sentimientos de ser indigno y debido a su indefensión biológica, la cual es real, ya que el medio deberá satisfacer todas sus demandas, se convierte en un tipo de dependencia que incluye la vida mental, espiritual e intelectual del niño, por lo que se somete a las exigencias de los padres y cuando se desarrolla bajo condiciones adversas, esta indefensión suele refor-

zarse por procedimientos intimidatorios como guardar al niño en un estado de dependencia a través del miedo y amenazas, castigos o por excesos de ira y escenas violentas; al proceder así los padres, impulsan más el temor a ser abandonados.

Además, nuestras condiciones culturales y religiosas respaldan de manera casi unánime la omnipotencia de la autoridad parental. La expresión de enojo contra el conyuge, el jefe y/o los amigos es aceptable, pero el enfrentamiento con nuestros padres, con ánimo de hacernos valer, es poco menos que tabú. Al respecto Susan Forward señala:

"por más que sus padres puedan agraviarlo, el hijo sigue teniendo la necesidad de deificarlos...son creencias que mantienen viva la fe y le permiten a uno, evitar el enfrentamiento con la dolorosa verdad: que, en realidad, nuestras deidades parentales nos traicionaron cuando más vulnerables éramos..." (10).

4.3. Dependencia Emocional.

Se ha señalado que la DEPENDENCIA EMOCIONAL "es una situación de subordinación, de sumisión a alguien o a algo que tiene para el sujeto tal poder o autoridad sobre él, que es capaz de dominarlo".⁽¹¹⁾ Una dependencia excesiva produce en el sujeto una demanda constante de ayuda que no necesita, pero sin la cual se muestra ansioso o desorientado con grandes sentimientos de inseguridad, que a su vez provoca una mayor dependencia.

De acuerdo a Clarizio y Mc.Coy (1981), una señal de dependencia es la búsqueda constante de ayuda, en lugar de tomar la iniciativa, casi de naturaleza rutinaria.

Las decisiones incluso, las más simples no pueden ser tomadas por la persona dependiente, prefiriendo apoyarse en otros a ser autosuficientes.

Otro signo de dependencia, es la mezcla de amor y agresión que "engancha" a la persona a su pareja. Es decir, para poder disfrutar de los buenos momentos, una mujer debe soportar también muchísimo dolor. Susan Forward escribió:

"...los mensajes que se reciben continuamente, refieren que el mundo es un lugar que inspira miedo a una mujer que no tiene un hombre al lado, que las mujeres son desvalidas y dependen de los hombres, y que los hombres tienen todo el poder en las relaciones y las mujeres ninguno..." "...las niñas crecen creyendo firmemente convencidas de que una mujer debe tener una relación con un hombre a cualquier precio, incluso si ese es el precio, su propia dignidad y sentimiento del propio valor.." (12)

La sociedad ha respaldado tradicionalmente la idea de que las niñas son inferiores a los muchachos, de que carecen de capacidad para cuidarse por sí solas y de que las mujeres necesitan que los hombres velen por ellas. Todos hemos visto que la prensa, la radio, la televisión y el cine presentan a los hombres como seres más fuertes, más competentes y más despiertos que las mujeres, a las que con frecuencia se pinta como demasiado emotivas, indecisas, de pensamiento disperso, pasivas, ilógicas, manipuladoras e incluso malévolas. Carol Becker señala que:

"...las mujeres temen que si van demasiado lejos, se vuelvan diferentes, o se desvían demasiado de las normas establecidas, correrán el riesgo de no ser amadas. A causa de este temor, las mujeres se encuentran en situaciones en las

que se sienten condenadas si lo hacen y condenadas también, si no lo hacen; un doble lazo inevitable..." (13)

Es más, cualquier mujer que se encuentre atrapada en una relación de violencia emocional, debido a la intensidad de sus sentimientos, es presa de una relación amorosa aditiva. Cuando la relación se convierte en dicha adicción, el "amor" se convierte en cualquier cosa capaz de causar dependencia, pues hay una necesidad compulsiva de la otra persona.

Así también, dentro de la dependencia emocional encontramos la presencia de miedos que operan en varios niveles: miedo a la supervivencia; problemas financieros; el miedo a la soledad, miedo a enfrentarse sola con sus hijos y no saberles responder o fallarles. A lo cual Susan Forward afirma:

"...para algunas mujeres, el mayor motivo de pánico es la perspectiva de una vida sin amor ni contacto sexual, en tanto que a otras les asustan más la supervivencia y las cuestiones monetarias y laborales. A menudo ellas mismas se abruman al no saber separar sus problemas prácticos de sus miedos desesperados a la catástrofe. Estos miedos provienen de una incertidumbre real referida a las finanzas, al mercado laboral, a las dificultades que plantea criar sola a los niños, a los cambios en la vida social y a la preocupación por lo que pueda hacer él si se termina la relación..." (14)

4.4. Sistema Familiar (relación PADRE-MADRE-HIJO).

A propósito de la relación madre-hijo, es necesario llevar a cabo un bosquejo de lo que sucede cuando ésta es patógena.

Una familia cuyos miembros juegan roles muy rígidos y donde la comunicación está severamente restringida, interviene un factor común entre ellos: la incapacidad de discutir problemas de raíz, lo que se ha llamado una FAMILIA DISFUNCIONAL.

Dentro de ella, los miembros no tienen libertad para expresarse sus experiencias, deseos, necesidades y sentimientos, sino que deben limitarse a jugar el papel que se adapte al de los demás miembros de la familia. En todas las familias hay roles, pero a medida que cambian las circunstancias, los miembros también deben cambiar y adaptarse para que la familia siga siendo saludable. De esa manera, la clase de atención materna que necesita una criatura de un año será sumamente inadecuada para un adolescente de doce años, el rol materno debe alterarse para acomodarse a la realidad. En las familias disfuncionales, los aspectos principales de la realidad se niegan y los roles permanecen rígidos.

Dentro de las relaciones madre-hijo (buenas o malas) se ha hablado sin tomar en cuenta el marco familiar ligado a las estructuras de una determinada sociedad y en un momento dado, por lo que es necesario no perderlas de vista.

Según K. Abraham y Melanie Klein (1955), el niño ya reacciona en una época precoz con angustia y hostilidad frente a su madre porque ésta no puede satisfacer a todos sus deseos ins-

tintivos incluso si se le da todo lo que le es posible.

Según D.W. Winnicott (1971), en la preocupación materna primaria es necesario que la madre sea capaz de llegar a un estado de hipersensibilidad, casi una enfermedad, para comprender a su bebé, que lo proteja de posibles riesgos físicos y psicológicos dañinos, pero dicha necesidad de un buen entorno (absoluto principio) se convierta rápidamente en relativo.

Ya que la facultad de comprender al hijo permite a la madre no ser del todo perfecta y el hijo pueda paliar las deficiencias de la madre.

Winnicott refiere que la madre debe responder instintivamente a todas las necesidades del niño, pero debe aprender al mismo tiempo a despegarse y no satisfacer demasiado sus demandas.

En la familia clásica la madre se presenta como un alimento absolutamente indispensable para el niño. Esta madre "normal" es la que acepta al niño como fruto de una naturaleza, lo alimentará para que se desarrolle, dependerá de él en la época en que tenga necesidad de esta dependencia y se preparará posteriormente para su independencia.

Cabe aclarar que el niño no reconoce a la madre como tal, en realidad, el niño es manejado por un sujeto portador de un deber tradicional, es decir, un objeto de cuidados donde queda o no satisfecho y la madre puede encontrar así mismo en él, afecto, yendo en busca del amor maternal.

Cuando la madre lo descubre puede percibir temor al hacerlo

mal, dificultando este proceso.

El rol del padre en los primeros años de vida ha sido minimizado, a menudo en el marco familiar, ya que esto ocurre sin conflicto porque la maduración perceptiva permite al niño comprobar que la madre satisface la mayoría de sus demandas, es decir, el padre sólo actúa a través de su acción indirecta sobre el niño por la madre, siendo éste el punto de referencia en la atmósfera familiar.

Algunos estudios sobre el padre refieren como deber: protección, saber, autoridad, virilidad, sustento económico, todos éstos implicados en el rol que la sociedad atribuye cuando no lo considera ausente, y dan demasiada importancia a la figura paterna en el desarrollo de la masculinidad, en el ejercicio del poder el cual radica en el conjunto de las funciones psicológicas que integran a la paternidad.

De acuerdo al Dr. J.J. González Núñez (1984), las funciones de la paternidad: desde el punto de vista biológico es el dador del género sexual cuya trascendencia dependerá de las expectativas del padre y los intereses de la familia.

Otra función del padre es la del proveedor de alimento y seguridad del grupo y el hogar, la cual le permitirá al niño desarrollar un sentimiento de confianza básica, pertenencia y territorialidad.

Y las funciones rescatadoras del padre, al asimilar las cargas agresivas o sexuales y eróticas que la madre ha desplazado hacia el hijo varón al no permitir que la relación simbiótica

feminizante obstaculiza la integración de la identidad masculina (*)
 es una tarea central que pudieramos llamar de identidad.

A. Hesnard (1957), refiere que los padres ejercen sobre el niño, una doble influencia estructurante sobre su conducta: en conformidad con el sexo biológico (estructurante en el doble sentido formativo del carácter y normativo o creador de la primera moral) y una influencia afectiva que se traduce en el aprendizaje del amor.

Al respecto González de Jesús refiere:

"...de cualquier forma y en cualquier dirección que vaya la expresión afectiva del hombre, habrá un movimiento circular que no puede separarse de la familia; la interrelación padre-hijo necesariamente tiene efecto en las relaciones con la madre y los hermanos. Si marido y mujer se aman y son capaces de expresar este amor, juntos amarán a sus hijos y éstos sabrán que fueron producto del amor, podrán seguirlo expresando..." (16).

Es por ello que el niño se formará a través de las relaciones que establezca con sus padres, así lo menciona Alcantar C. Alfredo:

(*) "...en 1914, en introducción al Narcisismo, Freud desarrolla por primera vez la idea de un vínculo con otra persona basado en algo diferente del impulso y deseo sexuales. Alude a este tipo de vínculo como elección analítica del objeto, es decir, una elección del objeto de carácter esencialmente pre-sexual, que se funda en una "búsqueda de apoyo" o relación de dependencia con la madre o con la persona que se ocupa de alimentar, cuidar y proteger al niño. Esta relación analítica reviste importancia ya que representa uno de los mecanismos de identificación..." (15).

"...para que un niño perciba el mundo exterior requiere de alguien que lo guíe; en sus primeros años no tiene la capacidad, ni cognoscitiva ni emocional para poder valerse por sí mismo y será la madre o la figura que la represente la encargada de satisfacer no sólo sus necesidades básicas, sino de brindarle junto con éstas afecto, cariño, ternura, seguridad, confianza, que será en lo que finque su libertad..." (17)

De acuerdo a R. Laforgue y J. Leuba han tratado las madres patógenas en la siguiente clasificación:

- La madre VIRAGO que desviriliza a su hijo por las excesivas exigencias, es una mujer que no ha aceptado su femeneidad; mostrándose agresiva con los hombres.

- La madre ESCRUPULOSA, en exceso es ansiosa, no sabe como actuar con sus hijos, que quiere a su hijo a través de las reglas rígidas que las tranquilizan.

- La madre para quien el niño es un objeto de satisfacciones que ella no ha encontrado en otra parte, o bien, objeto de chantaje.

- Madre cuyo odio es manifiesto; el odio de la madre desencadena el rechazo, el odio y a menudo la rebeldía del niño.

Y en cuanto a la patología del padre:

- El padre ausente: disminución del papel del padre que entraña alteraciones por defecto de autoridad.

En referencia a este último punto, Santiago Ramirez lo ilustra de la siguiente manera:

"...la participación del padre en el hogar es limitada, se trata más bien de un ser ausente,

que cuando eventualmente se presenta es para ser servido, admirado y considerado. Los contactos emocionales con la madre son mínimos, al igual que con el hijo; su presencia va acompañada, la más de las veces, de violencia en la forma o en el modo; se le ha de atender como a un señor, como a Don Nadie, se le deben toda clase de consideraciones sin que él tenga ninguna para con el ambiente que lo rodea, frecuentemente se embriaga y abandona el hogar sin tener en consideración a los hijos y a la madre; ésta acepta pasiva y abnegada la conducta del padre; considera que su sino es servirle y responder a sus necesidades, frecuentemente recae en ella el peso económico del hogar. Cuando el padre se vincula con la esposa o con los hijos, más lo hace por culpa que por amor y la característica fundamental del hogar es un padre ausente que aparece eventualmente con violencia y una madre abnegada y pasiva..." (18).

- Un padre puede desaparecer, bien por que la madre esté demasiado presente o porque se siente incapaz de tomar responsabilidades. En ambos casos el niño se vuelve inseguro.

- El padre rígido, se caracteriza por hipermoralismo, con doble sentido del deber.

- El padre cruel, con un exceso de autoridad con imposiciones arbitrarias por la crueldad moral.

H. Flavigny (1965), piensa, si no es la mayor o menor gran carencia del padre lo que va modular el grado de influencia o de resonancia sobre el niño de una madre más o menos patògena.

Pero al lado del autoritarismo intolerante y de la violencia, escribe G. Mauco (1971), al lado de la renuncia y la abdicación, hay una conducta paterna menos aparente pero perturbada y sofocante; el paternalismo al igual que el maternalismo, oculta su autoritarismo al igual que él, bajo una apariencia de

amor vigilante.

Hay padres que rechazan y que sobreprotegen, para P. Ostrieth (1967), la condición similar en hijos que han vivenciado ambas actitudes es: el niño egocéntrico con sentimientos de inferioridad y no valía y una gran dependencia a seguir siendo pequeño.

Quizá estas investigaciones sean útiles pero no suficientes para explicar una desorganización infantil y sea necesario analizar más profundamente la organización del conjunto del microgrupo que representa la familia y todos los sistemas de relaciones interdependientes.

Es por tanto, muy difícil definir al padre y a la madre ideal, quizá los mejores padres sean aquellos que conservan su espontaneidad intuitiva, sintiendo sus necesidades. No son permisivos, pero tampoco rígidos, más bien constantes. Manteniendo cierta distancia en las cuestiones críticas ante un niño psicológicamente normal de un niño y una época determinada.

Es más, si preguntáramos a muchos padres si aman a sus hijos la respuesta sería afirmativa, sin embargo, muchos niños que presentan problemas, han experimentado que no son queridos.

En algunos casos, afirma Usorio (1983), el niño termina por aceptar la imagen que de él tienen sus padres, creyendo merecer ser castigado por ser malo y no actuar correctamente, o sentirse indigno, agrega Palomares (1983).

Al respecto Susan Forward menciona:

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

"...además de privar a su hijo de amor y de atención (y por ende, defraudarlo), la madre fría y esquiva lo castigará con frecuencia por la normal necesidad que el niño siente de ella. A partir de esa actitud, el pequeño entiende que esa necesidad suya es inaceptable y vergonzosa, y es probable que entonces intente encubrir su vulnerabilidad siempre que le sea posible..." (19)

D como lo manifiesta Alcantar:

"...existen otros individuos que no tienen el poder y la fuerza de matar, pero ejercen la necrofilia por otro medio, como ejemplo, las madres que muestran un marcado interés por las enfermedades de sus hijos o por sus defectos, o malos pronósticos para el futuro de ellos. Son más, cuyos niños constantemente se enferman; sin embargo, dicen estar preocupadas por la salud de ellos..." y agrega, de acuerdo con Fromm: "no dañaría a su hijo de modo manifiesto, pero sí irán lentamente matando su alegría de vivir, quebrantando su fe y su esperanza, haciendo de él un niño sin fortaleza, inyectándole así su propia orientación necrófila..." (20).

La mayoría de estos niños crecen en gran confusión en cuanto al significado del amor y cosas que eran exponentes de desamor.

Esas muestras suelen ser: caóticas, dramáticas y dolorosas donde debieron de renunciar a sus propios deseos, sentimientos y necesidades y que definitivamente, no es lo que se llama amor:

"...un comportamiento amoroso no destruye, no desequilibra, ni provoca autoaborreimiento. El amor no daña, hace bien, alimenta nuestro bienestar emocional. Cuando alguien nos ama, nos sentimos aceptados, cuidados, valorados y respetados. El "auténtico" amor crea sentimientos cálidos, placenteros, de seguridad, estabilidad y paz interior..." (21)

Pero por desgracia, el amor ha sido mal entendido. Para Fromm la adhesión materna es uno de los fenómenos centrales en

la vida del hombre. Ese vínculo extremadamente poderoso resulta difícil de romper. El deseo de ser amado como a un niño, de volver a ser lactante o de estar incluso en el seno materno, limita en gran medida la capacidad de ser libres.

Podemos ver que ciertas características sociales y antropológicas promueven la maternidad como un mito, donde la madre debe hacer grandes sacrificios por el hijo, aunque esto cause dolor a ambos, la idea es proporcionarle todo, ya que más tarde será recompensada por ello, ya sea por su propio hijo o bien por la sociedad. Estas madres se adueñan, incluso, de la vida del hijo: ella será quien decida lo que está bien o mal para él, sobre todo en el campo de la sexualidad; ella le resolverá cuando debe sentir sus primeros impulsos y/o cuando reprimirlos, con quién, y cuándo casarse, quién le conviene y quién no, entre otras tantas.

Y más grave todavía cuando los padres por su parte consideran que sus hijos tienen el deber de amarles y de demostrárselo. Los padres quieren un amor de una calidad particular; desean saberse indispensables y exigen del hijo que por su conducta, muestre que reconozca "todo lo que han hecho por él", porque el niño, incluso el más amado, cuesta alguna molestia a sus padres.

4.5. Disciplina.

Algunos padres ven el problema de la disciplina en la crianza infantil como un problema en que ser estricto o tolerante, autoritario o flexible conlleva a ser arbitrario. Viendo la relación con sus hijos como una lucha de poderes, un enfrentamiento de voluntades inevitable.

René Spitz refiere acerca de la autoridad lo siguiente:

"...una autoridad bien entendida no es la que sirva para restringir la libertad, sino la que ayuda a hacer buen uso de ella, ésta debe representar un apoyo emocional y moral..." (22)

Cuando el niño es sometido a una disciplina excesiva siente el mundo hostil y actúa en consecuencia de forma agresiva.

Asimismo, observamos que es un error frecuente el abuso de autoridad, lo cual no permite conocer a la persona a la cual se somete, ya que no se admiten quejas, sugerencias, y/o argumentos válidos, además se utiliza el mismo criterio para juzgar una acción, sin analizar las circunstancias particulares, simplemente, no hay diálogo.

Esta problemática es un asunto complicado y delicado de equilibrio entre permitir y prohibir; el favorecer o entorpecer; alentar o reprimir. Lo que llama René Spitz (1985), "saber dosificar el sector de los controles y el sector de las facilidades".

Ya que el niño, en sus primeros años de vida, tiende a actuar por impulso, es necesario saber seleccionar aquellos impulsos que sí se le deberán permitir, pensando si realmente las

prohibiciones son justificadas o si sería conveniente reorientar esa energía y encaminarla hacia otra dirección.

Una total ausencia de reglas dará al niño la impresión de estar perdido, desconcertado, cuando le rechazan, sin razón lo que se habla concedido el día anterior, más sin embargo, todavía la falta de autoridad, puede ser la incoherencia de éstos y sus manifestaciones contradictorias o por sacudidas que sean de naturaleza para crear el desaliento y para provocar reacciones caracteriales.

Desafortunadamente, hay padres que respaldan su autoridad en bases falsas, concretándose a dar órdenes, las cuales deberán ser obedecidas ciegamente y sin protestar por sus hijos, con el fin de conducir a una educación correcta, convirtiéndose ésta, en una forma de manipulación. Asimismo, el padre establece una comunicación con el niño mediante interminables enseñanzas y conversaciones inútiles e insignificantes (Makarenko, 1985).

Frecuentemente, se olvida que los niños no son adultos, que tienen su vida propia y que debe ser respetada, ésta vida es más emocional, más agitada que la del adulto, y en los primeros años de su vida no existe razonamiento, éste se formará lenta y gradualmente a través de su desarrollo y experiencias.

El hacer valer la autoridad de padre implica utilizar el cariño que supuestamente sienten hacia sus hijos, sin embargo, es importante no adoptar el papel de padre cariñoso simplemente para que se obedezcan normas que se le están imponiendo y así convertir la disciplina en una forma de soborno.

4.6. Problemas Psicosomáticos.

La medicina psicosomática es una "disciplina científica, - centrada en el estudio de las interacciones entre factores psicológicos, sociales y biológicos en la salud y la enfermedad y en la asistencia. Movimiento que postula una asistencia globalizada"⁽²³⁾. También se define como una ciencia que "estudia las relaciones entre fenómenos psicológicos y biológicos, tal como se dan en el hombre, y su influencia en el ambiente social y físico en la Salud como en la enfermedad"⁽²⁴⁾.

La medicina psicosomática ha postulado como principio que la mente y el cuerpo no son dos instancias "diferentes", sino simplemente dos niveles de integración del organismo o si se prefiere, las dos caras de un fenómeno global. De la Fuente, (1989).

También se piensa que las emociones tienen influencia en la iniciación, mantenimiento y la exacerbación de diversos padecimientos psicosomáticos.

Para comprender estos mecanismos es importante señalar que las emociones según Albert Ellis (1980), son un complejo sensorio-motor-pensante-emotivo, que genera una tendencia a ir hacia algo que intuitivamente se aprecia como beneficioso o a alejarnos de algo perjudicial, cuya atracción o aversión se acompaña de cambios fisiológicos y que se diferencia del sentimiento, que es un término utilizado para designar el aspecto agradable o desagradable de las sensaciones puras (dolor-calor); las apreciaciones sensoriales y las evaluaciones senso-cognitivas que pueden estar conectadas o no con estados sensoriales puros.

Por su parte De la Fuente (1986), señala que las emociones son consideradas como estados subjetivos, respuestas conductuales y patrones de cambios fisiológicos, hormonales y químicos que ocurren en la totalidad del organismo, mediados por el Sistema Nervioso y endócrino, y algunas emociones como la alegría, el gozo, la tristeza promueven el buen funcionamiento orgánico y las reacciones primarias de fuga, ataque; como el miedo, la angustia, la cólera, la hostilidad, emociones capaces de alterar el funcionamiento de órganos cuando se vuelven reiteradas o persistentes.

Para D. W. Winnicott (1966), la enfermedad psicósomática implica un escisión de la personalidad del individuo con una debilidad entre la psique y el soma en defensa contra la persecución generalizada del mundo repudiado.

Por su parte L.W. Sontag (1950), refiere que los trastornos psicósomáticos infantiles aparecen durante la formación de la personalidad y forman de manera intensional parte del desarrollo; para que se produzca un trastorno Psicósomático se requiere una tensión o descarga, la que constituye sobretensiones, no resueltas creadas por frustraciones de necesidades y responde a reacciones de dependencia-independencia.

Para F. Alexander (1950), otro pionero de la medicina psicósomática, refiere que para sufrir ciertas enfermedades es necesario, la presencia de un conflicto específico, es decir, una persona vulnerable a una clase de padecimientos, sufre un conflicto que es inconsciente, cuya activación por circunstancias externas dará emociones específicas con sus concomitantes fisio-

lógicas.

Por su parte P. Pinkerton, considera que la agrupación de los factores emocionales en cada caso es específico para cada niño en función de su estructura, de sus experiencias vitales y sus reacciones, respecto a sus padres y a su medio.

Y a este último aspecto, varios autores describen situaciones particulares y modos particulares de relación madre-hijo.

M. Sperling (1949), muestra que algunos rasgos son característicos de estas madres:

- Conflictos emocionales no resueltos de su propia infancia que son proyectados en el niño, el niño puede representar un hermano, una hermana o un padre odiado: necesidad de dominar al niño que en algunos casos, éste es considerado y tratado como si fuera parte del propio cuerpo de la madre (fenómeno descrito por D. E. Sperling, 1963 con el término apersonación).

R. Spitz (1951), también ha dado mucha importancia, a las relaciones madre-hijo. Según él, es la madre la que, en las relaciones precoces madre-hijo, constituye el componente dominante y activo, mientras que el niño, al menos al principio, recibe pasivamente. Para Spitz los trastornos de la madre se reflejan en los trastornos de los niños, siendo las psicológicas, nocivas a las relaciones insatisfechas entre la madre y el hijo: relaciones madre-hijo inapropiadas o insuficientes por lo que se establece dos tipos de trastornos: los psicotóxicos debidos a relaciones madre-hijo inapropiadas; y por déficit, en las relaciones madre-hijo cuantitativamente insuficientes.

A partir del estudio de R. Spitz se distinguen una serie de esquemas nocivos de conductas maternas, estableciendo una relación entre los factores etiológicos producidos por las actitudes maternas y el tipo de enfermedad del niño:

- Rechazo primario produce el coma en el recién nacido (M. Ribble, 1938).
- La indulgencia primaria excesiva y ansiosa produce cólicos del primer trimestre.
- La hostilidad disfrazada de ansiedad provoca el eccema.
- Los cambios de humor cíclicos (catatímicos) dan lugar a los juegos fecales.

En general, la causa para estos autores, de los trastornos de este tipo de niño es la inconsistencia de los signos maternos o su incoherencia: los signos contradictorios que tienen un enorme efecto desorganizador.

Y aunque consideran que existen madres típicas de algunas enfermedades (madres afectivas e hiperprotectoras; madres dominantes y posesivas; rechazadoras, rígidas y perfeccionistas), también es necesario saber cómo es la madre en tanto como persona adulta: pues el nacimiento de un hijo despierta nuevos modos de relaciones y pone activos algunos mecanismos escondidos; es decir, tratar de comprender lo que el niño representa para la madre. Elizabeth Hurlock:

"...las manifestaciones caracteriales no toman siempre esta forma: crisis de nervios y la clásica cólera no son los únicos síntomas: existe también la ira contenida, que puede manifestarse por gestos incontrolados que no emana de la voluntad consciente o por una actitud de repliegue hostil ante ciertas circunstancias el niño se convierte en un muro. Otras veces, reac-

ciona al contrario, por la agitación y la inestabilidad: escapa a toda empresa por la expresión exagerada. Otros son síntomas como la e-nuresis, que sin quererlo, testimonian su rebelión secreta. La terquedad, la desobediencia sistemática, la insolencia, la búsqueda de lo que inquieta o escandaliza al vecindario, sin olvidar la delincuencia de tipo caracterial, alarga la lista que, no obstante, queda cerrada por ello". (25)

4.7. Robo y mentira.

Como una de las consecuencias de un daño emocional podemos citar el robo y la mentira muy asociados comunmente.

De acuerdo a Berge A. (1985), el robo puede ser clasificado en tres tipos: robo delincuente, neurótico y caracterial.

Se podría presumir que el nuestro se trata de un robo caracterial: este tipo de robo se caracteriza por su aparente absurdo ya que el objeto robado no es necesitado. Tiene su fuente de origen en una agresividad a flor de piel y ligada a la actualidad, en este tipo de robo no importa el objeto robado. Se refiere esencialmente a una protesta para llamar la atención.

Este robo también suele llamarse "delito de compensación" de acuerdo a la clasificación de Rich. J. (1956), que lo describe como un robo familiar, impulsivo o solitario que son, por lo común, un sustituto de la pérdida de amor o que van ligados a un resentimiento producido por traumas afectivos.

G. Ulmar refiere que entre las características personales del niño con trastornos de la afectividad predominan una mala interpretación social, destacando en él, el sentimiento de abandono, inmadurez y signos de ansiedad e inseguridad. En su marco

familiar impera la incomprensión, la intolerancia o el desinterés.

J. P. Lauzel (1966), señala que el robo no es únicamente una aproximación, es también un momento particular en la relación - con sus padres, primeros objetos investidos de afecto.

El deseo de apropiarse de un objeto ajeno supone un estado de debilidad, una falta, el fracaso de la identificación, donde el acto de robar significa poder o "apropiarse de" para "equipararse" a él.

Si el niño se sintiera igual que su víctima no experimentaría esa necesidad de robar. Entonces, el robo en el niño aparece más bien como una inadaptación social que como un acto antisocial.

Según D. W. Winnicott (1963), el niño que roba un objeto, no busca dicho objeto en sí, sino a la madre sobre la cual él tiene derechos. Este autor se pregunta si es posible relacionar estos 2 aspectos: el robo y la destructividad; la búsqueda del objeto y lo que la provoca, las compulsiones libidinosas y las agresivas.

En situaciones conflictivas, donde se pone de manifiesto el doble vínculo pueden suscitarse conductas elusivas, debido a que el niño no ha podido conocer el intercambio sincero y se vuelve incapaz de introducirse en la dialéctica de la relación que deja de ser accesible.

El desorden familiar y el abandono, desorganizan la personalidad y esto, para defenderse de la angustia, adopta lo que

. Baudown (1951), llama conductas elusivas.

Además el robo es asociado a la mentira, que irrita a los padres, ante la "traición" del niño mentiroso y tiende a reforzar al condicionamiento con una amenaza a largo plazo. Considerando este hecho, los padres sienten la mentira y aún más la negativa de confesarla como un fracaso de parte de ellos. Bascov escribe que:

"...las mentiras como eco de una situación exterior insostenible para el niño que no tiene otro medio de escapar a esta situación tensio-nante. Aquí la mentira es algo más que una pantalla que refleja la proyección del deseo - más íntimo, es una denegación, un rechazo a una situación peligrosa para la personalidad del niño; es un medio de lucha contra la agresión..." (26)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (8) Guía Básica de Educación para la vida familiar. SEP
p 46
- (9) Ibidem p 44
- (10) Forward, Susan. Padres que Odian: la incomprensión familiar: un problema con solución. Ed. Grijalbo, S. A.
p 32
- (11) Diccionario enciclopédico de Educación Especial Vol. II
Ed. Diagonal/Santillana p 590
- (12) Forward, Susan. Cuando el Amor es Odio Ed. Grijalvo, S.
A. de C. V. México, p 38
- (13) Becker, Carol. El Drama Invisible: la angustia de las mujeres ante el cambio. Ed. Pax. p 37
- (14) Forward, Susan. Cuando el Amor es Odio. p 49
- (15) González, N. José de Jesús. Los Afectos su Expresión Masculina. IIPCSA. p 58
- (16) Ibidem p 105
- (17) Alcantar, C. Alfredo. Erich Fromm al Siglo XXI: personalidad revolucionaria. Cuadernos de la ENEP-Zaragoza serie Psicología UNAM. p 87
- (18) Ramirez, Santiago. El Mexicano Psicología de sus Motivaciones Ed. Grijalvo. p 60
- (19) Forward, Susan. Padres que odian. Ed. Grijalbo. p 142
- (20) Alcantar, C. Alfredo. Op. Cit. p 71
- (21) Forward, Susan. Padres que Odian p 373
- (22) Spitz, René El Primer Año en la Vida del Niño
Ed. Fondo de Cultura Económica. p 88
- (23) De sojo, Peyra I. Anguera. Medicina Psicosomática Ed.
Doyma Barcelona. p 20
- (24) Díez, B. Mariano. Proceso Psicosomático Terapéutico,
relajación dinámica concentrativa. Tomo I Ed. Trillas
p 65
- (25) Hurlock, Elizabeth. Desarrollo del Niño Ed. Mc. Graw
Hill. p 73
- (26) Bascov, J. R. La Mentira y los Trastornos de la Personalidad: el niño y la mentira Biblioteca de Psicología No.
46 Ed. Herder. p 83

CAPITULO V

5. Objetivos.

5.1. Objetivos a nivel institucional.

- 1.-Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permitan relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de problemas nacionales.
- 2.-Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
- 3.-Propiciar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
- 4.-Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficiencia de la carrera de Psicología, para formar profesionales de utilidad.

5.2. Objetivos del Programa de Servicio Social.

Proporcionar atención psicológica en tres niveles:

- a) Individual
 - b) Familiar
 - c) Grupal
-
- a) Nivel Individual
 - Detectar problemas psicológicos.
 - Establecer un diagnóstico en base a entrevistas, Historias Clínicas, test psicológicos, etc.
 - Brindar un tratamiento de acuerdo a las características de la problemática.
 - Evaluación, resultados seguimiento y/o canalización.
 - b) Nivel Familiar
 - Identificar conflictos familiares a partir de casos individuales.
 - Prevenir la desintegración familiar.
 - Promover la comunicación familiar.
 - Manejar un tratamiento familiar.
 - c) Nivel Grupal
 - Aplicación de dinámicas grupales que permitan la comunicación, organización, identificación, cohesión y otras del grupo en cuestión.
 - Dirigir pláticas a grupos de personas con problemas de salud: hipertensos y diabéticos, con el objeto de fomentar en ellos, actitudes favorables ante su estado de salud.
 - Dirigir pláticas a grupos de padres de familia, con el objeto de proporcionar información acerca del desarrollo emocional y afectivo del niño.

5.3. Objetivos a nivel estudiantil.

- 1.-Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.
- 2.-Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información teórica adquirida e integrada durante la carrera.
- 3.-Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

5.4. Objetivos a nivel personal.

OBJETIVO GENERAL: Analizar la conducta emocional de los padres y las consecuencias conductuales y emocionales en los hijos de un caso particular.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.-Analizar la importancia del aspecto emocional en la estructura familiar.
- 2.-Determinar algunos de los aspectos disciplinarios que conllevan a estructurar un trastorno emocional en los niños.
- 3.-Señalar la dependencia emocional de la mujer, como uno de los factores que mantiene relaciones estructurales dañinas en la familia.
- 4.-Analizar la relación madre-hijo como fuente que genera alteraciones emocionales y conductuales.
- 5.-Señalar cómo un trastorno emocional genera un problema de conducta.
- 6.-Subrayar las consecuencias de una intervención negativa de ambos padres en la integridad mental de los hijos.
- 7.-Establecer la terapia más adecuada para intervenir en este caso específico y otros similares.

CAPITULO VI

6. Características generales de la Institución.

Delegación Política.

La Delegación Iztacalco se encuentra localizada al este del D.F., a 6 kms., del centro de la Ciudad de México. Entre los 19 23'2" latitud Norte y 99 07'16" de longitud.

Está aproximadamente a 2,240 metros sobre el nivel del mar. La superficie calculada para Iztacalco es de 23,000 Km. que representan al 1.5% de la superficie del Distrito Federal.

En comparación con otras delegaciones, Iztacalco es la más pequeña en cuanto a extensión.

Colinda con las delegaciones Cuauhtémoc y Venustiano Carranza al Norte, con la delegación Iztapalapa al Sur, con el Edo. de México e Iztapalapa al Este y la delegación Benito Juárez al Oeste.

De Sur a Norte atraviesa al gran canal de desagüe. Los ríos que tocan el perímetro de la Delegación son Río Churubusco y el Río de la Piedad.

Actualmente, tiene un lugar preferente dentro del desarrollo industrial, ya que dentro de sus límites en esta actividad económica laboran más de 150 000 trabajadores, en 1600 fábricas y pequeñas industrias.

Dentro del Sistema de Salud Pública se cuenta con 2 clínicas de S.S.A., un Hospital del D.D.F., una clínica de Pemex, una de la Secretaría de Marina, 3 Clínicas del I.M.S.S. y 10 Sanato-

torios particulares.

En materia de Educación, cuenta con 340 Jardines de Niños, 79 escuelas primarias y 30 escuelas de Educación Media Básica.

A nivel Superior, la Delegación cuenta con el CCH Oriente, - C.E.B. No. 3, UPPICSA, Preparatoria No. 2 y la ESEF.

Consta de 30 colonias, 7 conjuntos habitacionales y 12 barrios.

Como vías de comunicación tiene al Norte del Viaducto Miguel Alemán, al Sur los Ejes 5 y 6, al Oriente el Anillo Periférico y al Poniente Viaducto Tlalpan.

Como vías intermedias principales los Ejes 3 y 4 con vialidad de Oriente a Poniente y viceversa.

Cuenta con algunos centros de atractivo turístico: La estructura Municipal, La Sala de Armas y el Autódromo.

Dentro de las diversas instituciones que prestan servicios existen 12 bancos, 8 áreas verdes, 4 bibliotecas, 5 centros de salud, 18 centros comerciales, 36 centros sociales, culturales y deportivos y 2 oficinas; 8 mercados "sobreruedas" y 20 mercados fijos.

Esta Delegación cuenta además con todos los servicios públicos: agua, drenaje, pavimentación, alumbrado público, medios de transporte y de comunicación, por lo que se considera una zona urbana.

Características de la Institución (IMSS)

La Unidad de Medicina Familiar No 45 ubicada en Plaza Tezontle S/N, inició su construcción en el año de 1984, siendo entregada a la Delegación del Valle de México No. 4 (Ubicada en la Delegación de Iztacalco), el día 13 de Febrero de 1987 por Nivel Central e inaugurada el día 29 de Abril del mismo año por el C. Presidente Lic. Miguel De La Madrid Hurtado, dando inicio a sus labores en forma parcial el día 4 de Mayo de 1987, siendo Director de la Unidad el Dr. Alberto Moreno Machin y Administrador el contador Isaias Portilla Morales, contando con la participación de poco personal, siendo éstos un Médico Familiar, médicas, 12 asistentes médicas para ambos turnos, 3 personas en la Oficina - de Abastecimiento, una Jefa de Control de Prestaciones y 3 Auxiliares de Oficina y Personal de Intendencia.

CLASIFICACION DE LA UNIDAD

- Por su localización geográfica se considera Urbana.
- Por su construcción arquitectónica es Vertical.
- Por su Sistema de Financiamiento es Tripartita.
- Por los Servicios que ofrece es 1er. Nivel de Atención Médica.
- La población que atiende es la adscrita al IMSS.
- Por su capacidad cuenta con 16 consultorios que funcionan en dos turnos.

DATOS ESTADÍSTICOS (Actualizados)

Total de Población adscrita a Medicina Familiar....	71,358
Total de Población usuaria de Medicina Familiar....	63,182
No. total de Médicos Familiares	39
No. total de Módulos	2
No. total de consultorios de Medicina Familiar	16
No. total de consultorios de Estomatología	3
Promedio diario de consultas de Medicina Familiar..	358
Total de población infantil	29,000
Total de población de 3era. Edad	7,209
Total de población económicamente activa	18,412
Total de población femenil en edad fértil	8,561

HORARIO: Turno Matutino: 7:30 a 13:15 hrs.

Turno Vespertino: 13:30 a 20:00 hrs.

De Lunes a viernes.

Planta Física:

Su condición es de 2 niveles:

Planta baja: Curaciones e inyecciones; Obscultación Pediátrica con 3 cubículos cada consultorio de Medicina Familiar (1-10 consultorios), Medicina Preventiva, Control de Prestaciones, Farmacia y Entrada Principal. Zona de estacionamiento y Caseta de vigilancia; conservación y mantenimiento, conmutador, oficina de personal, checadores y cuarto de basu-

ra; almacén y casa de máquinas.

Planta alta: Está integrada por el área de Gobierno, Administración, Informática, Oficina de Jefe de Depto. Clínico, Oficina de Trabajo Social, Medicina Familiar (11-15) Rayos X, Laboratorio; comedor, -- vestidores, cuartos de aseo y sanitarios.

Recursos Técnicos:

- Colección de Normas para Médicos Familiares.
- Supervisión Operativa de la Actividad de Trabajo Social Médico.
- Instructivo para la operación de Servicios de Planificación Familiar en Unidades de 1er Nivel de Atención.
- Programa Institucional de Donación de Sangre.
- Educación para la Salud 3era. Edad.

CAPITULO VII

7. Actividades desarrolladas.

7.1. Metodología.

Dentro de la Psicología se ha utilizado el método de Estudio de Casos, aparejado con el llamado Método Clínico (el cual apela a elementos y procedimientos no estructurados, ni claramente objetables, su objetivo es el estudio profundo de casos individuales), para indicar procedimientos de evaluación, ya que la formación, conocimientos e intuición del terapeuta, desempeñan un papel importante para el manejo y juicio en el diagnóstico del paciente.

Este método, que puede ser considerado científico, es usado en investigaciones, sin embargo, es todavía débil y reciente.

Su utilización pretende presentar concentrada y de manera organizada toda la información que pueda concretarse acerca del sujeto, de manera individual, en la búsqueda de un objetivo práctico: emitir un juicio o un diagnóstico, siguiendo frecuentemente su prescripción terapéutica; es decir, ayudar al sujeto a enfrentarse a su problemática.

Al respecto, Goode (1960), refiere que el Estudio de Casos es la forma de organizar datos sociales, de modo que se conserve el carácter unitario del objeto social, como total, que puede ser una persona, una familia o algún grupo social, un conjunto de relaciones o procesos, tales como crisis familiares, ajuste a la enfermedad, formación de amistades, o también toda una cultura.

En la conferencia que sobre este tópico se celebró en Cambridge, en 1976, se señala a éste como un "término paraguas" (umbrella term) en el sentido que recoge dentro de una familia

de métodos y técnicas de investigación que tienen en común el - que van a centrarse todos ellos en estudio en profundidad de un determinado ejemplo o caso. Se sugirió que debía ser ésta una investigación sistemática de un caso específico (Adelman, et. al 1984), o como sugiere Walker (1983), "el examen de un ejemplo en acción". El estudio de unos incidentes y hechos específicos y la recogida selectiva de información de carácter biográfico, de personalidad, intenciones y valores.

Al respecto Stake (1985), refiere, que, el estudio de un caso sencillo o de un determinado sistema, "observa de un modo naturalista e interpreta las interrelaciones de orden superior en el interior de los datos observados. Los resultados son generalizables en lo que la información dada permite a los lectores decidirse si el caso es similar al suyo". El estudio de casos puede y debe ser riguroso. Mientras que el diseño experimental edifica su validez en el interior de su propia metodología, el estudio de casos descansa sobre la responsabilidad del investigador.

Si bien otros estilos de investigación buscan elicitar relaciones generales, el estudio de casos explora el contexto de las instancias individuales.

Así también, Nisbet y Watt (1984), insisten fundamentalmente en los conceptos de sistematicidad e interacción como diferenciadores de un método de investigación que va más allá de lo que puede ser un amplio ejemplo o una anécdota narrada de un modo interesante. Para ellos, el estudio de Caso es de gran interés y gran sentido de la realidad, pero que va más allá de la ilustra-

ción: primero porque reúne evidencias sistemáticamente, de un modo científico, y así deberá ser también explicado. Segundo, porque esencialmente se concibe desde la interacción de los factores o eventos. Y a menudo, es sólo hablando de ejemplos prácticos como podemos obtener una imagen global de esta interacción

Para ayudar al paciente, deben conocerse sus características y necesidades particulares y tener un conocimiento de las tendencias subyacentes del desarrollo, así como un acercamiento a la comprensión de sus causas. Debido a que el Estudio de Casos permite integrar una historia de lo que ha ocurrido, puede ser de mucha utilidad como punto de partida para elaborar un diagnóstico preciso, en el cual se deberá incluir información detallada, organizada en categorías amplias, como la historia del desarrollo del niño, historia y características familiares, estatus socio-económico y relaciones con la comunidad, descripciones conductuales, estimaciones y recomendaciones: tal información debe complementarse con observaciones directas, entrevistas, cuestionarios, inventarios y tests, entre otras formas.

Su característica principal es la importante información que generalmente se obtiene de una parte de este método, que es la "anamnesis" (conocimiento del pasado del sujeto, gracias a documentos, al relato del sujeto), y por otra parte a la observación directa de las reacciones que permiten esclarecer o vincular factores precisos a condiciones particulares, y dar al investigador una orientación o idea de lo que sucede; y captar los hechos más significativos. Así como también, más que al dominio técnico de determinadas habilidades para su realización, el desarrollo de un estilo personal que permita la confianza, tran-

quilidad y naturalidad que se establece a través de la entrevista, edificada sobre un verdadero interés del entrevistador por conocer y comprender -antes que examinar, interrogar o juzgar- los problemas del paciente.

Aunque se ha criticado este método por el subjetivismo en los juicios, el costo de tiempo en relación con la relativa utilidad de algunas técnicas, la dificultad para la obtención de -- determinadas evidencias documentales y su posterior análisis; la necesidad de una carga ética enfrentada al personalismo, el tiempo que pasa desde la observación dispersa obtenida a través de diversas fuentes y técnicas, permite alcanzar un "sentido clínico" lo que conlleva a un especializado estado de "intuición" en el caso dudoso de un diagnóstico, tomando la experiencia misma del Psicólogo, del cúmulo de sus conocimientos teóricos y generales que ha integrado. Es decir, el resultado de una observación constante y de una firmeza en la interpretación de los resultados de todos sus instrumentos que ha aplicado: entrevistas, observación, inventarios y otros, que conducen a un diagnóstico acertado.

Así en el enfoque clínico, se permite profundizar y esclarecer los sucesos y campos particulares, así como la posibilidad de obtener un conocimiento exhaustivo y cualitativo de fenómenos complejos, hechos y problemas sociales.

Por otro lado, tal metodología parte de un determinado enfoque teórico respecto a qué y cómo debe hacerse una investigación, y el papel interactivo que se establece entre el investigador y sujetos investigados.

DE ESTA MANERA, además de cualificar en una determinada dirección la información que se desea obtener y el modo de obtenerla, el estudio de casos compromete al investigador, de manera que éste no puede presentarse ante la realidad investigada de un modo aséptico, neutral o abstracto.

A continuación se enunciarán sus ventajas:

a) Puede ser un modo de continuar, por otra vía más sistemática e iluminativa, profundización de un proceso de investigación, una vez que se han obtenido un conjunto de datos a través del análisis estadístico. Tal análisis puede identificar importantes factores determinantes de una área problemática: pero para establecer así la significatividad respecto a como estos factores se relacionan unos con otros en una situación real, para ellos puede ser necesario examinar un caso específico, sistemáticamente y con detalle.

b) Es un método particularmente apropiado en investigaciones de pequeña escala o de un solo investigador, donde quizá sea aconsejable estudiar en profundidad un problema específico dentro de un limitado marco de tiempo, espacio y recursos.

c) Es un método que no cierra en sí mismo la posibilidad de posteriores profundizaciones. Sitúa la investigación en un punto en que es posible retomarla en condiciones personales e institucionales diferentes.

d) El rigor en la exploración de los contextos de la práctica, propio del método, permite al mismo tiempo, el compromiso ideológico de la participación democrático en el propio contexto de

la práctica.

e) Es un método relativamente sencillo para planificar situaciones de progreso en relación con las tareas y estrategias de terapias, a la vez que permite una rápida interpretación de las situaciones y posibilita su revisión desde parámetros fundamentados en las experiencias prácticas, el estudio debe ser también útil a los psicólogos que colaboran en la investigación, además de serlo para el propio investigador.

ESTUDIO DE CASO

De acuerdo al estudio de caso, se procedió a elaborar la recopilación de información familiar, cuyos datos fueron proporcionados principalmente por la Sra. Carmen.

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente Daniel Galindo Montoya

Edad 9 Años Sexo Masculino

Ocupación Estudiante 2do. Año Nivel primaria

Fecha de Nacimiento 27 Marzo 1982

Domicilio Sur 143 No. 2011 Col. Ramos Millán

Sitio o Persona que lo refiere: Su médico familiar

Fecha de admisión al servicio de Psicología 27 Sep 1991

Nombre del Psicólogo García Peraita Lucila

Diagnóstico previo: Problema de conducta debido a una inmadurez Afectiva.

Nivel Socio-económico: Por el ingreso económico, se considera que la familia pertenece a la clase media.

Composición Familiar

Nombre del Padre Juan Manuel Galindo J.

Edad 34 años Escolaridad CCH (no terminado)

Religión católica Trabajo Actual Ingeniero en Seguridad Industrial Originario México. D.F.

Nombre de la Madre Ma. del Carmen Montoya

Edad 31 años Escolaridad Secundaria Terminada

Trabajo anterior Secretaria Trabajo actual Hogar

Religión católica Originaria México, D.F.

Hermana del Paciente Vanessa Michel Galindo Montoya

Edad 7 meses Originaria México, D.F.

Motivo de la consulta

Se presentó la Sra. Carmen, madre del niño a la Clínica para solicitar ayuda psicológica ya que su hijo Daniel presenta problemas de conducta, tales como desobediencia, muy inquieto, se niega a escribir en clases, distraído, miente, roba, es desordenado, peleonero, le falta el respeto a maestros y compañeros, se muestra clínico y necio.

Padece astigmatismo y dermatitis. Registró aproximadamente 7 cambios continuos de escuela por diversas razones incluyendo problemas de conducta, cuya estancia en la última esta condicionada.

Antecedentes Personales y Familiares

Se trata de paciente masculino el primero de 2 hijos de un matrimonio de clase media, su padre, el Sr. Manuel ocupa el 6to. lugar de 7 hermanos, vive en casa de sus padres, viaja constantemente, dejó de estudiar por cuestiones económicas, actualmente es el Jefe del Departamento de Seguridad Industrial con casi 200 personas a su cargo. Lleva casado 12 años con la Sra. Carmen; refiere tener un hijo de 15 años de un primer matrimonio. No desea sostener relaciones sexuales con su esposa por temor a un nuevo embarazo, le desagradan los métodos anticonceptivos, específicamente el condón. Refiere tener como cualidad personal la paciencia, pero a veces es muy agresivo. No considera a Daniel como un problema real, considera que las causas de su comportamiento es la sobreprotección y la intervención de su familia es la educación de su hijo. Procura acercarse a Daniel pero su horario de trabajo no se lo permite.

En cuanto a la madre, procede de una familia desintegrada y de un hostigamiento sexual por parte de su padrastro durante casi 9 años. Sufrió la falta de muestras de afecto por parte de su madre de la que recibió, junto con su padrastro, malos tratos, golpes, gritos y ofensas.

Su unión matrimonial coincide precisamente cuando ella busca salir de esa situación; actualmente enfrenta discusiones con la familia de su esposo. Presenta problemas de indiferencia sexual por parte de su esposo quien se muestra celoso. La Sra. se muestra insatisfecha por su vida y discute con su marido en presencia de sus hijos a los cuales les tiene poca paciencia; les grita, los castiga y amenaza. Da pocas muestras de afecto a Daniel y marcada preferencia por la hermana. Se autodevalúa, posee pocas aspiraciones personales, se percibe gorda y fea. Confiesa no confiar, ni querer a su hijo y considerarlo como un problema severamente inquietante y que no puede controlar.

En relación a la hermana del paciente, se considera como hija deseada y planeada por casi 8 años, concebida con parto normal.

La cual se observa demandante, poco sociable y presenta conductas de berrinche. La relación que se establece con ambos hijos está polarizada entre muestras de cariño y agresividad. Se observa sobreprotección por parte de la madre y cierta preferencia en relación a Daniel, durante las entrevistas.

Historia Prenatal. Parto y Desarrollo

El paciente es hijo deseado, al final del embarazo la madre presentó toxemia. El parto se llevó a cabo con forceps, el peso al

nacer fué de 4200 Kg, también se presentó hipertemia. La madre experimentó crisis emocionales durante el embarazo. Daniel recibió lactancia materna durante 1 año 10 meses. Su alimentación, desarrollo mental y físico se consideran normales.

Daniel es un niño que se muestra poco cariñoso, es berrinchudo, muy destructivo, distraído, malhumorado y triste.

Su educación preescolar la inicia a la edad de 3 años, experimentando 7 cambios de escuelas hasta la fecha por diversos motivos. A causa de los problemas en la escuela es castigado a golpes y amenazado constantemente por no cumplir con sus tareas escolares, privándolo de todo juego y de toda actividad libre. Es desplazado a otro cuarto, al nacer su hermana.

Exploración Psicológica

De acuerdo a los antecedentes familiares podemos inferir lo siguiente:

La entrevista exploratoria daba indicios de que se trataba de Daño Cerebral de acuerdo a los antecedentes del embarazo que señaló la madre, por lo que se pretendió descartar dicho daño, pues en caso de haberlo, se trabajaría con el médico y su familia. Al no descubrir algún daño de mayor relevancia, tanto en pruebas como en el diagnóstico médico, se investigó sobre los factores que estaban manteniendo la conducta alterada en Daniel.

Así tenemos que la conducta actual de la madre se encuentra afectada emocionalmente, ya que proviene de una familia disfuncional, pues careció de satisfactores que le permitieron madurar, provocan-

do en ella una vida insatisfecha, aunado a esto, el hostigamiento sexual del que fué objeto. Se observan rasgos neuróticos que la orillan a comportarse agresivamente con ella misma, así como con sus hijos. Se observa además, bajo autoestima, depresión, conflictos sexuales con su pareja, problemas para relacionarse socialmente y otras más, que le hacen carecer de elementos adecuados para enfrentar situaciones difíciles, que la hacen mantener una relación de dependencia emocional con su esposo.

Se considera que estas situaciones no le han permitido un mayor acercamiento al niño, no satisfaciendo sus demandas afectivas tanto de contacto como de seguridad, originando, así la conducta indisciplinada en Daniel, como mecanismo compensatorio para llamar la atención de ambos padres, los cuales se ven obligados a castigarlo constantemente al no comprender los motivos de su comportamiento, dando lugar a que se sienta rechazado, reforzándose con este hecho la conducta negativa. Se infiere que este ambiente familiar provoca que la relación entre ellos se traslade y generalice hasta el terreno escolar, donde se manifiesta con bajo rendimiento escolar como un modo de manifestar un síntoma de daño familiar, ante la inseguridad, que la falta de afecto le ocasionan, además de la rivalidad fraterna que la madre ha manifestado, ante el desplazamiento del que fue objeto Daniel, primero físicamente (al nacer su hermana) y ahora con conductas manifiestas oralmente hacia Daniel para evitar su acercamiento hacia su hermana y la sobreprotección de que fué objeto inicialmente.

Por su parte el Sr. Juan Manuel, presenta signos de agresividad, intolerancia hacia su esposa, y disciplina inconsistente ante Daniel.

Tomando en cuenta estos factores se procedió a trabajar inicialmente con pruebas que permitieran determinar si existe o no daño orgánico, a través de un examen neurológico y una escala de actividad del niño hiperquinético propuesta por Rafael Velasco Fernandez (1979) para niños con Síndrome de hiperquinesia, el cual determina la presencia de signos neurológicos ligeros conjuntamente con la entrevista clínica del niño y los padres que nos dan mayores informes de su estado y así poder determinar su situación.

También se aplicó el Test Visomotor de Bender, el cual nos permitiría descubrir las dificultades visomotoras, ya que a través de la distribución de dibujos, la consistencia, la fragmentación y/o las rotaciones se evalúa la función perceptivo motriz, memoria, conceptos temporales y espaciales; capacidad de organización y presentación.

El test de la Figura Humana de Goodenough se utilizó para obtener datos relativos a la inteligencia, así como también para deducir si existen en el niño dificultades en relación a la imagen corporal.

Y para obtener un cuadro más amplio de aspectos de la inteligencia, modos de percepción de la realidad y de la vida afectiva del niño se le aplicó el Test de la Familia de Luis Corman, en el cual se plasman aspectos relacionados con su familia, para determinar posibles problemas emocionales.

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron de las pruebas aplicadas, así como de las observaciones que se hicieron durante su aplicación.

Resultados del Examen Neurológico

Niño de 9 años de edad que no presenta al parecer el Síndrome de Disfunción cerebral Mínima con buen Nivel de Madurez Visomotora.

El Test de Escala de Actividad del niño considera significativa una puntuación arriba de los 15 puntos, que señalan inestabilidad en determinadas situaciones, Daniel obtuvo una puntuación de 40 puntos en total, se sugiere la revisión cuidadosa de la información, ya que ésta es proporcionada únicamente por la madre, lo cual no coincide con lo observado, ya que durante el transcurso de la entrevista y la aplicación de exámenes demostró atención y cooperación siguiendo instrucciones adecuadamente.

Podemos considerar que se trata de un cuadro del Síndrome de Inestabilidad Psicomotriz que, como refiere A.M.J. Chorus encierra dos aspectos: el motor y el de la forma psíquica que conforman un estado de personalidad que se llama "inestabilidad".

Chorus afirma que estos dos aspectos demuestran de forma clara que la inestabilidad, sino de carácter, en definitiva, es un problema de falta de duración y continuidad de la conducta global y asegura que estos niños son llevados a consulta por retraso escolar, no obstante, tienen un nivel normal; destacan sobre todo por una agitación psicomotriz, se mueven constantemente lo tocan todo, son tercos, sin agresividad, incapaces de inhibición motriz y de moderación emocional; su actividad desordenada, su atención dispersa, son incapaces de un esfuerzo constante y su rendimiento es insuficiente durante un trabajo prolongado.

Por su parte H. Wallon (1958), menciona que existe una relación extremadamente estrecha entre la emoción y el carácter y confirma, que las relaciones entre la organización postural y la emotivoafectiva se estructura desde el inicio de la organización psicológica de un niño.

Esto es, si existe en Daniel un Síndrome de Inestabilidad psicomotora, como lo maneja Chorus y de acuerdo a la Teoría de Wallon, podemos decir que no necesariamente este síndrome obedece a un daño cerebral, sino que puede deberse a otras causas, como es la hiperactividad neurótica, el cual es un trastorno psicomotor que en su conjunto oscila entre lo neurológico y el marco afectivo del niño y sus relaciones con el entorno, los cuales se consideran en este caso, no muy favorables según los antecedentes familiares revisados.

Dentro de este parámetro se corre el riesgo de considerar que Daniel no advierte lo que esta sucediendo, sin embargo, sus carencias afectivas lo vuelven frágil, confundiendo en experiencias reales, que originan en él un sentimiento de angustia, agresión, y/o abandono, para así complicar más su estado. Así lo refiere S. Kiener (1954): el mundo del inestable, no tiene coherencia, orden, ni continuidad, sus reacciones no corresponden a lo que se exige de él. Es el caso de los niños que molestan, que se adaptan mal a un orden establecido y a una enseñanza rígida. Obstaculizándose las capacidades del niño para desarrollar la seguridad, la independencia, el dominio de sus emociones y su iniciativa.

CONCLUSION: Se descarta daño Orgánico.

Resultados obtenidos del Test Visomotor de Bender.

De acuerdo al Test Gráfico visomotor de Bender se observó que:

El tiempo empleado en el Test se considera apropiado: buen ritmo de copiado (8 minutos aproximadamente).

Se observó también que el niño trata de contar en todas las tarjetas motivo por el cual se puede inferir son tendencias perfeccionistas o compulsivas.

RESULTADOS:

Puntuación bruta: 03

Equivale en edad de 8 a 8 años 11 meses

CONCLUSION: Buen nivel de madurez visomotora.

DIAGNOSTICO: Se descarta Daño Orgánico

Resultados del Test de la Figura Humana
(Goodenough)

De acuerdo a la escala de inteligencia de David Wechsler se considera a Daniel con una Inteligencia Limitrofe (Boderline) y de acuerdo con la escala de Terman Merrill y Goodenough Débil Mental Leve (Torpe).

* Coeficiente Intelectual = 74.48

Observaciones: No existen antecedentes epilépticos en la familia.

* Consultar protocolo de Bender.

Análisis de los resultados del Test de la
Figura Humana (Goodenough)

De acuerdo a Goodenough podemos resumir lo siguiente:

- 1.- TAMANO.- el tamaño del dibujo se considera apropiado (10 cm. aprox.) de altura.
- 2.- EMPLAZAMIENTO.- Según la ubicación del dibujo, en medio de la página hacia la parte de arriba se considera normal.
- 3.- PUNTO DE PARTIDA.- Se considera normal ya que se deberá empezar por la cabeza y seguir con los rasgos faciales.
- 4.- TIEMPO.- De acuerdo al tiempo utilizado para elaborar el dibujo se considera normal ya que se llevó 8 minutos aproximadamente en elaborarlo.
- 5.- ESPONTANEIDAD.- Aquí se observa inflexibilidad, rigidez y escasa animación.
- 6.- PROPORCION.- La figura tiende a ser simétrica, sin embargo, se observa ausencia de dedos.
- 7.- APARIENCIA ESTETICA.- Escasa apariencia agradable, debido quizá a los ojos sin vista.
- 8.- BORRADURAS.- La figura no presenta borraduras, sin embargo, existe el sombreado y presión sobre las líneas, los cuales se consideran indicadores de conflicto, conjuntamente con la omisión de dedos y pupilas.

Los indicadores de DEPENDENCIA que están presentes son:

énfasis en la línea media (presencia de botones y/o cinturones).

La Figura Femenina puede considerarse como una fuerte dependencia hacia la madre.

Los indicadores de DEPRESION son:

- a) Nivel de baja actividad (rigidez del dibujo, es decir, sin movimiento).
- b) Expresión facial de amargura.
- c) Frente arrugada.
- d) Cabello desmelenado.
- e) Ojos sin vista que se interpreta también con inmadurez emocional.
- f) Dibujo pobremente detallado: omisión de dedos que se interpreta como ansiedad.

Al respecto se infiere que existen PROBLEMAS EMOCIONALES de acuerdo a la puntuación obtenida y las características del dibujo.

Dadas las circunstancias de la pobreza del dibujo se obtuvo un C.I. relativamente bajo, de acuerdo a la clasificación de Inteligencia que hacen Terman Merrill y Goodenough, así como David Wechsler, sin embargo, cabe aclarar que es importante tomar otros factores que permitan emitir un juicio que pudiera servir para dar un diagnóstico más objetivo, debido a que para medir la inteligencia es necesario definirla y conjugarla con otros factores, sólo podemos utilizarla como una suposición útil: al respecto Wesman (1968) define la inteligencia como "la suma de las experiencias de aprendizaje que se inicia con la capacidad de responder al ambiente externo, sujeto a modificaciones al interactuar con el ambiente en nuevas formas". Así como también, considerar los factores ambientales que van a favorecerla o entorpecerla.

Resultados del Test de la Familia

De acuerdo a los puntos señalados anteriormente y a las respuestas que el niño da, podemos concluir lo siguiente:

1.- Atendiendo al orden en que fueron dibujados los personajes, se encuentra que la figura más importante para Daniel es su propio padre, ya que incluso se observa que los rasgos empleados son menos toscos que los demás personajes, indicando que --- existe mayor aceptación hacia el padre (sin embargo, puede tratarse de la identificación con el agresor, ya que esto mitigaría su angustia por ser agresivo, así la angustia de soportar el castigo se disipa, si él puede desempeñar el papel activo del que castiga), de acuerdo a la interpretación psicoanalítica, así mismo podemos inferir también, que de acuerdo a la naturaleza y desarrollo de los sentimientos del niño, éste a "rebasado" ya, la etapa del predominio materno como única fuente de significación afectiva con dicha madre, por lo que se podría considerar que el padre, figuras y objetos circundantes, que en un principio no tenían significado para el niño, ahora cobrarán gran importancia para éste, como soporte de apoyo y dependencia, como algunos autores lo manejan: S. Isaacs (1984) estima que si, en efecto, el movimiento hacia el padre se precisa y acentúa en el curso del segundo año, no es raro que desde el primero, los niños "se vuelvan hacia su padre como hacia una persona que puedan admirar y que les de plena seguridad".

Sin embargo, todo depende aquí, evidentemente, como ocurre con la madre, de la personalidad del padre, de la calidad y naturaleza de las relaciones que tiene con el niño para que pueda

darse un proceso "normal".

Por consiguiente, la necesidad que el niño tiene de esta figura paterna (y quizá incluso, la necesidad de defenderse contra la amenaza y agresión del medio que le rodea), le hace emitir mensajes que demandan dicha identificación, aunque ésta no sea satisfecha completamente, y entonces sí, de acuerdo a la teoría Psicoanalítica se estaría formando un mecanismo de defensa llamado IDENTIFICACION con el agresor, debido a que éste puede ser entonces, menos agresivo que lo que le rodea y lo amenaza.

Por lo que, de acuerdo al cuestionario anexo, podemos observar que el más aceptado por Daniel es su padre.

2.- Existe buena ubicación en lo que se refiere al sexo y edad de los personajes, ya que logra identificarlos adecuadamente.

3.- Existe agresión en el cuestionamiento, ya que hace referencia al uso del cinturón (objeto con el que ha sido golpeado por su padre severamente) así también se observan señales de escotomización, es decir, los personajes están mutilados: al omitir dedos, en todos los personajes, cuyos rasgos podemos interpretarlos como existencia de culpa, vinculado a la función de tomar o tocar.

Dentro del mismo cuestionario, se detecta que existe una coincidencia, en la manera en que es castigado, así como un sinfín de prohibiciones y mandatos que conllevan a suponer un ambiente represivo y hostil.

4.- Existe rivalidad fraterna, pues su hermana es dibujada en un plano inferior lo que constituye un grave desplazamiento.

Así también la expresión de la cara es completamente depresiva, a pesar de la aparente aceptación de Daniel hacia su hermana, se observa un marcado conflicto emocional al ubicarla en otro plano (lo que sugiere "celos", desvalorización del rival al dibujarlo con rasgos del rostro deformes).

5.-De acuerdo al trazo, Daniel muestra hostilidad, ya que existe marcada intensidad en líneas.

6.- Existe una estereotopia, lo cual nos revela, de acuerdo a Corman, una persona sujeta a lo reglamentado. Si consideramos la historia familiar, coincide con la idea de estar sujeto a patrones, muy rígidos que no permiten libertad de expresión y acción en Daniel (dibujo de tipo racional).

7.- Se consideran las fantasías, ya que desprende agresividad contra su propia madre, así como también los deseos de una familia ideal, como lo expresa en el cuestionario. La desvalorización depresiva de Daniel con sentimientos de culpa, se expresa en los deseos formulados por él mismo que hace votos de mejoramiento moral.

Por lo que se concluye que existen CONFLICTOS EMOCIONALES en Daniel.

CONCLUSIONES

Durante los exámenes practicados se observó que Daniel sigue y obedece órdenes correctamente, muestra mucha disponibilidad, es amable y coopera. Es sensible con conciencia de ser rechazado por la madre a la que percibe como agresiva, exigente y desplazante.

El electroencefalograma presentado NO señala problemas de organicidad.

De acuerdo a los resultados del Examen Neurológico se aprecia la AUSENCIA de rasgos indicadores de Daño de Organicidad.

En cuanto a la Escala de Actividad del Niño Hiperquinético (información obtenida por la madre), se observa un puntaje elevado que hace suponer la manifestación de conductas hiperactivas.

En relación a los resultados obtenidos del Test Visomotor de Bender se permite descartar Daño Orgánico, presenta Buen Nivel de Madurez Visomotora.

De acuerdo a la Prueba de Goodenough se encontró pobreza de dibujo y un Nivel de Inteligencia de 74.48 (Inteligencia Limitrofe a Normal). Se observan Problemas Emocionales tales como: sentimientos de angustia, inseguridad y depresión.

Por último, en cuanto se refiere a los resultados obtenidos en el Test de la Familia se concluyó que existen Conflictos Emocionales, tanto de rivalidad fraterna, como de agresividad ante su ambiente familiar con significativa hostilidad, principalmente con su madre y ambiente intolerante.

Estos exámenes lo muestran como un niño con INMADUREZ AFECTIVA.

Diagnóstico previo: Tendencia a estructurar una personalidad con rasgos neuróticos.

La anterior información nos lleva a elaborar la siguiente Hipótesis:

El origen de los trastornos de la conducta de Daniel obedece a la búsqueda de afecto y aceptación que ambos padres no satisfacen, este pudiera ser el móvil fundamental de su comportamiento.

Diagnóstico Final: Familia disfuncional que origina neurosis familiar.

En base a este diagnóstico se elaboró un cronograma de actividades donde se trabajará aproximadamente de 15 a 16 sesiones (o más según lo requiera el caso), con una duración de una hora, una vez por semana, cuyos objetivos a alcanzar estarán en función a los acuerdos a los que se hayan establecido por ambas partes (terapeuta-paciente). (Ver cuadro de actividades anexo).

En seguida se presenta un breve resumen del trabajo realizado durante las nueve sesiones en que se logró llevar a cabo la terapia.

Planeación y Desarrollo

Se consideró trabajar Terapia Familiar, independientemente del número de sujetos que asistieran a las entrevistas, ya que de acuerdo a Madanes (1982), la cuestión no radica en la cantidad de personas involucradas en un problema, ni en la cantidad de perso-

nas presentes en las entrevistas, sino en la cantidad que abarca el terapeuta por su manera de concebir el problema y enfocar el acento en los sentimientos mutuos de los familiares y la conciencia que cada cual tiene de su trato con los demás.

También se pretendió retomar algunas técnicas de la Teoría Cognitivo-conductual y considerar algunos otros principios psicoanalíticos y humanísticos.

En cuanto se refiere a la Sra. Carmen, se trabajó con ella durante las sesiones que fué explorada, ya que al relatar su problemática, se permitió la catarsis, ya que experimentaba demasiada carga emocional, también se detectaron en ella algunas ideas irracionales que mantienen su conducta inadecuada y que le están perjudicando, además que esto permitió establecer metas conjuntamente con ella.

En primer término redefinir el problema, es decir elaborar un reencuadre, descomponer y reestructurar los elementos que constituyen el problema y que le permitan al paciente observarlo en una dimensión diferente.

Para superar posible trauma que vivió durante su infancia, se procedió a enfrentarla a su realidad a través de técnicas terapéuticas que lo permitieran, ofreciéndole apoyo emocional, como es el desafío que consiste en provocar reacciones de tensión, aunque sean desagradables, para que el paciente responda al terapeuta de modo acorde con sus emociones y evitar que la discrepancia, entre lo que se siente y se diga, sea un impedimento para el cambio.

También se emplearon maniobras terapéuticas para cuestionar sus

sentimientos, pensamientos y conductas de manera que ella misma valore su situación, como es la provocación, la metáfora, y otras.

Se recurrió a trabajar ideas irracionales a través de técnicas de la TRE (Terapia Racional Emotiva) propuestas por Ellis (1980), con el objeto de cambiar las ideas que le impiden conducirse adecuadamente.

Se promovió aplicar un programa de asertividad, destinado a mejorar sus relaciones personales, tanto en su pareja como con sus familiares y medio, así como también preveer acciones que se adecuen a dar mayor información en relación a mejorar la convivencia familiar en varios aspectos: educación sexual, planificación familiar, desarrollo físico y mental de la pareja y otras más.

En cuanto a Daniel, se pretendió trabajar terapia de juego, sin embargo, por cuestiones de tiempo fue imposible. Pero se indicaron a la madre tareas que debería aplicar con Daniel: estimular posibles logros de forma verbal y si es posible festejar sus éxitos; incrementar muestras de afecto; evitar en lo posible agresiones verbales y físicas; respetar su persona como ser individual; interesarse realmente por él.

Se promovió un programa para ejercer control sobre Daniel, de manera que regule su vida a través de una disciplina más consistente, menos autoritaria y variante, para evitar le provoquen confusión y culpa.

En cuanto al padre, no fue posible establecer mayor comunicación con él por motivos laborales y de resistencia al considerar que para él no existe un problema real.

Sin embargo, se considera que a través de la madre se puede trabajar un cambio en forma indirecta con él, ya que algunas conductas refuerzan a otras, por lo que al cambiar la conducta de la Sra. Carmen, la del Sr. Juan Manuel, por ende se cambiará.

Cabe señalar que existieron limitaciones que impidieron realizar satisfactoriamente la terapia:

El tiempo ya que es un factor importantísimo, pues cuando no se dispone de él, interfiere, interrumpiendo la secuencia del tratamiento.

El lugar donde se lleva a cabo la terapia, ya que no existía un lugar fijo para atender al paciente, lo cual es incómodo y muestra poca seriedad. Por razones de espacio no se asignó un lugar fijo y sobre todo adecuado, aún cuando se plantearon los porqués ante la Jefa de Servicio Social.

La disponibilidad del paciente, aunque la Sra. Carmen fué constante, de alguna manera surgieron imprevistos que interfirieron con la terapia.

Así como también, las cuestiones laborales (en caso del Sr. Juan Manuel), que le impidieron presentarse cuando se le citaba.

No obstante los obstáculos antes señalados, y en consonancia con los principios que se aplicaron, se logró parcialmente alcanzar los objetivos planteados, aún siendo que no se llevaron a cabo las sesiones planeadas.

Se presentó a esta Unidad la Sra. Ma. del Carmen, de 34 años de edad, a solicitar el Servicio de Psicología, debido a que su hijo DANIEL GALINDO MONTOYA, de 9 años de edad, presenta -- problemas de conducta en la escuela, por lo que su estancia en ésta queda condicionada a que el niño reciba algún tratamiento Psicológico y pueda comprobarlo con un justificante.

Refiere la Sra. Carmen que en las escuelas (aproximadamente 8) en que el niño ha estado se quejan de la conducta de su hijo: que no trabaja, que pelea y molesta a sus compañeros y -- maestros; es clínico, necio y no toma apuntes, ni copia la tarea en la escuela.

Menciona que fué tratado anteriormente en un consultorio particular, donde la psicóloga trabajó con Daniel sólo 3 sesiones, cuyo diagnóstico fué que sus padres no mantenían una disciplina constante con el niño.

Después, para asegurarse que no presentaba un problema orgánico, lo llevó a un neurólogo para practicarle un electroencefalograma, ya que consideraba que su conducta no era normal, -- (estuvo tomando el Epamin, el cual fué retirado por la madre -- sin previo aviso del médico porque pensó que ya no lo necesitaba), no media el peligro y es demasiado activo.

Los resultados de dicho estudio no revelaron daño orgánico; según la Sra. Carmen el neurólogo le explicó que sólo existía una muy ligera lesión que no afectaba significativamente la -- conducta de Daniel, motivo por el cual le habían recetado el

Epamin, en dosis muy minimas.

Después, en la escuela se le sugirió ir con una psicóloga particular muy eficiente, pero el costo era elevado para llevarlo a las sesiones, por lo que tomó la decisión de llevarlo a su Clinica Familiar, donde actualmente se le atiende.

Cabe mencionar que la información inicial sólo proviene de la madre de Daniel, motivo por el cual es muy importante analizar cuidadosamente la información a través de las siguientes sesiones.

Asimismo, la preocupación manifiesta por la Sra. Carmen, acerca de la indisciplina de Daniel, obedece a la amenaza de que Daniel sea expulsado de la escuela, motivo por el cual acude a esta Unidad para conseguir un justificante de que está atendiendo psicológicamente.

Es importante mencionar la intervención de un neurólogo y los resultados obtenidos, ya que la idea de descartar un problema orgánico, permite trabajar a nivel psicológico y someter a consideración la conducta que los padres han manifestado ante Daniel.

En esta sesión se le explicó a la Sra. cuáles son los daños que pueden provocar los castigos físicos a los hijos, ya que refiere golpear a Daniel, sin embargo, como veremos más adelante, la señora continuó haciéndolo, pues considera que es la única forma de controlarlo, ya que "no entiende de otra manera", por lo que es golpeado y amenazado constantemente.

OBSERVACIONES: El aspecto del niño es aparentemente sano.

sin embargo, semblante triste, según la madre si logra relacionarse afectivamente (con su tía, con su hermana y su maestra).

SESION No. 2

8 OCTUBRE 1991

Se realizó la Historia Clínica.

SESION No. 3

15 OCTUBRE 1991

No asistió a la sesión.

SESION No. 4

28 OCTUBRE 1991

La sesión estuvo dedicada a la aplicación de el Test de la Familia a Daniel, cuyos resultados se anexan.

Durante la plática que se sostuvo con Daniel, éste refiere que no le gusta ir a la escuela porque todo le prohíben.

De su familia tampoco le gustan muchas cosas. Además piensa que su mamá no lo quiere, que quiere más a su hermanita, a ella no le pega tanto, y a él sí le pega mucho también su papá y su mamá. Mi papá, dice Daniel, creo que me quiere más que mi mamá.

Menciona también que no le gusta cómo se porta su mamá con él, pues a veces sólo le está diciendo haz la tarea o portate bien.

OBSERVACIONES: El niño muestra mucha cooperación, es amable y correcto; trata de dar información (al hacerlo llora). Da muestras de entender instrucciones y seguirlas.

Durante la aplicación del Test de la Familia, Daniel interrumpe constantemente su trabajo para hacer comentarios ajenos al tema.

La Sra. Carmen agrega, en esta sesión, que varios días se portó bien Daniel en la escuela (ya que se inició un ciclo escolar nuevo), sin embargo, la maestra le mencionó en una junta - que Daniel se muestra muy distraído.

Mencionó también que lo cambiaron de maestra y salón, ignora el por qué del cambio.

Al preguntarle a Daniel si practica algún deporte, la Sra. Carmen menciona que no le gusta el Karate ni ningún deporte, - ya que el propio Daniel habla elegido el Karate como deporte - para practicarlo y después dijo que ya no quería ir.

Al mencionar esto, Daniel comenta que es mentira, ya que su mamá ya no lo llevó, entrando ambos en una discusión que termina cuando la Sra. Carmen comenta que Daniel dice mentiras.

NOTA.- Se sugirió:

- Que Daniel practique algún deporte.
- Reducir al máximo las prohibiciones.
- Incrementar conductas de acercamiento de los padres hacia Daniel.
- Evitar al máximo seguir golpeándolo.

SESION NO. 5

6 nov-1991

La Sra. Carmen menciona que Daniel sigue igual, y que le sigue pegando porque no entiende y ya esta bien desesperada, y que lo considera como un problema verdaderamente inquietante.

Acepta que está desilusionada de Daniel, porque ella le dió todo lo que el quería, le compraba muchos juguetes que el niño le pedía (a veces con berrinches) le compraba los mejores juguetes y buena ropa y ella esperaba que él fuera agradecido con ella y como no es así, acepta que no lo quiere.

Agrega también que como viven con sus suegros, desde que el niño nació (porque se sentía sola y se enfermaba mucho el niño), la familia del esposo ha intervenido en su matrimonio y en la disciplina de Daniel, ya que el niño pasaba la mayor parte de del tiempo en la casa de abajo con sus abuelos y tíos, los cuales daban a veces ordenes contrarias a las que ella dictaba, y así perdió el control, según ella, sobre Daniel.

Además experimentaba una sensación de temor, de que el niño quisiera más a sus abuelos y tías que a ella, ya que además su esposo no la apoyaba en las decisiones que ella tomaba con respecto a Daniel y esto provocaba discusiones entre ellos, lo cual enfurecía a la Sra. y se desquitaba con Daniel pegándole por cualquier motivo.

También refiere que la relación con su esposo no es satisfactorio, pues lo nota muy alejado, es decir, no muestra interés sexual; desde hace aproximadamente un año, no tienen relaciones sexuales (refiere que él le dice que está cansado o que tiene mucho trabajo, por lo que generalmente siempre llega demasiado tarde, sin darle siquiera la oportunidad de convivencia). Cuando él llega temprano (que es rara la vez) sólo es para proporcionarle quejas de que Daniel se portó mal y que tuvo dificultades en el transcurso del día con los familiares de él.

Los sábados y domingos es casi nula su convivencia ya que él descansa viendo el futbol o bien, salen a "Chachariar".

La Sra. agrega que Daniel tiene Dixlesia, pues se come las letras. También asegura que tiene astigmatismo y dermatitis.

SESION NO. 6

13 Nov 1991

La sesión está dedicada a seguir elaborando el expediente en donde la Sra. Carmen comenta que Daniel es muy miedoso a las inyecciones y que el mayor miedo de ella es la soledad y las enfermedades. También menciona que Daniel es muy destructivo, todos sus juguetes están destruidos, también piensa que ella no le infunde respeto, sino miedo, ya que hace travesuras que no tolera y le da pellizcos o golpes. Tales travesuras, como no dejar jugar a su hermanita (en una ocasión refiere, que se le había advertido varias veces que la dejará dormir y que Daniel no obedió, levantándose el Sr. Juan Manuel a darle unos cinturonzos), afirmando la Sra. que a veces sí le pega muy brutalmente; en otra ocasión, refiere que cuando recibe quejas en la escuela de que se portó mal Daniel, ella le va dando coscorriones cuando se dirigen a casa.

Menciona que ya no le ayuda a Daniel con su tarea, porque una maestra le aconsejó que el niño debería acostumbrarse a hacerla solo. Menciona que ella piensa que la maestra tiene razón

ya que no se piensa pasar toda la vida sentada con él para ayudarle a la tarea. Pues cuando se sentaba con él en algunas ocasiones sólo se la pasa diciéndole: ¡andale!, ¡apúrate! amenazándolo constantemente con decirle a su papá (considera que a veces lograba de esta manera que Daniel cumpliera), ya que el Sr. se encarga de castigarlo cuando llega de su trabajo.

Daniel señala que prefiere hacer solo su tarea porque su mamá se la pasa pellizcándolo, gritándole y termina pegándole. A lo que la Sra. menciona que no tiene paciencia para estar aguantándolo, pues escribe un renglón y habla de otra cosa, escribe otro y su atención se desvía, por lo que la tarea la hace durante casi toda la tarde sin dar lugar a que Daniel pueda realizar alguna otra actividad o bien algún deporte.

La Sra. Carmen refiere también que están construyendo una casa y que el dinero que tenía para la construcción de la misma lo ha estado gastando en cualquier cosa que se le ofrece, además que tuvieron que prestarle al hermano del Sr. Juan Manuel, por ello no han podido seguir con dicha construcción, ya que está en obra negra y la zona donde está ubicada todavía no cuenta con drenaje, ni servicio de agua, por lo que prefieren "aguantarse" en casa de sus suegros donde habitan desde que nació Daniel.

También menciona que su esposo no cuenta con el dinero que le han pedido para el drenaje; por lo que ella de lo poco que ha juntado, se encargará de darlo (menciona que percibe que él sólo aporta el dinero para los gastos de la familia pero que si por él fuera no continuaría lo de la construcción de la casa.)

Menciona que a ella le gustan mucho las fiestas y el baile y a su esposo no, por los que casi nunca salen juntos y cuando llegan a hacerlo él se muestra molesto y fastidiado, sin embargo, el Sr. Juan Manuel, en su trabajo, si va a reuniones, llegando a veces demasiado tarde y llega muy contento, refiriendo que eso es parte de su trabajo.

La Sra. Carmen sospecha que puede "engañarla" con la secretaria, sin embargo, no tiene pruebas, más que en una ocasión su cuñada le llamó para avisarle que el Sr. Juan Manuel estaba con una mujer, desplazándose hasta donde supuestamente estaban, pero no encontró a nadie.

Sin embargo, ella no estaría dispuesta a ofrecerle a sus hijos un padrastro, por la situación que ella vivió, pero en caso de que lo sorprendiera con una mujer no lo dejaría entrar a su casa, ni ver a los niños.

OBSERVACIONES: Durante la sesión Daniel juega con su hermana Vanessa, la cual de vez en cuando muestra conductas agresivas con Daniel, lo que hace que la Sra. le llame la atención a Daniel sin ser él, el responsable de lo que ocurre. Además, delega toda la responsabilidad en él, de que no le pase nada a la niña mientras ella conversa.

Por segunda ocasión Daniel menciona que su mamá lo castiga injustamente, al machucarle la mano a la niña con la puerta de su recámara, ya que no se fijó, y su mamá muy molesta le pegó. Además refiere que en esa ocasión la Sra. estaba tan enojada, tanto que, aventó a la niña sobre la cama y estuvo llorando mu-

cho tiempo antes de que la Sra. la atendiera.

Este incidente es relatado con diferente interpretación por la Sra., que aunque no niega que así fuera, le da otro matiz. -

Lo que hace suponer que es muy importante hacer que la Sra. tome consciencia, si es que así sucede, que sus conductas están afectando a sus hijos.

Además, que también es muy importante manejar la información con mucho cuidado.

Se solicitó la presencia del Sr. Juan Manuel.

También se le dió a la Sra. Carmen una hoja que contiene "errores" que generalmente cometen los padres con los hijos, invitándola a identificar cuáles estaba cometiendo con Daniel. Asimismo, se le invitó a reducir o eliminar, si fuera posible, por completo, todas aquellas conductas que ella pueda tener y que afecten a sus hijos y a ella misma, a través de un programa conductual.

Conductas erróneas que la Sra. consideró que puedan estar afectando a Daniel o que pudieran estar incrementando la conducta inadecuada del niño:

- Principalmente golpearlo.
- Gritarle
- Amenazarlo
- No darle muestras de afecto
- Hacerle todo (como bañarlo, hacerle la tarea y otras).
- Castigarlo mucho tiempo después de que la conducta inadecuada se haya producido.

SESION NO. 7

En esta sesión se obtuvo información de la Sra. Carmen para elaborar la historia clínica de Daniel, al cual se le aplicó el Test del Niño Hiperquinético (anexo).

La Sra. Carmen mencionó lo siguiente en relación a los continuos cambios de escuela que Daniel ha experimentado:

El niño ingresó al 1er. año del preescolar cuando iba a cumplir 3 años de edad, estuvo un año en el Jardín y luego lo cambió a otro porque según ella, el niño vio otro jardín con juegos mecánicos que le llamaron la atención, por lo que decidió cambiarlo a éste, donde cursó su 2do. año de preescolar.

Después lo cambió a otro porque refiere que la maestra de este Jardín ponía a Daniel a cuidar a su hijo, en el otro donde cursó el 3er año de preescolar menciona que hizo bien este año que aprendió mucho y que se encariño con la maestra.

El primer año de primaria lo cursó en una escuela particular, donde no le enseñaban nada por lo que decidió cambiarlo a una particular y ahí no trabajaba, recibía muchas quejas de su comportamiento y lo cambió a particular donde repitió el 2do. año porque estaba muy atrasado.

Actualmente está por terminar ese 2do. año con calificaciones relativamente bajas (7-8) pero por lo menos aprobatorias.

NOTA: La Sra. confirma que sobreprotegió a Daniel haciéndole todo.

Cuando iba a nacer la hermana de Daniel, éste fue desplaza-

do a otra habitación.

Se pidió el auxilio del médico del consultorio No. 15 de la Clínica para interpretación del electroencefalograma, cuyo resultado refiere que el niño no presenta ningún daño orgánico.

Por otro lado es importante mencionar que al aplicarle el cuestionario del Niño Hiperquinético a la madre de Daniel, respondió de la siguiente manera:

- 1.- La indisciplina se lleva a cabo en todo lugar.
 - 2.- No mide peligros.
 - 3.- Habla mucho (hiperactividad verbal).
 - 4.- Duerme bien.
 - 5.- Destructivo y agresivo.
 - 6.- Su conducta es de inatención.
 - 7.- Deletrea al leer.
 - 8.- Hace berrinches (en una sesión la Sra. dijo que sí hacía berrinches y después dijo que no: al hacerle la observación, refiere que no recuerda haberlo dicho, sin embargo en el 1er año de Jardín donde estuvo, se nos informó que el niño presentaba conductas berrinchudas y agresivas incluso con su propia madre quien no podía controlarlo, ejemplo de ello: la Sra. al salir de la escuela y cargarlo, le iba pegando a su mamá y gritándole).
- Refiere que una vez se le privó y en ese momento le untó chile en la boca, para que reaccionará y desde entonces nunca ha vuelto a suceder.
- 9.- Impulsivo.

- 10.- Juega con fuego.
- 11.- Dice mentiras.
- 12.- Generalmente está deprimido.
- 13.- Come demasiado.
- 14.- Comete conductas repetitivas.
- 15.- Es muy miedoso.

Dentro de la mayoría de las sesiones la Sra. Carmen no ha hecho ningún comentario favorable hacia Daniel.

La Sra. Carmen refiere que Daniel robó un reloj de la escuela, el cual hizo que lo devolviera, sin embargo, Daniel argumentó que lo había encontrado. De hecho, este suceso no se aclaró.

SESION NO. 8

Se citó a la Sra. Carmen sola, con el objeto de saber antecedentes personales a lo que refiere lo siguiente:

Su padre biológico fue el Sr. Mario Arista de 49 años de edad, de ocupación albañil, religión católica originario del --- D.F., escolaridad primaria terminada. Abandona a su esposa antes de que la Sra. Carmen naciera, ignora hasta la fecha por qué.

Su madre la Sra. Esperanza Montoya de 49 años de edad, de religión católica, originaria del D.F. con primaria terminada. Después de ser abandonada por su esposo, se casa con el Sr. José Villanueva con quien tuvo 6 hijos.

La Sra. Carmen refiere que ignora el motivo por el cual -- sus padres se separaron y que no conocía a su padre hasta hace poco a través de las vecinas y cuando estuvo con él lo abrazó y

le dijo la falta que le había hecho.

Refiere, hasta donde recuerda y muy vagamente, que su padrastro vivió con ellos desde que nació y a la edad de 6 años aproximadamente, él empezó a hostigarla sexualmente, recuerda que ella se iba a trabajar con él, y en una ocasión, en un taller de pintura, recuerda que abusó sexualmente de ella, le tocaba las piernas y la "manoseaba", esta situación duró así hasta que aproximadamente tenía 15 años. Comenta que en varias ocasiones al percatarse de ésta situación, ella se rehusaba a aceptar las intenciones del Sr. José, sin embargo, a veces era imposible, recibiendo malos tratos, golpes y groserías por parte de su padrastro y de su mamá inclusive.

No recuerda exactamente si se lo comentó a su madre.

También menciona que a los 18 años comenzó a "andar" con quién ahora es su marido, el Sr. Juan Manuel, de quien el padrastro se mostraba muy celoso y no permitía esa relación, no los dejaba verse, sin embargo, ella se las ingeniaba para estar con él.

En alguna ocasión ella se enfrentó a su padrastro, y la madre al ver la discusión optó por sacarla de su casa para llevarla con su tía y evitar mayores problemas.

El Sr. Juan Manuel decide casarse con la Sra. Carmen pues estaba enterado de todo lo que le sucedía ofreciéndole su apoyo moral y formar un hogar.

Refiere que ahora comprende que ha hecho mal, porque él ha tenido mucha paciencia y le ha brindado todo su apoyo y ella no

le ha sabido corresponder y que por ello tampoco se ha separado de él, aunque a veces tengan problemas, además que, ahora que -- tiene a su hija, nunca le daría un padrastro porque podría sucederle lo mismo a ella.

Sin embargo, comenta que ahora no estaría dispuesta a sopor-tar nada y no se detendría por nada, ni nadie, si ocurriera algo similar. También asegura que considera que la culpa es de su - mamá por dejarla sola con él, y también de ella por no haber en - frentado esa situación. Sin embargo, piensa que su madre lo - hizo por la cuestión económica, ya que de ese matrimonio, había 6 hijos más que sostener, además que no tendría caso reclamar - o decirle algo a su madre o a su padrastro, ya que nada cambia - ría y también dijo que ellos fueron felices y alguien tenía que sacrificarse por ellos, considera que esto no le perjudicó - mucho.

OBSERVACIONES: La Sra. refiere que a Daniel le gustan mucho los coches y cuando Daniel quiere hablar de éstos la Sra. no le presta atención, diciéndole que si otra vez va a empezar a ha - blar de coches. También refiere que Daniel es muy tranquilo y que todo el problema comenzó en la primaria.

En cuanto a disciplina, refiere que ahora lo castiga cuando recibe una queja de la escuela, sin salir, hasta que termine la tarea, y que si no la termina, no le levanta el castigo, perma - neciendo prácticamente todas las tardes en su cuarto haciendo su tarea, lo cual le ocupa toda la tarde, por lo tanto el castigo se vuelve interminable.

También comenta que ella antes realizaba actividades manua -

les en el IMSS, pero sus suegros y cuñadas empezaban a hacer comentarios muy desagradables de ella: que descuida a los niños, que los trae sin comer, o que ¿quién sabe a dónde iría? además que la acusan con su esposo de que casi no estuvo en la casa, de donde surgen discusiones, por lo que prefiere haber abandonado esa actividad y quedarse encerrada en casa.

Otro dato importante es que la Sra. dice que ella no supo que durante el parto, ella presentó toxemia y que habían utilizado forceps y que habla tenido una microhemorragia, esto lo supo cuando ya habían pasado varios meses y lo comentó con sus cuñadas, ellas le explicaron que esto ocurrió. Refiere que su embarazo fue un tanto tranquilo sin embargo, recibió varios disgustos por parte de su marido.

Otro dato significativo que mencionó la Sra. es que ella tardó casi 8 años para embarazarse de su 2da. hija, porque no podía quedar embarazada por su peso, estando en tratamiento médico para ello.

SESION No. 9

19 Dic 1991

El Sr. Juan Manuel se presentó 30 minutos después de la hora señalada. Es el 6to. de una familia de 7 hijos, refiere ser muy consentido, por unos padres muy rígidos de ideas muy arraigadas, él se considera muy independiente, viaja sólo constantemente, cuenta con 35 años de edad, de religión católica, estudió hasta el 1er Semestre de la Carrera de Ingeniería del Politécnico y dejó de hacerlo por cuestiones económicas. Su horario actual de trabajo es invariable, por lo regular es de 8 a 9 horas

diarias. Trabaja en el Departamento de Seguridad Industrial como Jefe de dicho departamento en una empresa de metales.

Refiere que curiosamente su vida, la divide en cuatro esferas: social, religiosa, la del hogar y la del trabajo, en donde se desenvuelve independientemente una de la otra sin mezclarse.

Menciona que tiene 12 años de casado con la Sra. Carmen, duraron 5 años de novios, por lo que considera que fueron suficientes para conocerse bien en 3 ámbitos importantes: como amigos, como novios y como esposos, y que aunque no está muy bien preparada le gusta platicar con ella. El está de acuerdo con que su esposa se distraiga y salga a realizar alguna actividad fuera del hogar.

Refiere que cuando se casaron fueron a vivir a casa de una hermana y después de un tiempo vivieron solos, pero que actualmente viven en casa de sus padres por comodidad y que la casa que están construyendo todavía le faltan muchos servicios para que la puedan habitar y que no vale la pena llevar a los niños a sufrir ciertas incomodidades, él considera que hasta dentro de un año y medio podrían hacerlo, pues ese tiempo es el que él tiene calculado para que la casa este en condiciones de estar habitable, y además, que coincidiría con la presentación de su hija.

Refiere no tener relaciones sexuales frecuentes por varias causas entre las cuales están que no le gustan los métodos anti-conceptivos, específicamente, el condón, y otra es el temor al embarazo no deseado, pues no están en condiciones para tener hijos.

A esta respecta menciona que la Sra. Carmen se le hace muy fácil este tipo de situaciones, no le da mucha importancia si ella llegará a quedar embarazada.

Se considerará una persona muy pacífica y muy paciente, sin embargo, cuando se llega a enojar, se enoja de verdad, le da por agredir y golpear, pero asegura que la Sra. Carmen nunca lo ha visto enojado.

En relación con Daniel, menciona que esta situación se la ha comentado a algunos médicos, amigos suyos de la empresa y -- definitivamente quedó descartada la posibilidad de una lesión orgánica, por su parte.

Piensa que Daniel no es un problema, que como todos los niños es inquieto y activo pero que Daniel es muy inteligente como él, por lo que le agrada como es, piensa que lo que pudo afectar su conducta actual es la sobreprotección que le dió su esposa y la familia de este así como la intervención de ésta; incluso dice que Daniel es muy diferente cuando está con su mamá, siente que lo reprime, no lo deja ser, y cuando está con él, solos, o con su familia, se atrevería a decir que es más auténtico, más Daniel, más él.

Describe que las quejas que recibe de Daniel son cotidianas y que se concreta a llamarle la atención o a darle consejos por teléfono ya que diario llama desde su trabajo a su casa para saber como están.

Acepta que ha golpeado en ocasiones a Daniel porque en muchas situaciones no sabe que sucedió en realidad en el transcur-

so del día. Además piensa que de alguna manera debe ser castigado, así como también premiado, lo cual es llevado a cabo por medio de objetos materiales principalmente por él.

Refiere que su esposa está desilusionada de Daniel pues considera que no es un buen estudiante por las calificaciones reflejas en la boleta.

Dice estar satisfecho con su trabajo y que éste le hace modificar y al mismo tiempo amoldar su carácter, es decir, dentro de su empresa, debe estar a cada nivel, con cada persona con la que trata, ya sea desde un alto nivel gerencial hasta los de intendencia y esto a veces, representa para él un desgaste, pues es difícil mantenerse, incluso, dentro de límites o bien dentro de reglas establecidas en la empresa y que en ocasiones afecta sus relaciones con los trabajadores a su cargo, en donde con frecuencia queda como el "malo" por apegarse a políticas de la empresa. Por otro lado, considera que es querido por la mayoría de sus compañeros y que esta haciendo un buen papel, donde procura mantener buenas relaciones con todos.

Por último menciona tener un hijo de 15 años de edad de un matrimonio anterior, asegura que la Sra. Carmen lo sabe.

OBSERVACIONES: La Sra. Carmen se quejaba de que el Sr. Juan Manuel no le da mucha importancia a los problemas que se presentan, mientras que el Sr. Juan Manuel refiere que la Sra. exagera los problemas que se presentan.

Cabe preguntarse ¿cómo es que deslinda sus esferas una de la otra y cómo se maneja en cada una de ellas sin mezclarlas?

Además cómo es posible que le pegue a Daniel sin estar enojado ya que Daniel lo percibe como enojón.

Asegura estar dispuesto a continuar con las sesiones sin embargo, piensa que esto no es un problema, y que no tienen caso las sesiones familiares porque no llegaría a nada con su esposa ya que ella es muy necia y prefiere que ella se dé cuenta por ella misma que generalmente está en un error, como sucede siempre que tienen alguna dificultad.

CAPITULO VIII

8. Análisis.

De acuerdo a lo expuesto hasta aquí, en el caso que nos ocupa, es evidente que no se establecieron las bases firmes en la Sra. Carmen (se ignoran las del Sr. Manuel), que le permitieran desarrollar dichas características de la familia nutridora a la que se hace referencia, permitiéndole haber desarrollado su integridad como individuo, su seguridad, independencia, autonomía y autoestima, esto es, una persona que se autoestima, está satisfecha con ella misma, se siente confiada y capaz de manejar su propia vida: no sufre inseguridad o celos, pues piensa que es una persona valiosa.

Las relaciones que los padres de la Sra. Carmen establecieron con ella (falta de respeto, insuficientes muestras de afecto nula oportunidad para comunicarse con sus padres, cambios de roles, entre otras), dañaron sus relaciones, dado que se ignoraron sus propios sentimientos y necesidades y la alejaron emocionalmente de ellos.

Y de acuerdo a lo que se ha manejado culturalmente, el hijo llega a reprimir esos sentimientos negativos, en contra de sus padres que se despiertan por la carencia que el niño experimenta es decir, el niño confundido en sus sentimientos y carencias que a través de actitudes que los padres le demuestran, siente ansiedad, enojo y culpa, sentimientos estos que, quedan prendidos en ellos, obstaculizando su capacidad de formar una personalidad "normal". Para Karen Horney (1991), el niño que reprime su hostilidad contra los padres por miedo de que la más mínima expre-

sión malogrará las relaciones con éstos, impulsarán el mero temor de que esos poderosos gigantes lo abandonen, llevándolo a experimentar angustia al reprimir su hostilidad, además, en nuestras condiciones culturales, el niño, de ordinario es obligado a sentirse culpable por cualquier sentimiento o evidencia de hostilidad, es decir, se le hace sentir indigno o despreciable ante sí mismo, si se aventura a expresar o sentir algún resentimiento contra los padres o a transgredir las reglas establecidas por ellos.

Esta dinámica, como veremos más adelante es repetida en Daniel por su madre, la cual, esta dañada por dichas estructuras familiares de origen, más aunado a las consecuencias del incesto sufrido. Al respecto Karen Horney refiere:

"...el principal motivo de que un niño no reciba suficiente cariño o amor reside en la propia incapacidad de los padres para dar afecto por impedirse su propia neurosis..." (1)

El hecho de ser padre obliga a revivir muchas de las experiencias y problemas propios de la infancia y aparece entonces la tentación de tratar de resolver experiencias de nuestra niñez (y si son dolorosas, mucho más) recreando situaciones similares durante toda la vida, en un impulso de obtener el control sobre ellas, haciendo las cosas de cierta manera con los hijos, es decir, cuando el padre o la madre tuvieron una infancia desgraciada, y (logran conciencia de ello), los sentimientos resultantes se desbordan en deseos enormes de proteger a su hijo, de tal suerte que pareciera y harán cuanto puedan para que la influencia de las privaciones o carencias de la infancia no obstaculicen la felicidad de sus hijos.

Muchas veces esto conlleva a exagerar ciertas conductas para compensar tardíamente, lo que ellos tuvieron que sufrir, perjudicando así a sus hijos.

De acuerdo a la Sra. Carmen, ella no desea que sus hijos sufran lo que ella pasó en su familia, sin embargo, queriendo compensar este sufrimiento, adoptó conductas de sobreprotección principalmente con Daniel, inicialmente y después de rechazo, ignorando así los sentimientos de Daniel, y reviviendo sus propias necesidades, empeorando y repitiendo la misma historia que ella deseaba evitar.

Una lamentable contradicción de la vida de la Sra. Carmen, es querer encontrar en su hijo, una compensación de las carencias pasadas y actuales privaciones, tanto de su infancia como en las de su matrimonio, al querer depositar en él, la esperanza de que le devolverá, todo lo que ella está haciendo por Daniel, (además ella considera que al permanecer en una relación como la que vive con el Sr. Juan Manuel será gratificada por sus hijos, pues, la pérdida de su amor hacia ella por parte de su esposo, y la lucha que ella ha emprendido por reconquistarlo, lo hace parecer ante ella, un sacrificio digno de ser alabado por sus hijos). Al respecto, Santiago Ramírez manifiesta:

"...ningún niño, sea cual fuera su edad, puede proporcionarle un amor maduro o compañía adulta a sus padres y si éstos le exigen estas cosas impropias, el niño sufrirá una tremenda confusión y verá obstaculizados sus esfuerzos por ofrecerles a los padres su propio amor infantil... una mujer adecuadamente satisfecha en sus aspectos genitales, no brinda al niño el exceso de sus cargas no satisfechas..." (2)

De alguna manera la Sra. Carmen exige demasiado, incremen-

tando la dependencia mutua, ya que ella se ve desesperado por encontrar respuesta a dicho sacrificio, no está más que rechazando a Daniel, no lo acepta con las limitaciones que ella misma ha determinado y que no es capaz de comprender debido a su inmadurez, producto de la escasa confianza en su propia capacidad de crianza, como ella misma lo ha manifestado, sólo proyecta su propia necesidad de ser protegida, así lo reafirma Karen Horney:

"...las teorías pedagógicas y la sobreprotección o la "abnegación" de una "madre ideal" son los agentes básicos creadores de cierta atmósfera que más que cualquier otra cosa, echa gérmenes de ulteriores sentimientos de profunda inseguridad..." (3)

Incluso existen padres que aparentan dar a sus hijos todo lo necesario: bien cuidados y materialmente no les falta nada, a los ojos de todos, la familia ofrece una imagen de responsabilidad. Sin embargo, la forma de expresar o no dar muestras de afecto, daña emocionalmente a sus hijos, echando por tierra todo lo que se les da materialmente.

Por otro lado, Daniel ha sido sometido a una disciplina con muy insuficiente consistencia, quizá radique aquí uno de los principales factores que han contribuido a su problemática conductual, independientemente de los problemas orgánicos que pudiera haber presentado, es decir, si muchos de los trastornos orgánicos van acompañados de un problema conductual, el medio que le rodea va a favorecer o aumentar que éstos se incrementen si es que los hubiera.

De acuerdo al diagnóstico de Daniel, estos aspectos se combinan, y dan por resultado un conjunto de características que e-

tiquetan al niño, encajándolo en este caso, ya sea a un tipo de disfunción cerebral o a un trastorno de conducta perturbador según lo menciona el DSM-III-R (p 60), sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, pudo ser agravado por el ambiente que le rodea.

Además, que esto provoca dominio e imposición en determinadas situaciones, impidiéndole a Daniel interiorizar normas y reglas coherentes y la responsabilidad de autoregular su comportamiento.

Debido a que la adquisición de autodisciplina es un proceso continuo pero lento entraña muchos pasos cortos y numerosos resbalones hacia atrás, un proceso tan prolongado desespera a los padres quienes se impacientan al no obtener resultados inmediatos.

La paradoja consiste en que la enseñanza de autodominio exige demasiada paciencia por parte del enseñante, así como dar muestras precisamente de autodominio y de paciencia para enseñarle al niño los valores de esta clase de conducta y para influir y conseguir que los interiorice, por su parte Bruno Bettelheim menciona:

"...lo que ocurre es que el padre o la madre que tiene prisa impone disciplina, mientras que enseñar autodisciplina requiere tiempo y paciencia, así como confianza en que el niño por iniciativa propia, hará lo indicado.." (4)

En relación al control Wayne Dyer (1985), afirma acerca de la sobreprotección que es una forma oculta de hacer dependientes a los hijos para seguir controlándolos de mayores.

Esta obsesión de la madre de Daniel que se manifiesta como respuesta a su propia ansiedad materna, se dificulta más en Daniel, cuando éste no cubre las expectativas que ella espera de él, es decir, estas actitudes desmesuradas e inadecuadas de la Sra. Carmen hacen que Daniel, se experimente rechazado al tratarlo en forma incoherente, en una mezcla de agresividad, golpes, amenazas, pellizcos, ofensas y la preocupación exagerada por las calificaciones, por controlar su conducta y otras, aumentando así un alejamiento más marcadamente, entre ellos, llevándola a polarizar sus relaciones con él.

Cuando Daniel empieza a percibir las reacciones de su madre mensajes estos, que son contradictorios a sus demandas se experimenta ajeno como el mismo lo manifiesta.

Así pues, los padres no deben ceder ante el deseo de tratar de crear el niño que a ellos les gustaría tener, sino que, en vez de ello, deben ayudarle a desarrollarse plenamente, hasta llegar a ser lo que él quiera y pueda ser, de acuerdo con su dotación natural y como consecuencia de su historia vital singular. Osorio (1983), escribe que en algunos casos, el niño termina por aceptar la imagen que de él tienen sus padres, creyendo que merece ser castigado porque es "malo".

Según investigaciones descritas en el libro EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (como fenómeno social) el niño puede experimentar sentimientos de rechazo, pobreza emocional, incluso vergüenza de sí mismo.

A menudo los padres parecieran preocuparse por sus hijos, se sienten emotivamente entregados al hijo con respecto al terreno

escolar, mientras éste cree, que en realidad no les interesa nada a sus padres, pues éstos insisten muchísimo en la necesidad de hacer un buen papel en la escuela, y reaccionan en forma exagerada ante los fracasos escolares, por desgracia, el niño en -- está situación experimenta negativamente esta preocupación por el trabajo escolar, provocando que el niño odie los estudios, -- pues son más importantes éstos que él, para sus padres.

Si recordamos que Daniel ha manifestado que se siente rechazado, que nadie lo quiere, es evidente que ese "amor" es traducido en cuidados excesivos, o una preocupación por su rendimiento escolar, que lo confunde ya que él es incluso, considerado como una de las causas de las desdichas familiares (chivoemisorio).

Así pues, niños de inteligencia "normal" tienen fracasos escolares como en el caso de Daniel, que incluso tiene la capacidad de aprender, sin embargo, se reusa a lo que la escuela significa para él.

Cabe referirse a otro aspecto importante en los trastornos de su conducta de Daniel y es precisamente la llegada de su hermana menor.

Todo niño desea creer que es el favorito de sus padres, el temor a no serlo es la raíz de la rivalidad entre hermanos, cuya intensidad es una medida de esta ansiedad, pues el niño sufre cuando tiene la impresión de no ser el más querido. Incluso hay padres que no les gusta mucho su hijo, se sienten decepcionados con él o no se comportan de un modo que inspire admiración y ca-

riño, dando lugar a que realmente se prefiera a otro de los hijos, a través de conductas, que el niño percibe, a lo que Bettelheim menciona:

"...querer a todos los hijos por igual, sería negar las diferencias individuales de los niños, que por ser distintos, no pueden gustar de idéntica manera a la misma persona. En el mejor de los casos, un padre o una madre querrá mucho a cada uno de sus hijos -es lo más frecuente,- pero a cada uno de distinta forma, por razones diferentes y propias..." (5).

La manera de como se conduce la madre ante este hecho, es decir, el deseo aumentado por quedar embarazada durante casi ocho años, sometiéndose a tratamientos, incrementando así cuidados excesivos en sí misma, olvidando y descuidado a Daniel.

La actitud de volver a ser padre en el Sr. Juan Manuel, cuya actitud incrementa el temor en Daniel ya que ambos cambian de actitud ante este hecho, de manera que Daniel lo percibe a través de ser trasladado a otra habitación cuando nace su hermana, las compras y cuidados hacia ella; así como las advertencias de la madre hacia Daniel en relación a la niña: "no la toques porque eres brusco" "no la vayas a lastimar" y otras similares. Es necesario resaltar estas conductas que quizá crearon las condiciones, para que entre Daniel y su hermana se originara una rivalidad fraterna, que incremento la ansiedad de Daniel.

La angustia de Daniel puede manifestarse en varios comportamientos tales como la destructividad, inatención en la escuela, desobediencia y necesidad entre otras, que deben ser tomadas en cuenta como signos de malestar psicológico que no ha podido comunicar, pero que ha vivido como lesivo y que se retranscribe en

dichos actos y actitudes y es pues, al adulto a quien corresponde "decodificarlo".

Tal es el caso de Daniel que presenta un problema psicósomático: NEURODERMATITIS.

Muchos trastornos en la piel parecen estar vinculados con estímulos psicológicos como factores irritantes superpuestos a los aspectos etiológicos de naturaleza alérgica.

Presumiblemente, la inervación de la red capilar cutánea a través del sistema nervioso autónomo representa el vínculo psicológico entre la excitación emocional y el empeoramiento de la condición de la piel.

En cuanto a la relación que mantienen los señores es necesario recalcar que existen serios problemas entre ellos, debido a la posible interferencia en el desarrollo adecuado de sus hijos. Según Jean Campion:

"...cuando el sistema familiar refleja de parte de los padres actitudes -por bienintencionadas que sean- inmaduras, ansiosas, contradictorias, ilógicas o rígidas, el niño es mucho menos capaz de entender qué se espera de él y de desarrollar un sentido de la propia competencia. Tiende a carecer del sentido interno de seguridad y respeto propio que le permitiría responder positivamente a situaciones nuevas y estimulantes o adaptarse a las difíciles. Suele estar tenso, inquieto, ansioso y confuso y reaccionar de un modo impropio (incluso violento) cuando se enfrenta a una situación nueva o de estrés..." (6)

Si tomamos en cuenta el motivo por el que se casó la Sra. -- Carmen, vemos que rebasa lo que para ella fue una ayuda; más --- bien fue un rescate, esto nos conduce a pensar que es incapaz de tomar decisiones, pues constantemente pide auxilio y aprobación, actuando de manera infantil, sufre si se ve privada de la compañía de su esposo (información recibida en la entrevista) siente que no puede estar sin él, ya que lo considera como la principal fuente de sentimientos buenos y placenteros. Y cuando más dependiente es ella de él, más importante se vuelve para ella, creando así un círculo vicioso, dejando entrever, que será difícil la separación, manteniendo así la relación cada vez más viciada.

Y aunque la Sra. da muestras de ser independiente en otros aspectos cabe señalar, que emocionalmente puede estar "enganchada" debido a que lo más significativo es recuperar el amor de su esposo, y en segundo término sus hijos, pero esto le está causando mucho sufrimiento.

Además, en la entrevista refiere estar llena de temores al abandono, a la soledad, entre otros, que manifiesta abiertamente como justificaciones para no abandonar la relación con su esposo, señales que se manifiestan en una relación de dependencia.

Otro dato interesante es ver que la Sra. Carmen ha tratado de ser mejor esposa y mejor madre, pues constantemente se está culpando de ser ella la responsable de su "fracaso" matrimonial es decir, refiere que desea prepararse más, pues, considera que se ha portado mal con su esposo el cual ha sido muy paciente -- con ella, sin embargo no ha hecho nada para lograrlo. Al res-

pecto Susan Forward menciona:

"...expresiones tales como "estoy tratando de mejorar", "él está intentando ayudarme a mejorar", "lo que quiere es ayudarme a reconocer mis fallos" o "estoy procurando vivir a la altura de lo que él espera de mí"; dan a entender que las percepciones de una mujer han sido deformadas por los ataques de su compañero, hasta el punto de que ella no sólo defiende el maltrato que de él recibe, sino que se culpa a así misma de ser la causante..." (7)

G. Bateson, 1959, mostró como en una familia los padres pueden establecer una situación de doble vínculo. Viven experiencias repetidas secuencias de acontecimientos orales, en donde los adultos imponen al niño estructuras en nombre de este modo de comunicarse.

Mensajes incongruentes: verbales que manifiestan aceptación en una apariencia libre de acción, y que gesticulan una incertidumbre en cuanto a las consecuencias (premio o castigo) cuando los deseos de los padres son transgredidos.

En las interrelaciones familiares pueden crearse por rigidez o ambigüedad, una seudomentalidad en la que la comunicación y la interacción se hallan desunidas y fragmentadas (las presiones ejercidas para conservar este aspecto no consiguen más que aumentar la ausencia de verdaderas relaciones (significativas), o una "seudocordialidad" que tenga un valor dinámico en donde se contengan o escondan sentimientos desagradables, deseos amenazadores).

Este doble vínculo está presente en la Familia de Daniel, - propiciando así problemas a nivel de comunicación, sobre todo por la Sra. Carmen. Este desorden en cuanto a mensajes, desorganiza la personalidad del niño, provocándose conductas caóticas difíciles de entender, debido a la angustia que esto le provoca, pues el niño no ha podido decodificar los mensajes, al tiempo que desconoce el intercambio sincero, lo que lo vuelve incapaz de introducirse en la dialéctica de la relación que deja de ser accesible para ambas partes.

Agregamos pues, que Daniel ha presentado como consecuencia de su estado emocional, el robo y la mentira, que irrita a los padres, por considerar esto como una "traición" y que desgraciadamente, tiende a reforzar el condicionamiento, con una amenaza a largo plazo. Considerando este hecho, los padres sienten la mentira y aún más, confesarla como un fracaso de parte de ellos.

Debido a que sólo se mantuvo una sesión con el Sr. Manuel, podemos hacer sólo algunas inferencias sobre su comportamiento, para comprender mejor su conducta, dividiremos de la siguiente manera su estudio:

--- Propio Desarrollo

Se percibió durante la entrevista sentimientos de inseguridad pues refiere ser independiente en el terreno emocional, sin embargo, existe un gran apego a sus padres en cuanto a que no encuentra otro lugar, según él, más cómodo y seguro para vivir, que el estar viviendo ahí, precisamente junto a sus padres, aun-

que reconoce que su familia a interferido en su matrimonio y está afectando su relación con su hijo y con la Sra. Carmen y de esta con el Sr. Manuel convirtiendo a Daniel en el blanco de bombardeos confusos, entremezclados de sobreprotección, disciplina y órdenes entre todos ellos.

Además, el Sr. Manuel insiste en saber si esta manejándose adecuadamente, aunque el asegura esta bien, pero su insistencia remarcada, permite dudar de su seguridad sobre su situación familiar.

--- Problemas de pareja.

Según, Santiago Ramirez (1977), de acuerdo a la cita a que se hace referencia, la situación encaja con las experiencias de los padres de Daniel, pues el Sr. se muestra violento con Daniel así como la relación que se ha dado con la Sra. Carmen, ha dado pie a su insatisfacción como pareja, sujetándose al patron antes descrito.

Asimismo, la moral sexual, impregnada de interés de propiedad, ha instaurado un status en el que es obvio que el hombre posee a la mujer y que ésta se "entrega", a lo que supuestamente es para él una muestra de virilidad. En el caso de la Sra. Carmen representa una situación ambivalente ante su esposo, por un lado, la Sra. víctima de incesto queda impregnada de una serie de sentimientos contradictorios (vergüenza, culpa, angustia) que la imposibilita, para mostrarse ante si misma y ante su esposo libre de culpa, ya que el manejo de la virginidad, las creencias

de haber provocado ella misma el hostigamiento sexual, esos mensajes inadecuados que las propias madres mandan a sus hijos en relación a su sexualidad, y por otra parte, la reacción que el hombre mexicano tiene, precisamente ante este hecho, así como el aprendizaje de lo que el vivir en pareja significa, el amor, la paternidad y otras que están generando posiciones de subordinación (relaciones de poder), que se manifiesta en una dependencia emocional por parte de la Sra. Carmen.

--- Problemas Laborales.

Schneider (1979), nos habla de una patología particular del trabajador asalariado, cuyos modelos de vida y los factores ambientales ejercen sobre él un determinado estado de salud y de estabilidad emocional, presentando una serie de características comunes en el trabajador mexicano, en nuestro caso en particular podemos señalar algunos aspectos a los que Shneineider hace referencia y que podemos considerar para explicar alguna alteración en la conducta del Sr. Manuel, específicamente la agresividad:

ASPECTOS
LABORALES

CARACT. DEL CASO

EFECTOS

Sobrecargas laborales.	El Sr. Manuel trabaja tiempo extra ya que su trabajo lo requiere así debido a que su presencia es necesaria para controlar la eficacia del trabajo.	Fatiga emocional y física.
Pérdida del empleo latente.	El Sr. Manuel refiere trabajar con mucha cautela, para evitar accidentes y además por temor a ser despedido, ya sea por recorte de personal o bien, por no llevar a cabo su trabajo adecuadamente.	Angustia y tensión.
Tensión Continua.	Según el Sr. Manuel no mezcla las obligaciones, de su casa con las de su trabajo, sin embargo refiere llegar demasiado cansado, con deseos de encontrar paz, interfiriendo en la comunicación con su hijo.	Tensión e irritabilidad.
Grado de responsabilidad.	El tener bajo su cargo gente, es una gran responsabilidad, así, lo refiere el Sr. Manuel, y sobre todo, si están en riesgo de accidentes en forma continua.	Tensión. Angustia.
Polivalencia de Roles.	Trabajo conflictivo debido a la interacción con trabajadores con bajo nivel académico y sobretodo, cuando esta de por medio las políticas de la empresa y chocan intereses.	Conflictos.
Práctica educativa orientada por el poder.	El trabajo del Sr. Manuel se desenvuelve en relaciones de subordinación, con lo cual se intenta explicar que se maneje así en su hogar, en relación con Daniel.	Maltrato físico.

Bajo estas condiciones laborales, el trabajador permanece primero en un estado de dependencia (salarial) y además en una determinación ajena de las condiciones sociales bajo las cuales trabaja, creando (enfermedades psíquicas) patologías de los trastornos de conducta, Schneider (1979), que efectivamente va a

deteriorar o afectar la relación familiar con la que se desarrolla.

Así podemos decir, que la situación laboral del Sr. Manuel es un factor que influye en el comportamiento agresivo de éste con su hijo.

Podemos decir, que el padre cuyo comportamiento negativo puede perturbar al niño en forma duradera, no puede servir de modelo referencial, pues el niño tiene, desde muy pequeño, una mirada crítica que oscila entre la angustia que le provocan las escenas de irritaciones y violencia del padre y el deseo de imitarlas, y descubrir que él también puede ser violento e imponer así sus deseos. La falta de respeto, en esta relación, la imposibilidad de admirarlo, de vivir simplemente feliz y relajado en su presencia, son causas de enfrentamientos, a menudo violentos, que se originan tarde o temprano entre ellos.

En este sentido, se puede decir que las causas que se encontraron para la aparición y desarrollo de trastornos emocionales en Daniel fueron los siguientes:

- En primer lugar, MADRE EMOCIONALMENTE DAÑADA, cuyas causas encontramos en su origen familiar del cual proviene: DESINTEGRACION FAMILIAR, FAMILIA DISFUNCIONAL, INCESTO entre otras. Y la relación que se establece con su hijo Daniel.

- En segundo lugar tenemos LAS CARACTERISTICAS AFECTIVAS que se establecieron desde el inicio del embarazo de la Sra. Carmen con Daniel, ya que refiere haber tenido un embarazo intranquilo.

Al respecto, en el Manual para la atención de la Madre y el

Niño encontramos lo siguiente:

"...la razón por la que las tensiones de la madre son peligrosas para el desarrollo prenatal es la de que trastornan el funcionamiento normal del Sistema endócrino materno. Esto produce un estado hiperactivo de las glándulas tiroideas y adrenales (las del Sistema Endócrino que preparan al cuerpo para una mayor actividad durante un estado emocional) a continuación, esas secreciones endócrinas se transmiten al ambiente prenatal en el útero que afecta al feto en desarrollo" (8).

El recién nacido al cual se le hizo hiperactivo, debido a las tensiones maternas durante el periodo prenatal o que sufre alguna irregularidad, de desarrollo, deberá hacer adaptaciones a la vida postnatal que resultarán difíciles incluso, para los -- neonatos, que no han sufrido los efectos de las tensiones maternas. Dichas adaptaciones a la vida postnatal se intensifican por los efectos de las tensiones maternas, que se le comunican por el modo en que los cuida la madre, en esas condiciones, las adaptaciones a la vida postnatal tienden a ser pobres.

Así Elizabeth Hurlock afirma:

"...puesto que se sienten rechazados y poco amados, pueden tener un desarrollo físico por debajo del promedio, hiperactividad, dificultades para dominar las capacidades motoras y el habla, problemas de aprendizaje malas adaptaciones personales y/o sociales..." (9)

Aunado este a la insuficiente información del embarazo, ya que la Sra. Carmen, refiere que hasta después de varios meses de nacido Daniel se enteró por sus cuñadas que tuvo Toxemia. Este es un padecimiento que produce cambios estructurales, responsables de la disfunción cerebral y que se manifiesta por hipertensión, que puede provocar microhemorragias en el cerebro del

producto, provocando más adelante la sospecha de un daño cerebral.

En tercer término, la situación de ser hijo único que tiene o debe compartir todo lo que se le proporcionó (en abundancia), inicialmente por los padres, abuelos y tíos, con un "rival" que viene a "robarle" atención, protección y amor entre otras cosas, y que ha sido esperado por casi ocho años, provocando en la madre una preocupación exagerada para conseguirlo.

Y actualmente la conducta que la Sra. Carmen ha adoptado ante Daniel, en relación a su hermana, que específicamente manifiesta una situación de separación entre ellos, a través de prohibiciones, tales como no la molestes, no le gusta que la agarres, no quiere jugar contigo, déjala eres muy pesado con ella (información que se observa durante la entrevista), creando entre ellos RIVALIDAD FRATERNA.

- Ante estas situaciones no queda más que considerar que Daniel ha sido víctima de la INCAPACIDAD DE MANEJO de su madre, dañando así su individualidad y autoestima, es decir, con una imagen pobre de sí mismo, con grandes sentimientos de frustración al no sentirse aceptado, lo cual traduce en agresividad y destructividad, perdiendo la esperanza de ser bien recibido y de alcanzar éxito y reconocimiento en lo que haga por la gente que le rodea, principalmente de sus padres y específicamente a la madre a la que percibe como agresiva, violenta, "fea", ya que más que relacionarse con ella se defiende de ella.

Es pues, considerada la propia incapacidad de manejo de la madre con respecto a sentimientos y necesidades propias y las de

su hijo Daniel, las que dan origen a un doble vínculo que los -- imposibilita a acercarse emocionalmente.

Otro factor se puede considerar como la INSUFICIENTE PRESENCIA DEL PADRE que no permite tener una imagen paterna más sólida con muy poco acercamiento y convivencia entre Daniel y su padre.

- Asimismo, la INTERRELACION DEFICIENTE ENTRE SU PAREJA, la cual entredesaja ver su dinámica familiar deteriorada. En este sentido, Erich Fromm escribe:

"...un padre con suficiente amor a sus hijos, que al mismo tiempo tiene una actitud de protección y amor hacia su pareja genital, brindará un sólido patrón de identidad y de identificación para que en el futuro sus propios hijos tengan actitudes equivalentes hacia sus hijos..." (10)

La relación que mantienen los señores presenta serias dificultades entre ellos, principalmente a la Sra. Carmen la cual a desarrollado una DEPENDENCIA EMOCIONAL, pues no es capaz de cuidarse sola inclusive, se deja guiar por la familia del Sr. Constantemente pide ayuda y aprobación, actuando de manera infantil con lo que sus hijos tienen como referencia la figura materna - insegura y confusa, este aspecto ha sido tomado con mucha importancia dentro de la dinámica familiar, ya que se habla de un contagio emocional, el cual pasa de persona a persona y de una generación a otra, contagiándose incluso la propia ansiedad hacia los miembros de la familia (Ackerman, 1978).

Con ello podemos decir que está interfiriendo con el desarrollo adecuado de sus hijos.

La falta de preparación adecuada, para llevar a cabo una DISCIPLINA, específicamente con cada uno de sus hijos.

Cabe referirnos a las amenazas constantes, gritos, pellizcos y ofensas que recibe Daniel, así como la forma en que es castigado por sus padres. Al respecto Bettelheim refiere:

"...cabe decir, que cada niño reacciona de modo diferente ante el castigo, según su personalidad y sobre todo, según su naturaleza, de su relación con los padres, pero ningún niño que sufra un castigo, se libra de sentirse degradado..." (11)

Así como también, las amenazas que la Sra. Carmen manifiesta con Daniel acerca de que será castigado por su padre cuando llegué del trabajo, de esta manera, su entorno se vuelve cada vez más agresivo. González Nuñez señala:

"...estos mensajes que la madre emite hacia su hijo pueden permanecer a la imagen real del padre o alejarse de la misma, lo que da lugar a una fantasía acerca de éste, que se consta hasta que el contacto con el padre, contacto real, hace que tanto los mensajes transmitidos por la madre con la fantasía que estos han formado se modifiquen de manera tal que si la imagen transmitida por la madre refiere a un padre tierno, el niño empezará a introyectar ternura en función de su padre, pero se da también el hecho de que la madre pueda configurar la idea de un padre frío y amenazante. Es así que la madre constatará la imagen del padre según la proyección que de él da a su hijo si la madre amenaza al niño con el castigo del padre, aquel juzgará el comportamiento de éste como represivo..." (12)

Asimismo, las constantes órdenes, castigos y premios indiferenciados por sus tíos y abuelos, contrarios muchas veces a los de la Sra. Carmen (esto último originaba en la Sra. Carmen el temor a que su hijo la dejará de querer y quisiera más a sus tíos por lo que permanecía pendiente de cualquier situación con

su familia del Sr. para dictar órdenes contrarias, y no permitir el control sobre Daniel, aún a pesar de su incoherencia, incluso la Sra. reconoce que lo castigaba y regañaba por que hacía cosas que sus tías le mandaban), contribuyeron a alterar la conducta de Daniel. Así Odile Dot menciona:

"...la integración social del niño, su aceptación plena de los vínculos con los demás, sólo pueden concretarse con éxito si hay acuerdo entre ambos padres. El resultado de la disociación entre los dos miembros de la pareja, en el nivel de las comunicaciones con el niño, es la confusión..." (13)

Si estos incidentes se repiten con frecuencia pueden generar una tensión en el niño, los cuales aprovecha, al darse cuenta, -conduciéndose a través de caprichos, cóleras, agresividad y violencia, debido a un sentimiento de incomodidad permanente, para conseguir lo que desea, y actúa por consiguiente así.

Incluso las propias rivalidades verbales entre los miembros de la familia -cuando son frecuentes-, al ser vividas por mediación del niño, crean en éste una sensación de caos, en el cual no sabe hacia donde dirigirse.

El sistema escolar que refleja actualmente incapacidad para tratar problemas de conducta en los niños dentro del aula escolar:

"...muchas veces y sin razón los padres e inclusive sus profesores no saben encauzar dicha libertad, sino por el contrario, reprimen al niño injustificadamente y lo único que logran desarrollar en él, remordimientos, sentimientos de culpabilidad, melancolía, pesadumbre y miedo..."...los celos y rivalidades entre los individuos y entre los departamentos, la mala comunicación entre los adultos, los sentimientos de desesperación y confusión, pueden producirse en unas actitudes nada positivas de

parte de los profesores hacia el niño que tiene problemas. Cada una de esas personas adultas puede estar haciendo todo lo posible según su forma de ver las cosas, pero sutiles factores internos, producen estrés que, a su vez, afecta negativamente al niño..." (14)

Algunos padres y maestros, aunque generalmente tengan el propósito de transmitir bienestar al niño, suelen tener una forma de ver de forma diferente un problema. Tal es que los padres no aprecian las presiones asociadas al mantenimiento de la disciplina escolar, ni las dificultades a que se enfrentan los maestros de una aula, donde tiene que atender a la vez las necesidades de treinta o más niños, todos ellos con necesidades y actitudes diferentes. Los maestros, por otro lado ignoran los problemas familiares y personales a que se enfrentan las familias con niños que ellos educan. Existe pues, por ambas partes la tendencia a conducirse como si determinadas cosas "deberían ser así".

Los padres piensan que el profesor está capacitado para controlar al niño por difícil que éste sea. Y el maestro cree que el niño debería ser capaz de portarse bien o de aprender, y que los padres son capaces de enseñar al niño a disciplinarse para que haga su tarea, se lleve bien con sus compañeros, le guste la lectura y otras actividades.

Si algo sale mal, se culpa inevitablemente a cada una de esas partes, por cada parte. Al respecto Thomas Gordon menciona:

"...los métodos de enseñanza empleados por la mayoría de los maestros y aprobados por la mayoría de los administradores escolares, sólo aseguran que los alumnos seguirán siendo sin remedio dependientes, inmaduros e infantiles..." (15)

Podemos concluir que los factores anteriormente mencionados, son característicos de una FAMILIA DISFUNCIONAL, que han dado como consecuencia en la personalidad de Daniel diversos trastornos de conducta tales como: INDISCIPLINA, ROBO, MENTIRAS, HIPERACTIVIDAD, INATENCIÓN, BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR Y PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS.

De lo que se desprende que una FAMILIA DISFUNCIONAL puede originar inicialmente PROBLEMAS EMOCIONALES (Neurosis) en los hijos, que a su vez desarrollan TRASTORNOS DE CONDUCTA.

Cabe señalar, debido a su importancia, que en una de las sesiones se encontró que la Sra. fue víctima de hostigamiento y abuso sexual por parte de su padrastro.

Con excepción de algunas comunidades primitivas, todas las culturas han erigido barreras muy firmes contra el incesto. Sus definiciones van desde límites muy estrechos (que incluyen padre, madre, hermano, hermana) hasta otros que incluyen tíos, sobrinos y primos en primero y segundo grado.

Así tenemos que desde el punto de vista legal y de acuerdo al Art. 272 del Código Penal, se considera incesto, aquellos ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes.

El incesto se define como el coito o actos de conducta sexual desviada, incluyendo molestación sexual entre dos personas que están emparentadas muy cercanamente (Browning y Boatman, 1977; Fontana, 1984; Manterola, 1982; Mc. Cary, 1984).

Entre la definición jurídica y psicológica, existe mucha distancia, ya que la primera es muy estrecha, se concreta a las

relaciones entre ascendentes y descendientes.

A nuestro juicio, desde el punto de vista psicológico, el incesto abarca una gama mucho más amplia de conductas y relaciones que incluye cuestiones como: tocamientos morbosos, maltrato sexual, violación a la privacidad individual y algunas conductas que no incluyen contacto físico, pero que son claramente motivadas con fines sexuales y que son incluidas en la categoría de seducción. Así para Herman e Hirschman (1981), el incesto incluye conductas exhibicionistas, dejar material pornográfico para que el infante lo encuentre, hacerle confidencias de actos de explotación sexual o descripciones detalladas sobre actividades sexuales reales o imaginarias.

"...a menudo la conducta incestuosa empieza - siendo una especie de juego a base de caricias, prolongados besos, forcejeos y tocamientos genital más o menos solapado, con el tiempo, estos actos adquieren un carácter declaradamente sexual, sin que medie ningún tipo de fuerza - física.." (16)

Independientemente de la definición que se adopte cabe referirse a las consecuencias que conlleva este hecho, ya que el incesto es quizá una de las relaciones más incomprensibles del ser humano a la que se le han atribuido ciertas explicaciones: hacinamiento, nivel socio-económico, factores culturales, entre otros.

Según, Marchiori (1985), la madre tiene muchas veces la culpa, porque tolera calladamente la relación de su marido con la hija, estas relaciones duran a veces años, pueden haberse mantenido en secreto por una cantidad considerable de tiempo, quizá años.

Contemplado de manera puramente psicológica, frecuentemente las jóvenes rechazadas por la madre, buscan refugio en un hombre mayor, que bajo determinadas circunstancias es a veces el padre.

Algunos psicoanalistas han encontrado una relación entre las tendencias incestuosas y la homosexualidad. Al no haber podido superar su complejo de Edipo (complejo de fijación con la madre) y ante la barrera cultural del incesto, rechaza no solamente a su madre sino a todas las demás mujeres, debido a que cualquiera podría evocarle la imagen de ella.

Freud, señala que hay un fuerte instinto "natural" al incesto desde temprana edad. Por su parte, Malinowski, considera que la aversión al incesto no es un fenómeno "natural" sino un fenómeno creado por la cultura, que él denomina "esquema complejo de reacciones culturales".

Ellis (1939), define al incesto, desde un punto de vista similar, según el cual "no hay instinto antiincestuoso, ni aversión natural".

Las prohibiciones contra el incesto tienen un carácter esencialmente cultural. Mordock (1987), manifiesta los tabúes del incesto intrafamiliar, tienen el carácter universal. En ninguna de las sociedades se considera permisible la relación sexual o el matrimonio entre padre e hija, hermana y hermano.

Pero, sin embargo, en nuestra cultura representa en el niño la traición de la confianza más básica entre el niño y sus padres y emocionalmente de las más destructoras.

Además, no se considera que tenga que ser necesariamente un

consanguíneo; puede ser cualquiera a quien el niño considere como miembro de la familia, como en este caso el padrastro, pues de cualquier manera son dañinas, aunque no se efectue incluso el contacto físico, como se mencionó anteriormente: un exhibicionismo, o una masturbación delante del niño, y esto se le agregaría que "debe" ser mantenido en secreto.

Se puede afirmar que este tipo de situaciones obedece precisamente, entre otros factores, a la falta de afecto, respeto y comunicación entre la familia, es decir al derrumbe total de ésta.

En el caso de la familia de la Sra. Carmen es importante considerar las condiciones en que se dió este tipo de situación, y aunque la información es deficiente, algunos datos refieren que no existían bases sólidas entre este matrimonio: como son los gritos, las constantes riñas, falta de respeto y sobre todo la agresión que sufriera la hijastra por parte de ambos padres, lo cual hace suponer que partimos de un hogar cuyos sujetos son inadecuados.

Ahora bien, con respecto al matrimonio de la Sra. Carmen, es importante mencionar las condiciones en las cuales se unieron para formar un hogar con semejantes bases y más cuando, como en este caso, ya existían hijos de un primer matrimonio, por parte del Sr. Juan Manuel. Cabe preguntarse ¿por qué se unieron? y ¿cuáles son las consecuencias de esta unión?

La afirmación que hace la Sra. Carmen de que sus padres fueron felices a costa de su sacrificio, da indicios de cómo ella fué afectada, así como se formó un concepto de felicidad y ma-

trimonio erróneos (ya que esto está perjudicando actualmente su situación). Ya que adoptó el papel de "salvadora" en momento de crisis, pues cuando la Sra. se convirtió en la compañera de su padrastro y madre de sus hermanos, se crea una imagen de ser fuerte y no necesitar ayuda, olvidándose de sus propias necesidades, quedando éstas insatisfechas.

La Sra. Carmen cumplió con regañar, ordenar y resolver los problemas que se presentaron en su casa, pues su padre, alterado emocionalmente y su madre inaccesible, por lo que ella queda sola, tratando de pensar y actuar con responsabilidades que no le correspondían. No había cabida para sus temores, dudas o necesidades, lo cual la lleva a pensar que es normal esta situación sobreponiendo las necesidades de los otros a las suyas, de esta manera, ella queda capacitada para manejar y necesitar tales ambientes, para funcionar en situaciones con características similares a las de su infancia. Susan Forward escribe:

"...cuando un padre o una madre impone a un niño responsabilidades parentales, las funciones familiares se vuelven inciertas, se deforman o se invierten. Un niño que se ve obligado a ser su propio padre/madre, o incluso a asumir este papel con alguno de sus progenitores, o con ambos, no tiene a nadie a quien pueda emular, de quien pueda aprender y que pueda servirle de modelo. Sin un modelo parental en esta etapa crítica del desarrollo emocional, la identidad parental del niño se ve arrojada a la deriva en un mar hostil de confusiones..." (17)

Se trata pues, de una familia disfuncional debido a que los miembros juegan roles rígidos y cuya comunicación esta severamente restringida a las declaraciones que se adecuan a esos roles.

Es decir, aquí los miembros de la familia de la Sra. Carmen no tuvieron la libertad para expresar todo el conjunto de experiencias personales, sino que debieron limitarse a jugar el papel que se adaptó al de los demás miembros de la familia.

Cuando en una familia no se puede hablar de lo que afecta a cada miembro de la familia individual y en grupo, se aprende a creer que nuestra realidad o percepción es nula, y cuando la propia familia niega esta realidad, cada uno de los miembros aprende a negarla, deteriorando severamente el desarrollo emocional de las herramientas básicas para vivir y para relacionarnos con la gente y las situaciones.

Según un estudio de 26 hijas de relaciones incestuosas, N. Lukianowcs (1972), describe cuatro grupos de evolución:

1) Trastornos de carácter y de conducta social en 11 chicas cuya conducta psicosexual está trastornada: 4 de ellas llegaron a ser prostitutas, y la mayoría presentaba además una sintomatología delincuente o predelincente.

2) Después de su matrimonio cinco chicas presentaron una -- frigidez y una aversión por las relaciones sexuales con su marido, mostrando tres de ellas, síntomas de personalidad histérica.

3) En cuatro chicas se observaron francos síntomas psiquiátricos: neurosis de angustia aguda en una, reacciones depresivas con tentativas de suicidio en las otras tres.

4) En seis chicas no se observó ningún defecto aparente sobre la actividad sexual ulterior, pero algunas se volvieron ce-

iosas.

Si consideramos que cuando un hijo crece en situaciones emocionalmente destructivas: violencia, aislamiento emocional, secretos, necesidades afectivas y falta de respeto, con el paso del tiempo esto se convierte en una invisible maleza que les invade, de alguna manera, en su vida adulta, ejerciendo un disminución de autoestima que los empuja a un comportamiento autodestructivo, imaginemos ahora, aunado a todo esto, el incesto sufrido por la Sra. Carmen, que, cuyas víctimas de incesto se sienten inseguros e indignos, no queridos, confusos e inadecuados, cuyos sentimientos van a derivar en gran medida de que ellos como hijos de tales padres se culpan consciente o inconscientemente así mismos de los maltratos que recibían, pues un niño indefenso y dependiente tiende más fácilmente a culparse, que poner al descubierto una situación como ésta, por lo que imaginemos como se generó una personalidad dañada como es en la Sra. Carmen.

Ahora bien, cabe mencionar también la importancia que tiene la coerción psicológica que se establece entre el padre-madre-hija en esta situación.

Las víctimas de incesto, como el caso de la Sra. Carmen, que fué, sometida a coerción tanto física como emocional, suelen subestimar el daño que han sufrido porque no se dan cuenta de que la violencia emocional es tan dañina, como la física.

Como ella misma menciona, al afirmar que esto ya pasó y nada cambiará, dándole esa categoría, es decir negando los hechos y los propios sufrimientos que esto le ocasionó.

Además, la persona víctima de un abuso, permanece callada, no sólo porque tiene miedo de que le hagan daño, sino en buena medida porque, teme que la familia se desintegre si ellos denuncian el comportamiento de éstos. El incesto puede ser aterrador pero peor sería la idea de ser el responsable de la destrucción de la familia.

La lealtad familiar constituye una fuerza increíblemente poderosa en la vida de los niños por más corrompida que pueda estar la familia; lo cual se confirma en el caso de la Sra. Carmen pues ella tenía que sacrificarse por su familia por cuestiones económicas y si ella hablaba sería la responsable de que sus hermanos y su propia madre sufrieran por problemas económicos.

Aunque el niño desconoce ciertas sensaciones que provoca el incesto, experimenta y percibe el carácter prohibitivo y vergonzoso de la acción en el comportamiento. Aún cuando sean demasiado pequeños para entender la sexualidad, saben que los están violando y se sienten sucios y culpables, alimentado fuertes sentimientos de autoaborrecimiento y vergüenza, ya que al denunciar esta conducta el niño o la niña tiende a aceptar la maldad de alguien en quien ella confía. Alguien ha de tener la culpa de esos actos vergonzosos y como no puede ser el padre (fuente de amor y confianza) tiene que ser el propio niño, tal situación pudiera explicar la conducta silenciosa de la Sra. Carmen por más de diez años bajo esa situación.

Los sentimientos de ser malo y responsable, crean en la víctima un aislamiento psicológico: niños que se sentirán solos tanto en el seno familiar como en el mundo exterior, incluso ma-

najarse como inseguros y desconfiados de las relaciones amistosas. La Sra. Carmen refiere que ella aprendió a desconfiar de los amigos porque podrian hacerle daño.

Hay tambien otra culpa que tipicamente suele experimentar el niño que ha sufrido incesto: la de separar al padre de la madre cuando sucede en la niña suele sentirse como "la otra" y esto hace que le resulte más dificilmente acercarse a su madre, quien es la única persona a quien podria haber recurrido. La sensación de estar traicionando a su madre es un nuevo motivo de culpa.

El incesto establece entre la victima y el agresor una fusión irracional e intensa, él se obsesiona con ella y siente celos insanos de los amigos y pretendientes, llegándola a golpear o insultarla para que ella entienda el mensaje de que sólo a él le pertenece.

Esta obsesión obstaculiza la etapa de la niñez y adolescencia confundiendo al afecto con la agresión, ya que la mayoría de padres experimentan cierta ansiedad cuando alguno de los hijos comienza a salir del hogar para relacionarse intimamente con personas que no son de la familia, pero la vivencia del padre incestuoso es la de que su hija lo ha traicionado, lo ha rechazado y abandonado, causando una reacción de rabia (acusándola o castigándola de diversas maneras). De esta forma proyecta en su victima toda la maldad, vergüenza y culpa, para desprenderse de estos sentimientos.

Podemos decir, que la Sra. Carmen vivió una situación donde la conducta de su padrastro le comunicaba que ella no podía casarse con su actual esposo, ya que estaba generándose dicha fusión entre ellos. Los maltratos físicos, las ofensas y la agresión que él manifestaba explican sus sentimientos insanos hacia la Sra. Carmen que prefirió negar lo sucedido. De acuerdo a Susan Forward:

"...la negación, es a la vez la más perjudicial y poderosa de las defensas psicológicas. Se vale de una realidad ficticia para restar importancia al impacto de ciertas experiencias vitales dolorosas, o incluso para negarlas..." (18)

O como lo explica Norwood:

"...todos necesitamos negar lo que nos resulta demasiado doloroso o amenazador para aceptarlo. La negación es un medio natural de autoprotección, que obra en forma automática y espontánea..." (19)

En relación a la conducta de la madre de la Sra. Carmen podemos inferir, que es difícil, que una madre viva en una familia incestuosa y no lo sospeche o lo ignore por completo.

De acuerdo a Kempe y Kempe (1979), a menudo una madre muy dependiente y desesperada por mantener ligado al hombre a la familia, debido a sus necesidades propias y al apoyo financiero que él le brinda, puede aprovechar el papel sexual de la hija como forma de proporcionarle un lazo más atractivo, más joven dentro de la familia. Agregan, que esto es especialmente cierto si la esposa es frígida, si es sexualmente rechazada o si es promiscua.

El estudio de Hermene Hirschman (1981), añade que la carga

de los deberes tradicionales de la madre suele ser más frecuentemente impuesto en la hija más grande: rol materno, trabajo del hogar y/o cuidado de los hermanos. El proporcionar servicios sexuales a sus padres fue visto como una extensión del rol familiar materno:

"...en el medio mexicano se da el caso de la madre que exige a su hija que la sustituya en su papel para verse libre de las exigencias de su cónyuge. Los padres o padrastros culpables suelen tener entre 25 y 50 años de edad, de inteligencia normal o superior al normal, responsables económicamente ante la familia y sin antecedentes penales. Es decir, no son necesariamente "degenerados" sexuales...(20)

Que la madre lo sabía y pretendió ignorarlo o no enfrentarlo para protegerse y proteger a su seudofamilia, o bien si lo supo y no hizo nada por detener esta situación, la convierte en un cómplice pasivo, dependiente e infantil, ya que podía haber experimentado anteriormente situaciones similares en su propia familia, que le negaron la capacidad para no permitir que el padrastro las dominará por inseguridad a perder su hogar o quedarán desprotegidas. Esta comprobado que son muchos los casos en que padres o custodios que maltratan a los menores han pasado por similares situaciones dolorosas cuando niños.

Es más, muchos hijos adultos disculpan al padre o a la madre que no interviene, porque lo ven también como una víctima, situación que los coloca en papeles inversos, cuando el niño se siente protector de una madre pasiva.

Por otro lado, la Sra. Carmen, menciona que en el aspecto sexual experimenta un rechazo e indiferencia por parte de su esposo, éste argumenta el temor a un embarazo no deseado o bien -

que está cansado, ambos pueden ser considerados como pretextos para justificar la carencia de relaciones en él, pero es importante, analizar más a fondo la conducta sexual de ambos, al respecto, ella sólo se concreta a decir que no hay inhibiciones de ningún tipo y que le eran agradables, si esto fuera cierto no habría abstención durante casi más de un año, además que pudiera sospecharse de un sentimiento de culpa, al experimentar la relación con su esposo, quien proviene de un divorcio y además cómo afecta a ambos el abuso sexual del que fue víctima su esposa, su relación matrimonial, aunque él refirió que no le importó mucho. Al respecto Susan Forward, afirma:

"...cualquier adulto que ha sido agredido sexualmente de niño arrastra profundos sentimientos de inadaptación, contaminando generalmente el ambiente sexual..." (21)

Otro aspecto importante que se observa, es la depresión de la Sra. Carmen, la cual es respuesta común en los conflictos incestuosos de un gran número de víctimas de incesto: en particular, las mujeres descuidan su peso, sirviéndose de éste para -- dos propósitos:

- 1) mantener a distancia a los hombres, y
- 2) la masa corporal le crea falsa imagen de fuerza y poder.

Cabe recordar que la Sra. Carmen menciona que entre el embarazo de Daniel y su 2da. hija existen casi ocho 8 años de diferencia los cuales no podía quedar embarazada a causa del exceso de peso. durante el cual estuvo en tratamiento médico, para poder reducir su talla y quedar embarazada.

En la historia clínica también refiere estar siempre depri-

mida con problemas estomacales.

Cabe considerar la anterior información para darse idea de como se conduce con Daniel, ya que es posible que la situación de agresión a la que estuvo sujeta la haya perjudicado al grado de volcar su agresión y frustración en Daniel, como ella misma a veces lo manifiesta, ya que no comprende cómo a veces es capaz de tratarlo así.

También es importante agregar que el deseo de protegerlo para evitar dañarlo, la llevó a obtener el resultado contrario a sus deseos, propiciando actualmente maltrato físico e incluso emocional, ya que manifiesta constantes golpes y amenazas hacia Daniel.

De acuerdo a Kadushin y Martín (1985), y Giovannoni (1971), todo acto de comisión que origine daño en el niño, implica además, el que los padres o custodios se aprovechen de sus derechos para controlar, disciplinar y castigar a sus hijos. Y de acuerdo a Fontana (1984), el maltrato emocional se presenta cuando el niño es privado de la atención materna indispensable para su desarrollo físico psicológico y/o social.

El maltrato emocional propiamente dicho posee, diferentes formas de presentación entre las más importantes o fundamentales se encuentra el encierro del menor en el hogar, que aunque no daña físicamente es considerado perjudicial para la salud mental (Fontana, 1984; Manterola 1982; Marcovich, 1978-81; Montiel, 1982), señalan la fría indiferencia, el desprecio verbal; el lenguaje hiriente y las amenazas como forma de agresión.

Otras manifestaciones de maltrato emocional, incluyen las mencionadas por Green y Cols (1974), como la ridiculización, desvalorización y la carencia de estímulos afectivos. A éstas se le agregan las actitudes de sobreprotección y de permisividad, que afectan el desarrollo de la personalidad del niño, Katz (1981).

Y al respecto existen estudios que refieren algunas características de padres que maltratan a sus hijos las cuales se apegan a el caso tratado:

- Padres maltratadores casi siempre fueron maltratados durante sus primeros años ya sea en forma física, moral o sexual. (Alvy, 1975, Chevalli, 1987; Belsky, 1980; Corona, 1983).

- En caso de la Sra. Carmen:

- Sentimientos de inseguridad, con baja autoestima y autoaceptación (Alvy, 1975); Chevalli, 1987; Fontana, 1984; Green y Cols, 1974; Kaduschin y Martin, 1985; Kempe y Kempe, 1979; Kottmeier, 1987; Milner y Wimberley, 1980; Montiel y Cols. 1982; Resnick, 1969.

- Historia de privación de afecto y amor. (Belsky, 1980; Kempe y kempe, 1979; Wright, 1976.

- Inmadurez (Fontana, 1984; Green y Cols, 1974; Kadushin y Martin, 1985; Nathan, 1965; Wright, 1976).

- Soledad e infelicidad (Foncerrada, 1983; Green y Cols., 1974; Milner y Wimberley, 1980).

Asi mismo, cuando al infante se le aterroriza o cuando se -

le inducen miedos y las dificultades maritales que puedan crear en el menor cierta culpa. Katz, (1981).

Y así pudieramos mencionar algunos otros aspectos característicos del caso de Daniel, simplemente el hecho de no respetarlo y aceptarlo como es, con su conducta infantil, que los mismos padres se han encargado de moldear, sobre todo si se llegará a tratar de un niño con problemas orgánicos, cuya impulsividad lo lleva a ser castigado frecuentemente, por su conducta incontrolada.

Curtis en 1963, señala que el niño que es tratado así puede llegar a ser un hombre violento con mucha agresividad que pudiera llegar a ser rechazado por la sociedad y generar en él más violencia. En este sentido, Silver L. Dublin refiere que el niño maltratado:

"...podría tener un grado inusual de hostilidad hacia sus padres y hacia el mundo en general. El control y canalización de su hostilidad hacia avenidas no destructivas para liberarlo, podría formular un problema para él mismo y para la sociedad..." (22)

Green y Cols. (1974), postulan que existen infantes cuyos rasgos normales son mal percibidos por padres propensos al abuso; las madres reportan al pequeño maltratado como agresivo e inmanejable en casa y escuela, el cual usualmente requirió más atención que sus hermanos. La percepción de la madre señalaba que el menor maltratado era el más agresivo y demandante de sus hijos.

En relación a ello Galdston (1965), muestra que muchos padres ven al niño como un adulto, con toda la capacidad del mis-

mã para deliberação y actuar intencional y organizadamente. Por su parte, Kadushin y Martin (1985), afirman que en ocasiones no se trata más que de una disonancia disposicional entre el padre maltratante y el hijo maltratado.

Este, a diferencia de sus hermanos, actuó de una manera inoportuna para los custodios, induciéndolos así al maltrato; por ello menciona que un pequeño ruidoso y una madre alérgica al ruido representa un ejemplo de esta disonancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Horney, Karen. La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo. Ed. Paidós Studio. p 70
- (2) Ramírez Santiago. Op. Cit. p 136
- (3) Horney, Karen. Op. Cit. p 70
- (4) Bettelheim, Bruno. No Hay Padres Perfectos. Ed. Grijalbo. p 151
- (5) Bettelheim, Bruno. Op. Cit. p 141
- (6) Campion, Jean. El Niño en su Contexto: la teoría de los sistemas familiares en psicología de la educación. Temas de Educación Paidós. MEC. p 56-57
- (7) Forward, Susan. Cuando el Amor es Odio. p 43
- (8) Hurlock, Elizabeth. Desarrollo del Niño. Ed. Mc. Graw Hill. p 75
- (9) Ibidem p 75
- (10) González, N. José de Jesús. Op. Cit. p 46
- (11) Bettelheim, Bruno. Op. Cit. p 156
- (12) González, N. José de Jesús. Op. cit. p 63
- (13) Dot, Odile. Agresividad y Violencia en el Niño y el Adolescente. Ed. Grijalbo. p 140
- (14) Campion, Jean. Op. Cit. p 128
- (15) Gordon, Thomas. MET Maestros Eficaz y Técnicamente preparados Ed. Diana. p 27
- (16) Roque, H. Ma. del Pilar. Op. Cit. p. 139
- (17) Forward, Susan. Padres que odian. p 49
- (18) Ibidem p 36
- (19) Norwood, Robin. Op. Cit. p 14
- (20) Roque, H. Ma. del Pilar. Op. Cit. p 140
- (21) Forward, Susan. Padres que odian. p 193
- (22) Dublin, Silver, Ch. Lourre R. Violencia engendra violencia. Contribuciones para el estudio del niño maltratado. Jornada Psiquiátrica Americana. p.152

CAPITULO IX.

9. Resultados y conclusiones generales.

Se ha mencionado aquí la terapia de crisis, debido a considerar el TIEMPO DESTINADO, precisamente en establecer el equilibrio y la reorganización de la conducta emocional del paciente, en momentos de crisis, la cual podemos ajustar a algunos tipos de terapia a pacientes cuya problemática sea menos grave o urgente (pero que no hay que olvidar, sin embargo, que aunque hay pacientes crónicos, cuya problemática es sutilmente tolerada, - durante semanas, meses, incluso años, tiende a producirse una crisis, ya que así se manifiesta al momento de la primera entre vista, en la cual manifiestan no aguantar más).

Este tipo de terapias ofrece ventajas tanto económicas como prácticas. Aumentando las oportunidades del paciente para crecer a través de poco tiempo, ayudándolo a comprometerse a promover cambios fundamentales en su vida, ya que al acudir, en este caso al Psicólogo, aprovechar al máximo cada una de las sesiones, estimular su mayor participación para ganar tiempo y percibir resultados a corto plazo, ya que tratamientos a largo plazo pueden ser abandonados, debido al costo y otros factores como son las actividades laborales desarrolladas por el paciente, que impiden asistir con regularidad a las sesiones, o bien el no ver resultados inmediatos, o simplemente al no verle fin a un tratamiento, cuyos objetivos, aún planteados, son complicados o dolorosos, para lograrlos.

Por lo que se sugiere pues, la práctica de esta terapia combinada con la ayuda de otras, como tentativa, de terapias de este tipo de duración, o bien que medie entre ésta y uno largo, e

incluir en ellas elementos, conjuntamente con técnicas adecuadas a la problemática de cada paciente para elevar el número de pacientes que permanezcan por lo menos un tiempo considerable, en forma continua e ininterrumpida, en el tratamiento.

CONCLUSIONES DEL SERVICIO SOCIAL

Durante la realización del Servicio Social pude observar lo siguiente:

En la mayoría de los casos donde el niño es derivado al Psicólogo por sus padres, por presentar problemas emocionales o de conducta, los padres declaraban que sus hijos eran los del problema.

Se considera que los padres o tutores, casi siempre están implicados en la perturbación que se manifiesta, y no es necesario que las dificultades en el seno familiar sean fáciles de ver o entender, ya que pueden relacionarse con sucesos traumáticos del pasado, con ansiedades del momento, con actitudes de los padres, así como con los problemas sociales más conocidos y aceptados - (falta de dinero, salud deficiente, condiciones inadecuadas de habitación, entre otras) y que sutilmente están determinando las relaciones entre los padres e hijos que mantienen los síntomas del pequeño.

Las personas que solicitan el servicio de Psicología, en su primera instancia o en momentos de crisis, experimentan bajas resistencias, por lo que se considera que es oportuno atenderles en ese momento, ya que es quizá adecuado tratarle precisa-

mente en esos momentos. Situación que se presentó en variadas ocasiones dentro de la clínica, sin embargo, por falta de personal o del lugar adecuado para ser atendido en esos momentos o bien por no haber concertado cita, no era atendido en ese momento, citándolo, a veces, casi después de una o dos semanas más tarde, debido a la gran demanda de pacientes y escaso personal, ocasionando que el paciente ya no regresara. Situación que justifica la importancia de un equipo psicológico dentro de ésta y otras instituciones.

Se observó que la gente tiene un deseo enorme de ser escuchada, que padece la mayor de las veces, soledad y tristeza, generada en ocasiones en el núcleo familiar, pues no hay canales de comunicación dentro de él. Por consiguiente su mundo social está un tanto distorsionado, es decir, no existe confianza en los demás, y hay miedo al rechazo social.

- También se pudo captar que los pacientes no tienen suficiente información sobre el servicio que ofrece el psicólogo, se piensa todavía que es para "locos", o bien, no tienen idea de cómo se trabaja, o si realmente funciona: pues piensan que se trata de "sermones" que dirigirán su vida, por lo que hay mucha renuencia a someterse a tratamiento psicológico.

Considero que los programas contemplados en 6o y 7o semestre de la carrera de Psicología en la ENEP-Zaragoza, acerca de la propagación del servicio del psicólogo promueven información, sólo en sectores muy reducidos y además los programas, no son promovidos por los profesores hacia los alumnos durante el semestre.

- Se observa además que los pacientes, al desconocer el mecanismo de los tratamientos, esperan recibir "recetas" que los mejorarán inmediatamente; debido a esa presuposición, el paciente abandona el tratamiento porque le es doloroso, o porque durante la primera entrevista se produjo catarsis que lo liberó de viejas cargas emocionales, sintiéndose aliviado momentáneamente.

Independientemente de la teoría que se pretenda retomar para trabajar con el paciente, éste al recibir información de la manera en que se llevará a cabo el tratamiento, requiere no sólo de ella, sino que se debe sensibilizar al paciente para obtener un cambio de actitud y de expectativas acerca de su tratamiento y su participación en él.

- Se hace notoria la importancia de un lugar y espacio destinado a la atención psicológica en dos dimensiones:

- 1) hacia el psicólogo, al cual se le permite maniobrar libremente sobre su paciente, valorando así su participación.
- 2) hacia el paciente, al cual se eleva su ego al dedicar -- precisamente a su problemática, un tiempo y un espacio -- para él solo.

Se hace referencia a este hecho debido a la carencia de estos factores (espacio y lugar) durante la realización del Servicio Social. Aunque se informó al Jefe de Trabajo Social sobre su importancia, no se obtuvo respuesta adecuada, por lo que continúa siendo necesaria la concientización del personal de niveles más altos, acerca del valor real de la atención psicológica del paciente, y en condiciones adecuadas.

- Se encontró también que el personal médico carece, o en su defecto no practica, los conocimientos psicológicos de los que dispone para la atención a pacientes con problemas emocionales que le han generado problemas de salud, por lo que se ven obligados a tratarlos a base de paliativos o canalizaciones al Servicio de Psiquiatría, como lo refleja la encuesta anexa. Por ello se insiste en la participación del psicólogo en clínicas.

CONCLUSIONES DEL CASO

Se encontró que un factor común en la aparición de problemas emocionales o de conducta, es la afectividad, de la cual se carece, o bien fue entorpecida por patrones conductuales rígidos de los padres hacia los hijos, así como la comunicación y el doble vínculo, asociada a las creencias sobre sexualidad, religión y otras.

En el caso específico atendido, la disciplina basada en una autoridad de poder, conlleva a generar una relación unidireccional, en el cual se rompen los canales de comunicación elevando el número de conflictos entre los padres y sus hijos, pues en la comunicación disfuncional se distorcionan los verdaderos sentimientos de ambas partes, provocando insatisfacción emocional, al mismo tiempo que los padres exigen a los hijos demandas emocionales ilógicas, donde la familia queda "atascada" en modos de conducirse, precisamente por aferrarse a modelos o patrones que ya no les funcionan.

Un niño con problemas emocionales experimenta dolor, conflicto y ansiedad, y esto genera en su comportamiento una per-

turbación, lo que da motivo para que a su alrededor se aumenten los sentimientos de rechazo, confusión y negligencia emotiva, sobre todo con sus padres y en la escuela, lo que genera que la propia estimación y autocontrol del niño sean pobres, aumentando así su problemática familiar.

Dentro de un sistema familiar, cuando los padres mantienen actitudes inmaduras, ansiosas, o rígidas generan cierta confusión en los hijos, produciéndose en ellos conductas incomprensibles, es decir, los cambios continuos en el clima afectivo de los padres representan en el niño significados contradictorios en él, por lo que el niño pierde la orientación, y tratando de salir de esa situación haciendo uso de un estado de alerta, generalmente incomprensible para el adulto, rompe con la normalidad y reglas establecidas por sus padres, por lo que es considerado "niño problema".

Una de las mejores ayudas que los padres pueden proporcionar a sus hijos con perturbaciones emocionales y por consiguiente de conducta, consiste en prestar atención a sus necesidades como individuos y también a las debilidades del Sistema familiar y escolar que le rodean, así como desarrollar un alto grado de tolerancia a las conductas incomprensibles de su hijo.

La baja instrucción materna en la familia mexicana, acerca de la relación madre-hijo es motivo de origen de varios tipos de personalidad patológica en el hijo, de los cuales destaca el hijo mimado, o echado a perder, el clásico macho mexicano, dependiente e incapaz de conducirse maduramente y que permanece así hasta la edad adulta, manteniéndose así através del reforza-

miento social, el cual provoca posteriormente problemas de pareja siendo, necesaria la concientización de la labor maternal y los límites de ésta dentro del núcleo familiar.

La familia mexicana muestra típicamente un fuerte apego mutuo, es algo serio pertenecer a la familia y hay un fuerte sentimiento de lealtad a la misma, aunque ésta sea disfuncional, situación que daña a los miembros de dicha familia y genera en otras generaciones situaciones similares.

En relación a la esposa-madre es generalmente la portavoz de la familia, en muchos sentidos, y al mismo tiempo generadora de conflictos, por lo que el análisis de la interacción con su pareja nos da una de las claves para encontrar la relación patógena que se supone causó el desarrollo de la conducta sintomática en los hijos y posteriormente en los padres.

Por su parte, el esposo-padre, pareciera que se convierte en un extraño para su esposa y sus hijos, su participación es necesaria pero insuficiente y además de baja calidad, en ocasiones causada por la continua presión económica a la que está sometido y a los patrones que se le han enseñado que debe desempeñar, entre otros factores.

La relación de pareja o el matrimonio como institución es vista como una relación estática por sus miembros, lo que provoca en ellos crisis en los cambios que experimenta y a los cuales debe sujetarse, más sin embargo, el problema no es la crisis, sino que al producirse, se intenta mantener a la pareja en un estado de idealización, invocando deberes y sanciones superiores e intentan impedir que estalle un conflicto o si este se ha dado,

fingir que no lo hay, por temor al riesgo de la separación que que les produce angustia, razón por la cual se crea la dependencia, de esta manera ambos se obstaculizan mutuamente en cuanto a su desarrollo individual en el interior de esta relación, delimitándola hacia su exterior.

De acuerdo a los planteamientos iniciados por la medicina -- psicossomática, se puede inferir que las emociones negativas, bien sea por si mismas o asociadas a otros factores, ya sea actuando directamente o en forma indirecta , son capaces de contribuir en forma importante en la aparición de trastornos fisiológicos que eventualmente producen cambios estructurales en los órganos y sistemas, en algunos sujetos susceptibles a ello.

PROPUESTAS GENERALES

Las necesidades actuales de una población como la nuestra, sugieren la intervención del psicólogo en muy diversas áreas y los conocimientos con los que cuenta, aunque insuficientes, son muy valiosos, por lo que aquí presentado, es sólo una pequeña muestra que con la creatividad y verdadero deseo de contribuir a lograr mayores alcances dentro de la carrera se podrá lograr:

PREVENCIÓN.- Se pretende echar marcha de un programa continuo y permanente, dirigido a toda la población, principalmente a aquellas mujeres con problemas familiares (cuya captación se obtendrá de terapias individuales, a través de encuestas, o en invitaciones dirigidas a la población en general).

Tendrá como objetivo principal propiciar la búsqueda y transmisión de una visión distinta de las relaciones de la vida en pareja, así como la participación de la madre en la educación y desarrollo de sus hijos. Y como objetivos específicos:

1. Elevar la autoestima personal.
2. Desarrollar nuevos sistemas de ideas para modificar conductas a corto plazo (cognitivo-conductual).
3. Intercambio y retroalimentación de experiencias en grupo: a través de programas de talleres vivenciales, que puedan trasladar objetivamente a su vida cotidiana.

Trabajar talleres con temas de interés práctico y actual, como es la propia sexualidad.

JUSTIFICACION.- Estará dirigido principalmente a mujeres, porque se considerará que la mujer es eje principal de muchas fuerzas dinámicas que dirigen la estructura familiar y sobre todo en el papel de madre.

Considerando a la mujer débil y poderosa a la vez, ya que es capaz de crear hombres sanos y hombres llenos de miedos, de angustia, complejos, debido a su papel histórico, la responsabilidad de crear y cuidar a los hijos, olvidándose quizá de ella misma, interfiere en el desarrollo emocional de su hijo.

Otro aspecto interesante nos remite al del concepto del amor que ha demostrado gran confusión en su práctica: inestabilidad, sufrimiento, ilusiones de amor romántico, fomentado por medios masivos de comunicación, impiden experimentar la riqueza de su propia sexualidad hacia su pareja, propiciando incluso, que se les maltrate tanto física como emocionalmente. Un cambio de actitud ante el significado de amor, sexualidad, y otros conceptos en la mujer, propiciará un cambio favorable para ella misma y su pareja repercutiendo obviamente en sus hijos.

ACTIVIDADES:

- Difusión de la carrera del Psicólogo a través de periódicos, murales, folletos, carteles, etc.
- Talleres vivenciales
- Dinámicas grupales
- Terapias individuales
- Terapias grupales

- Pláticas con las que se establezca mayor comunicación con médicos (en este caso por tratarse de una clínica) y autoridades responsables de la salud del paciente, promoviendo la idea de trabajar en equipo para brindar mayor apoyo al paciente.

PROPUESTAS ESPECIFICAS

1.- Exigir la presencia del psicólogo o bien de un equipo multidisciplinario dentro del aulas escolares y otras instituciones al servicio de la comunidad.

2.- Demandar la presencia del Servicio de Psicología en diversas instituciones que tengan trato directo con los formadores, tal es el caso, principalmente de las escuelas en la mayoría de sus niveles, así mismo la oportunidad de establecer espacios para el psicólogo que atiendan a los padres de familia.

3.- Fomentar la aparición de campañas o bien establecer programas obligatorios para someterse periódicamente al saneamiento de higiene mental a toda la población.

4.- Elaborar programas destinados especialmente, a la mujer, manejar alternativas a su alcance.

5.- Impulsar dentro de programas de educación básica talleres que promuevan la higiene mental, no sólo de manera informativa, sino de forma vivencialmente significativa, es decir, - trabajar temas que permitan cubrir las necesidades e inquietudes del adolescente, y que le son apremiantes en su desarrollo, sobre todo sexual.

6.- Crear conciencia y nuevas expectativas en las personas, crear deseos de ser mejores y que merecen lo mejor, descubriendo su gran riqueza y el intercambio de ésta con sus semejantes.

PROPUESTAS AL SERVICIO SOCIAL

- Mayor apoyo en atención al pasante, que presenta dificultades económicas en relación a becas, que permitan realmente motivarlo.

- Establecer las condiciones necesarias y adecuadas que el pasante necesita para desempeñar su trabajo dentro de las instituciones con las que contacta.

- (1) ACKERMAN, W. Nathan. Psicoterapia de la Familia Neurótica Ed. Hormé SAE Paidós: Buenos Aires, 1978 2da ed.
- (2) AJURIAGUERRA, J. et al. Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Masson, S.A.: Barcelona, 1983 4a ed (Barcelona, 1973, 1a ed.)
- (3) ALCANTAR, C. Alfredo Erich Fromm al Siglo XXI: personalidad revolucionaria Cuadernos de la ENEP. Zaragoza Serie Psicología UNAM: México, 1990.
- (4) ALPHANDERY, H. G. y ZAZZO, René. Tratado de Psicología del niño: desarrollo afectivo y moral 4. Ed. Morata, 3ra. ed Madrid, 1984.
- (5) BASCOV, J. R. La mentira y los trastornos de la Personalidad: el niño y la mentira. Biblioteca de Psicología No. 46 Ed. Herder: Barcelona, 1976.
- (6) BECKER, Carol El drama invisible: la angustia de las mujeres ante el cambio. Ed. Pax México, 1989.
- (7) BENDER, Lauretta Test Gestáltico Visomotor (B.G.): uso y aplicaciones clínicas Ed. Paidós Psicometría y Psicodiagnóstico: México, 1986.
- (8) BERGE, André El niño de carácter difícil: la psicología y el niño. Ed. Morata, S.A.: Madrid, 1985. 4a ed (Madrid, 1972 1a ed).
- (9) BETTELHEIM, Bruno No hay Padres Perfectos Ed. Grijalbo: México, 1989 p 157.
- (10) BROWNING, D. y BOATMAN Incesto: niños en riesgo. Jornada de Psiquiatría Americana: 1977 p 70.
- (11) CAMPION, Jean El niño en su contexto: la teoría de los sistemas familiares en psicología de la educación: temas de edu-

cación. Ed. Paidós: M.E.C. 1987

(12) CARDOSO, G. Marco Antonio et al "Elementos para establecer el hábito de la libertad emocional en el niño" Revista Nematihuani No. 9 ENEP-Zaragoza, UNAM: México, 1991

(13) CENTENO, A. Rosalva La Disciplina Escolar Eds. Oasis, S.A.: México, 1982 3a ed.

(14) CLARIZO, F. Harvey Trastornos de la Conducta en el Niño. Ed. El Manual Moderno: México 1981.

(15) CODIGO PENAL para el Distrito Federal Ed. Porrúa, S.A.: México, 1985. 4ta ed (México, 1953 la ed)

(16) COFER, C.N.; APPELEY, M.H. Psicología de la Motivación: teoría e investigación. Ed. Trillas: México, 1985 8a reimp. (México, 1971 1a ed)

(17) CORMAN, Louis "El Test del Dibujo de la Familia": en la práctica médica pedagógica. Ed. Kapelusz: Buenos Aires, 1967.

(18) DE LA FUENTE, Ramón "Las Bases Biológicas y Socioculturales de la Mente y la Conducta Humana". Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría: UNAM: México, 1989.

(19) DE SOJO, Peyra I. Anguera "Medicina Psicossomática" Ed. Doyma Barcelona, España, 1988

(20) DIEZ, B. Mariano "Proceso Psicossomático Terapéutico; relajación dinámica concentrativa" Tomo I Ed. Trillas México, -- 1975.

(21) DUBLIN, CH. y SILVER, L. "Violencia engendra violencia: contribuciones para el estudio del Síndrome del niño maltratado" Jornada Psiquiátrica Americana, p 152

(22) Diccionario Enciclopédico de Educación Especial Ed. Diagonal/Santillana Vol. I Madrid, 1989. p 68

- (23) FORWARD, Susan Cuando el amor es Odio Ed. Grijalbo México, 1988.
- (24) FORWARD, Susan Padres que Odian; la incomprensión familiar: un problema con solución. Relaciones Humanas Ed. Grijalbo, S.A. de C.V.: México, 1991.
- (25) GONZALEZ, N. José de Jesús Los Afectos su expresión - Masculina Instituto de Investigación en Psicología Clínica y - Social, A.C.: México, 1990.
- (26) GOODE, J. William Métodos de Investigación Social Ed. Trillas: México, 1980.
- (27) GORDON, Thomas M.E.T. Maestros Eficaz y Técnicamente Preparados Ed. Diana: México, 1988 (México, 1979 la ed).
- (28) Guía Básica de Educación Sexual para el Maestro de Secundaria Lecturas II CONAPO SEP: México, 1990.
- (29) HEREDIA, A. Ma. Cristina "Test Gestáltico Visomotor -- Bender"; Psicometría. Facultad de Psicología Material Didáctico Sto. Semestre UNAM:1978.
- (30) HORNEY, Karen La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo Ed. Paidós Studio: México, 1991 9a. reimp.
- (31) HURLOCK, B. Elizabeth Desarrollo del Niño Ed. Mc. Graw Hill: México, 1982 2a ed.
- (32) JIMENEZ Y CORIA, L. Conocimiento del educando: psicotécnica pedagógica y organización escolar Ed. Porrúa S.A. México 1977. p 137-139
- (33) KARPMAN, Benjamin Incesto y Homosexualidad Ed. Paidós México, 1980.
- (34) MADANES, Cloë. Terapia Familiar Estratégica. Ed. Amorrutu, Buenos Aires, 1982.
- (35) Manual para la Atención de la Madre y el niño. Serie --

Paítex para Técnicas y Auxiliares. Organización Panamericana de la Salud No. 3: México, 1983.

(36) MARCHIORI, Hilda Personalidad del Delincuente Ed. Porrúa, S.A.: México, 1985

(37) MASTERS, JONHSON Y KOLODNY La Sexualidad Humana Ed. Grijalbo, México, 1987.

(38) Material de Apoyo a Educación Escolar 4to. Semestre -- ENEP-Zaragoza s f.

(39) MAKARENKO, A. Conferencias de Educación Infantil Ed. Quinto Sol, S.A.: México, 1985 4a ed.

(40) MUNSTERBERG, K. Elizabeth El dibujo de la Figura Humana en los niños: Evaluación Psicológica. Biblioteca Pedagógica Gpe.: Buenos Aires, 1976 5a ed.

(41) NORWOOD, Rodin Las mujeres que aman demasiado Ed. Javier Vergara B.A.: Buenos Aires, 1986.

(42) PELECHANO, B. Vicente Apuntes de Psicodiagnóstico Ed. Alfapplus: Valencia, 1982.

(43) RAMIREZ, Santiago El Mexicano, psicología de sus motivaciones. Ed. Grijalbo: México, 1977 14a ed (México, 1988 1a ed)

(44) REICH, Wilhelm Sexualidad: ¿Libertad o Represión? Ed. Enlace-Grijalbo, S.A. de C.V.: México, 1971.

(45) REYES, E. Ramiro "La educación en México hoy en Debate" Revista Cero en conducta. No. 7 Año 2 Ene-Feb 1987.

(46) ROQUE, H. Ma. del Pilar "El Síndrome del Niño Maltratado: como fenómeno social". ENEP-Zaragoza UNAM: México, 1980

(47) SCHMELKES, Corina Manual para la presentación de ante-

proyectos e investigación (tesis) Colección Textos Universita---
rios en Ciencias Sociales Ed. Harla: México, 1988.

(48) SCHNEIDER, Michael Neurosis y Lucha de Clases Ed. Siglo
Veintiuno: México, 1979.

(49) STENHOUSE, et al "La Disciplina en la Escuela": orien-
taciones para la convivencia escolar. Ed. Ateneo: Buenos Aires,
Argentina, 1967.

(50) SOIFER, Raquel "Terapia familiar con Técnica de Juego"
Ed. Kapelusz Buenos Aires, Argentina, 1980. p 10

(51) SPITZ, René El Primer año de vida del Niño Ed. Fondo
de Cultura Económica: México, 1968.

(52) "Subdiagnóstico de la depresión en la unidad del ler.
nivel de atención médica". Revista de la Facultad de Medicina,
UNAM, 1989.

(53) VELASCO, F. Rafael El niño Hiperquinético: los sindro-
mes de disfunción cerebral. Ed. Trillas: México, 1979 2a ed (Mé-
xico, 1976).

(54) WAYNE, Dyer Tus Zonas Erróneas Ed. Grijalbo: México,
1985.

(55) YATES, A.J. Terapia del comportamiento Ed. Trillas --
Biblioteca Técnica de Psicología: México, 1987 1a ed (México 8a
reimp., 1973)

(56) ZUCK, H. Gerald Psicoterapia Familiar: un enfoque triá-
dico. Ed. Fondo de Cultura Económica: México, 1982.

A N E X O

CUESTIONARIO

El siguiente cuestionario fue aplicado a 20 Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del turno vespertino, con objeto de obtener información sobre la opinión que tienen de la Carrera de Psicología y sus aplicaciones, específicamente en el Área Clínica, también saber como es valorada la participación de un Psicólogo en clínicas como éstas.

CUESTIONARIO

- 1.- En su opinión ¿qué es la Psicología?
- 2.- Actualmente ¿Cuáles son los alcances de la Psicología clínica?
- 3.- ¿Considera necesaria la participación del Psicólogo en una Clínica como ésta? Si () No () ¿Por qué?
- 4.- Según su opinión ¿es eficiente el Servicio Médico respecto al trato con los problemas emocionales del paciente?
- 5.- Brevemente, ¿Cuál es el tratamiento que reciben los pacientes que presentan desórdenes psicósomáticos?

RESULTADOS

- 1.- En su opinión ¿Qué es Psicología?

100%

De acuerdo a la pregunta planteada el 100% de los médicos coinciden en que Psicología se relaciona con contenidos de pensamiento y comportamiento Humano.

- 2.- Actualmente ¿Cuáles son los alcances de la Psicología Clínica?

80% Opina que es de gran apoyo, pero necesita mayor difusión.

40% Pocos, ya que su aplicación requiere mayor información y evidencias.

3.-¿Considera necesaria la participación del Psicólogo en una Clínica como ésta? Si (x) No () ¿Por qué?

Si (100%)

a.- Debido al alto porcentaje de pacientes con problemas emocionales.

b.-Debido a las características socio-económicas, culturales de la población atendida, que generan trastornos emocionales.

4.-Según su opinión ¿Es eficiente el Servicio Médico respecto al trato con los problemas emocionales del paciente?

No 100%

- Exceso de trabajo.

- Número creciente de pacientes con problemas emocionales.

- Falta de tiempo para escuchar al paciente.

5.- Brevemente, ¿Cuál es el tratamiento que reciben los pacientes que presentan desórdenes psicossomáticos?

80% Medicamentos (ansiolíticos y/o calmantes).

10% Canalizados a Psiquiatría

10% Terapia de apoyo

CONCLUSIONES

De acuerdo a la información recopilada, específicamente en esta Clínica, se puede concluir que existe aparentemente un interés por trabajar conjuntamente con un equipo disciplinario, -

en este caso el Servicio de Psicología, ya que la mayoría de los médicos reporta elevado número de pacientes con problemas emocionales de origen psicológico: stress, ansiedad, problemas psicosomáticos: úlceras, dermatitis, entre otras.

Además se observa que la Institución aunque preocupada por la salud integral del paciente (según lo muestran sus programas) no satisface adecuadamente dichos programas, debido quizá a políticas de la misma institución (así como el modelo económico y político del país), que representan antes que nada un problema de presupuesto, una falta de recursos humanos y de espacio, por lo que se puede afirmar que EXISTEN DEFICIENCIAS EN LOS SISTEMAS DESTINADOS A ELEVAR EL NIVEL DE VIDA EN EL INDIVIDUO.

Por lo consiguiente es necesario como Psicólogos, crear espacios que permitan mostrar los alcances de la Psicología de manera que se logre una mayor proyección de lo que es la carrera.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	NO. DE SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES
27 Sep 91	1	Entrevista inicial.	Observación
8 Oct 91	2	Aplicación de - de Historia Clínica.	Elaboración de Historia Clínica.
28 Oct 91	3	Entrevista a Daniel.	Aplicación del Test de la Familia.
6 Nov 91	4	Terapia Familiar.	Aplicación de Técnicas Terapéuticas.
13 Nov 91	5	Terapia Familiar.	Elaboración de Historia Clínica de Daniel.
26 Nov 91	6	Terapia Familiar.	Aplicación del Test Visomotor Bender a Daniel.
4 Dic 91	7	Terapia Familiar.	Aplicación del cuestionario y aplicación del Test del Niño - Hiperquinético.
11 Dic 91	8	Terapia Familiar.	Aplicación de Técnicas Terapéuticas.
19 Dic 91	9	Terapia Familiar.	Entrevista con el padre de Daniel

El presente cronograma pretendió llevar a cabo un orden, sin embargo, quedó sujeto a modificaciones de las propias terapias y limitaciones y/o necesidades del paciente.

Pruebas Psicológicas aplicadas y resultados obtenidos.

El interés por la predicción de características y posibles dificultades de desarrollo, con el objeto de elaborar un diagnóstico e intervenciones para prevenir en lo posible, la aparición de trastornos, o tratarlos, han impulsado el uso frecuente de pruebas de diagnóstico en Psicología.

Estas pruebas son medidas indirectas: no evalúan procesos, sino productos y sus resultados están sujetos a la influencia cultural.

Este intento por llegar a un diagnóstico preciso, ha fomentado la adaptación de gran parte de ellas a nuestro país, sin embargo, la mayoría de ellas no corresponde a las condiciones; ni patrones; ni experiencias de aprendizaje de nuestra población, pese a ello, tienen como objetivo común la estandarización de los reactivos utilizados, unificando ciertos criterios de aplicación y en consecuencia, obteniendo una objetividad operativa, lo cual puede ser considerado al hacer uso de ellas.

Existe una gran variedad de pruebas o tests (en inglés), que sirven para medir diversos aspectos, así tenemos que las más conocidas son las de inteligencia que se usan para determinar el cociente de inteligencia del sujeto, así como actitudes y capacidades, y aquellas que intentan explorar los aspectos afectivos, tales como ansiedad, sentimientos, y otros.

Dichas pruebas pueden clasificarse de la siguiente manera:

a) Tests cognitivos.- que miden aspectos intelectuales que proporcionan un valor en puntuaciones de CI y que hacen especial

hincapié en el factor de comprensión conceptual: Test de la Figura Humana de Goodenough; Test de cubos de Kohs, S.C.; Wise (Escala de Wechsler para niños); WPPSI de Wechsler.

b) Pruebas de lenguaje.- para detectar diferencias individuales y retraso de desarrollo: Test ABC de Philo L.; Test de Minnesota para el diagnóstico diferencial de la afasia de Schaeff.

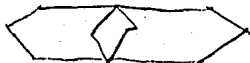
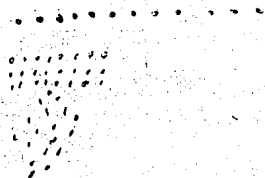
c) Pruebas de Psicomotricidad y Sensoriales.- que son las más representativas del primer periodo de desarrollo intelectual, según diversos autores. Entre estas pruebas sensoriales se destacan las de percepción: Test giestáltico visomotor de Bender L.; Desarrollo de la percepción visual de Frostig, M.; Test de Orientación derecha-izquierda de Piaget, J y Heade.

d) Pruebas de Personalidad.- que son de carácter proyectivo: CAT, test de A, percepción Temática para niños de Bellak, L y bellak, S.S.; El test del dibujo de la familia de Corman, L; El test de la Figura Humana de Machover, K; Test de apercepción Temática (TAT) de Murray, H. A.

Por lo que se procederá a trabajar inicialmente con aquellas pruebas que determinen posible daño orgánico, y posteriormente de inteligencia y de personalidad, con el objeto de detectar desviaciones o daños emocionales.

TEST VISOMOTOR DE BENDER

DANIEL GALINDO MONTOYA



Resultados obtenidos del Test Visomotor de Bender.

De acuerdo al Test Gestáltico Visomotor de Bender se observó que:

El tiempo empleado en el Test se considera apropiado: buen ritmo de copiado (8 minutos aproximadamente).

Se observó también que el niño trata de contar en todas las tarjetas motivo por el cual se puede inferir son tendencias perfeccionistas o compulsivas.

1)

a) DISTORSION DE LA FORMA:

No representa distorsión en las primeras figuras, sin embargo se manifiesta una ligera achatación del círculo pero no se considera de forma significativa por lo tanto NO SE COMPUTA.

b) ADICION Y OMISION DE ANGULOS:

Se observa buena proporción en las figuras y buena angulación. NO SE COMPUTA.

2)

a) ROTACION

Se observa una ligera rotación de casi 45°. Aunque esté copiado correctamente. NO SE COMPUTA.

3)

a) INTEGRACION:

Buena integración entre el círculo y el cuadrado ya que existe buena unión: no hay separación ni superposición. NO SE COMPUTA

FIGURA No. 1

4) DISTORSION DE LA FORMA

Los puntos son copiados como puntos ligeramente agrandados sin considerarlos como círculos por lo que NO SE COMPUTA.

ROTACION.

No existe rotación

NO SE COMPUTA.

PERSEVERACION

Número correcto de puntos en la hilera

NO SE COMPUTA.

FIGURA No. 2

ROTACION

No existe rotación

NO SE COMPUTA.

INTEGRACION

Existe omisión de 3 hileras

SI SE COMPUTA.

FIGURA No. 3

DISTORSION DE LA FORMA

No hay distorsión

NO SE COMPUTA.

INTEGRACION

No se desintegro el diseño. Se conservaron las líneas con su respectivo número de puntos "cabeza de flecha" reconocible, no borra.

NO SE COMPUTA.

FIGURA No. 4

ROTACION

No hay rotación

NO SE COMPUTA.

INTEGRACION

La curva y la esquina del cuadrado se unen con buena precisión.

NO SE COMPUTA.

FIGURA No. 5

MODIFICACION DE LA FORMA

No hay modificación de puntos.

NO SE COMPUTA.

ROTACION

No hay rotación

NO SE COMPUTA.

INTEGRACION

No se desintegra la figura

NO SE COMPUTA.

FIGURA No. 6

DISTORSION DE LA FORMA

a) Ligera distorsión entre curvas y ángulos.

b) Integración: no se pierde la integración.

c) Perseveración con límites.

NO SE COMPUTA.

FIGURA No. 7

DISTORSION DE LA FORMA

a) Buena proporción de tamaño entre los hexágonos.

b) Rotación: si existe rotación.

SI SE COMPUTA.

c) Integración: Si se pierde la integración los hexágonos se superponen excesivamente, es decir, un hexágono penetra com-

pletamente a través del otro.

SI SE COMPUTA.

FIGURA No. 8

a) DISTORSION DE LA FORMA

El rombo ligeramente deformado

b) ROTACION

No existe rotación

NO SE COMPUTA.

RESULTADOS:

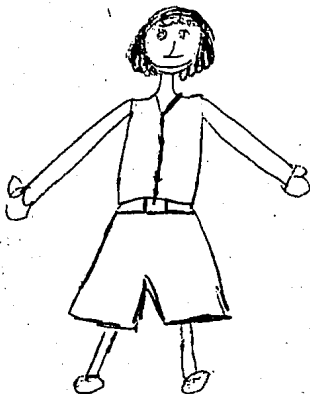
Puntuación bruta: 03

Equivale en edad de 8 a 8 años 11 meses

CONCLUSION: BUEN NIVEL DE MADUREZ VISOMOTORA

DIAGNOSTICO: SE DESCARTA DANO ORGANICO

Test de la Figura Humana (Goodenough)



Test de la Figura Humana (Goodenough)
(Hoja de Calificación)

NOMBRE Daniel Sánchez Galindo PUNTAJE TOTAL 17
FECHA DE NACIMIENTO 11 mayo 1986 E.C. 9 años 8 meses
FECHA DE EXAMEN 26 noviembre 1991 E.M. 7 años 3 meses
EXAMINADOR García Peralta Lucila C.I. 74.48

- 1.- Cabeza presente 1
- 2.- Piernas presentes 1
- 3.- Brazos presentes 1
- 4.- a) Tronco más largo que ancho 1
- 4.- b) Tronco presente 1
- 5.- Hombros 1
- 5.- a) Brazos y piernas unidas al tronco 1
- 5.- b) Brazos y piernas unidas al tronco
correctamente 1
- 6.- a) Cuello presente
- b) Líneas del cuello 1
- 7.- a) Ojos presentes 1
- 7.- b) Nariz presente 1
- 7.- c) Boca presente 1
- 7.- d) Boca y nariz en dos dimensiones 0
- 7.- e) Orificios de la nariz (labios señalados) 0
- 8.- Cabello presente
- 8.- a) Cabello presente 1
- 8.- b) Cabello no garabateado 0
(no exceda circunferencia cabeza)
- 9.- Ropa presente 1
- 9.- a) Dos prendas presentes 1

- 9.- b) Dibujo completo (con ropa) 0
sin transparencias.
- 9.- c) Cuatro prendas de ropa bien definida 0
- 9.- d) Vestido completo sin incongruencias 0
- 9.- e) Todas presentes 0
- 10.- Número correcto de dedos 0
- 10.- a) Detalle de dedos 0
- 10.- b) Pulgar opuesto 1
- 11.- a) Mano diferenciada 1
- 11.- b) Articulación brazos 0
- 11.- c) Articulación piernas 0
- 12.- a) Proporción cabeza 1
- 12.- b) Proporción brazos 0
- 12.- c) Proporción pierna 1
- 12.- d) Proporción pies 0
- 12.- e) Proporción (dos dimensiones) 1
- 13.- Indicación de talones 0
- 14.- a) Coordinación motora (A) 0
- 14.- b) Coordinación motora (B) 0
- 14.- c) Coordinación motora (contorno de cabeza) 0
- 14.- d) Coordinación motora 0
- 14.- e) Coordinación motora (brazos y piernas) 0
- 14.- f) Coordinación motora (facciones) 1
- 15.- a) Orejas presentes 0
- 15.- b) Orejas proporción, posición 0
- 16.- a) Cejas o pestañas 0
- 16.- b) Pupila 0
- 16.- c) Proporción ojo 0
- 16.- c) Mirada 0

- 17.- a) Barba y frente 0
17.- b) Proyección de la barba 0
18.- a) Perfil "A" correcto 0
18.- b) Perfil "B" correcto 0

PUNTUACION TOTAL 17

C.I. = 74.48

INTELIGENCIA LIMITROFE

Protocolo de Bender.

Cabe referirnos al término de C.I. (Cociente de Inteli- gencia) introducido por primera vez en Estados Unidos en 1916, con la prueba de Stanford-Binet y más tarde, a sus variaciones, el cual es considerado como un índice de la habilidad intelectual: en general los reactivos de estas pruebas expresan el potencial de adquisición y comprensión del lenguaje, la memoria - inmediata, la organización perceptual, el razonamiento y la resolución de problemas de un niño en relación con otros de su - misma edad.

Precisión de términos:

a) Edad cronológica.- son los años transcurridos desde el nacimiento.

b) Edad mental.- es la apreciación del grado de inteligencia expresada en años, obtenida mediante la aplicación de una serie de pruebas.

c) Cociente de inteligencia (CI) es el resultado de dividir la edad mental entre la edad cronológica. El resultado se multiplica por 100 para no tener decimales.

De modo que la fórmula tradicional para obtener el cociente intelectual es:

$$CI = 100 \times EM/EC.$$

Para facilitar los cálculos, la E.C. y la E.M. se expresan en meses.

La Edad Mental del niño promedio que iguala a su edad cronológica da un CI de 100. La EM de los niños retardados que es menor a su EC, da un CI por debajo de 100 y los niños brillantes obtienen un CI superior a 100, puesto que su EM excede a su EC., por ello se determinó la siguiente clasificación, tabla que se construyó de modo que una puntuación de CI de 100 represente la puntuación esperada de un niño promedio de una edad determinada.

Según la clasificación presentada por Magdaleno José Aceves en su libro Psicología General, observamos lo siguiente:

CI	CATEGORIA DESCRIPTIVA	FRECUENCIA
140 y superior	Muy superior	1.3
120 - 139	Superior	11.3
110 - 119	Brillante-promedio alto	18.1
90 - 109	Promedio	46.5
80 - 89	Normal torpe-atrasado inferior a media	14.5
70 - 79	Límite insuficiente	5.6
60 - 69	Límite al débil mental	2.0
Menos de 60	Deficiente mental en grados diversos	1.0

Sin embargo existen gran variedad de factores que influyen en las puntuaciones de las pruebas de inteligencia: estructura

cerebral y genética, estimulación paterna del aprovechamiento intelectual, oportunidades culturales y motivación para desempeñarse bien en la escuela o en las pruebas.

Por lo que, la inteligencia y su evaluación pueden ser relativos, pues los talentos específicos que se valoran, dependerán de la naturaleza de muchos factores, principalmente el de cada sociedad específica.

Examen Neurológico.

A) PRUEBA DEDO-NARIZ

Se encuentra que el niño logra coordinar adecuadamente los movimientos de sus dedos hacia su nariz.

B) MOVIMIENTO DE GLOBOS OCULARES

Existe buena habilidad para mover los globos oculares, sin movimiento de cabeza o cuello.

C) TOCAMIENTO SIMULTANEO

Si logra diferenciar 2 estímulos táctiles simultáneamente sobre la piel. Se observa buena habilidad.

D) SIMULTAGNOSIA

Si logra describir las acciones de un cuadro, así mismo describir y detallar todo lo que observa de él.

E) DEAMBULACION

Al caminar de puntas y talones sobre el pie, tocando el otro con la punta, sobre una línea, muestra ligera dificultad para hacerlo.

F) GRAFESTESIA

Identifica las letras en su espalda trazadas con el dedo índice, sin dificultades.

G) PRUEBA DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Logra coordinar bien sus movimientos gruesos (al ponerse la camisa) y los movimientos finos (al desabotonarse).

H) COORDINACION DE MOVIMIENTOS DE LAS PIERNAS

Si existe buena coordinación al flexionar una pierna y con su talón tocando la rodilla contraria y resbalarla por toda la tibia hasta llegar al suelo. No muestra dificultad al ejecutar esta acción.

I) MOVIMIENTOS DE "PIANISTA"

Al levantar y extender los brazos hacia el frente, mientras mantiene los ojos cerrados, no muestra movimientos coreiformes y accesorios en los dedos.

J) SINQUINESIA

No presenta sinquinesia, al ordenarle que empezando con el dedo meñique tocará con la punta de cada uno de sus dedos de la mano derecha la punta del dedo pulgar de la misma. Y al observar al mismo tiempo la otra mano comprobamos que no está moviendo en forma igual sus dedos. (Se observa que con la mano izquierda realiza mejor el movimiento).

K) ADIADOCOCINESIA

No presenta dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternados rápidos al copiarlos.

L) ESTEREOGNOSIA

No presenta dificultad para percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos al palparlos sin verlos e identificarlos.

los.

M) MOVIMIENTOS DE LENGUA

Logra efectuar adecuadamente movimientos sencillos que se le ordenan como tocarse la nariz con la lengua, la barbilla y mejillas.

APLICACION DE ESCALA DE ACTIVIDAD (ver hoja de resultados).

SINTOMATOLOGIA

Hiperquinesia, inatención, berrinches (baja tolerancia a la frustración), irritabilidad, agresividad, impulsividad, mentiroso, conductas repetitivas.

CARACTERISTICAS OBSERVADAS EN EL NIÑO

Aspecto General:

Salud física aparentemente sano, bien aliñado, cuidadoso al vestir, (la madre asegura que es descuidado) inquieto en momentos en otros se muestra tranquilo y atento, entiende y sabe seguir instrucciones, buena orientación espacial y temporal, percepción, verbalización, lenguaje y vocabulario. Se muestra afectivo y cordial.

ELECTROENCEFALOGRAMA: NO INDICA DAÑO ORGANICO.

RESULTADOS: NO EXISTEN SIGNOS NEUROLOGICOS "BLANDOS" QUE INDIQUEN PROBLEMAS DE DAÑO CEREBRAL.

ESCALA DE ACTIVIDAD DEL NIÑO

	NUNCA	ALGO	MUCHO
HOGAR (comidas)			
1.- Sube y baja de las sillas	X	1	2
2.- Interrumpe la comida sin razón	0	X	2
3.- Se mueve en su asiento	0	1	X
4.- Juega nerviosamente con objetos	0	X	2
5.- Habla nerviosamente	X	1	2
HOGAR (Mientras observa la T.V.)			
1.- Se levanta y se sienta	0	1	X
2.- Balancea el cuerpo	0	X	2
3.- Juega con objetos	0	1	X
4.- Interrumpe a los demás	0	1	X
5.- Habla incesantemente	0	X	2
HOGAR (Durante el juego)			
1.- Muestra agresividad	0	1	X
2.- No se mantiene quieto	X	1	2
3.- Cambia de actividad constantemente	0	X	2
4.- Busca la atención de los padres	0	X	2
5.- Habla excesivamente	0	1	X
6.- Interfiere con el juego de otros	0	1	X
7.- No mide el peligro	0	1	X
8.- Muestra impulsividad	0	1	X
9.- Muestra perseveración	0	1	X
HOGAR (Durante el sueño)			
1.- Dificultades para iniciar el sueño	X	1	2
2.- Sueño insuficiente	X	1	2
3.- Muestra inquietud mientras duerme (Movimientos, rechinar de dientes, otros).	0	1	X
FUERA DEL HOGAR (No en la escuela)			
1.- Inquietud en los vehículos	0	X	2
2.- Inquietud durante las compras (toca todo, juega, otras)	0	1	2
3.- Inquietud en la iglesia/cine	0	1	X
4.- Inquietud durante las visitas	0	X	2
5.- Desobediencia constante	0	1	X
EN LA ESCUELA			
1.- No se concentra en el trabajo	X	1	2
2.- Molesta a los compañeros	0	1	X
3.- No permanece quieto en su asiento	0	1	X

PACIENTE: DANIEL GALINDO MÚNTOYA EDAD: 9 AÑOS FECHA: 13 SEP 91

EXAMINADOR: GARCIA PERALTA LUCILA

TOTAL: 40 Puntos.

DIAGNOSTICO:

Niño de 9 años de edad que no presenta al parecer el Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima.

NOTA: Existen antecedentes médicos que hicieron sospechar en un daño cerebral: TOXEMIA durante el embarazo que provocaron microhemorragias en el producto.

Según el Test de Escala de Actividad del Niño se considera significativa una puntuación arriba de los 15 puntos, Daniel obtuvo 40 puntos en total, se sugiere la revisión cuidadosa de la información, ya que ésta es proporcionada por la visión subjetiva de la madre, la cual no coincide con lo observado.

Podemos considerar que se trata de un cuadro del Síndrome de Inestabilidad Psicomotriz que, como refiere A.M.J. Chorus encierra dos aspectos: el motor y el de la forma psíquica que conforman un estado de personalidad que se llama "inestabilidad".

Chorus afirma que estos dos aspectos demuestran de forma clara una inestabilidad, un problema de falta de duración y continuidad de la conducta global, y asegura que estos niños son llevados a consulta por retraso escolar, no obstante, tienen un nivel normal, destacan sobre todo por una agitación psicomotriz, se mueven constantemente, lo tocan todo, son tercos, sin agresividad, incapaces de inhibición motriz y de moderación emocional, su actividad desordenada, su atención dispersa, son incapaces de un esfuerzo constante y su rendimiento es insuficiente durante trabajo prolongado.

Por su parte H. Wallon (1958), menciona que existe una relación extremadamente estrecha entre la emoción y el carácter y

confirma, que las relaciones entre la organización postural y la emotivoafectiva se estructura desde el inicio de la organización psicológica de un niño.

Esto es, si existe en Daniel un Síndrome de Inestabilidad - Psicomotora, como lo maneja Chorus y de acuerdo a la Teoría de Wallon, podemos decir que no necesariamente este Síndrome obedece a un daño cerebral, sino que puede deberse a otras causas -- (trastornos intrauterinos P.H. Wender, 1971 ó hiperactividad neurótica), que según estos autores los trastornos psicomotores en su conjunto oscilan entre lo neurológico y el marco afectivo del niño y sus relaciones con el entorno, los cuales se consideran en este caso no muy favorables según los antecedentes familiares revisados.

Dentro de este parámetro se corre el riesgo de considerar a Daniel como un problema aislado, fragmentado, sin que, por ejemplo los padres o maestros, adviertan que el niño toma conciencia de sus carencias afectivas y que lo vuelven frágil, confundiendo en experiencias reales, que originan en él un sentimiento de angustia, agresión y/o abandono para así complicar su tratamiento. Así lo refiere S. Kiener (1954): el mundo del inestable no tiene coherencia, orden, ni continuidad, sus reacciones no corresponden a lo que exigen de él. Es el caso de los niños que molestan, que se adaptan mal a un orden establecido y a una enseñanza rígida. Obstaculizando así, las capacidades del niño para desarrollar la seguridad, la independencia, el dominio de sus emociones y su iniciativa.

Daniel 9 Años

Test de La Familia

Mi papá Juan Manuel

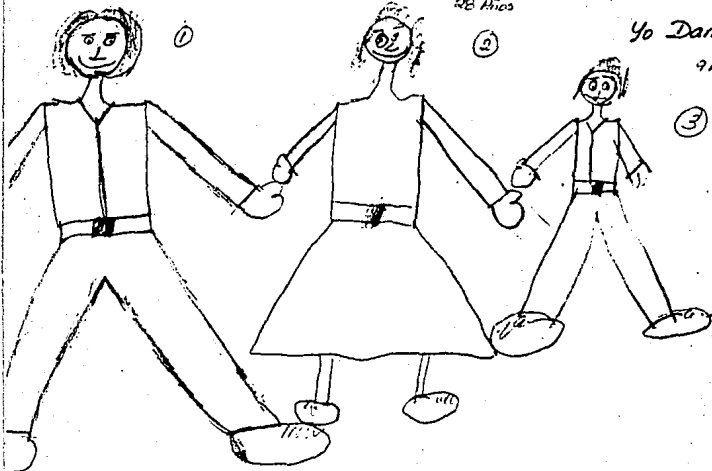
32 Años

Mi mamá

28 Años

Yo Daniel

9 Años



Mi hermana Vanessa



Composición De la Familia

Juan Manuel Galindo J. 34 Años

M^a. Del Carmen Montoya 31 Años

Daniel Galindo Montoya 9

Vanessa Michel Galindo M. 7 años

Test de la Familia.

1. -¿Cuál es el más bueno? el papá
¿Por qué? casi no me pega, me quiere mucho, me lleva al par-
que, hacemos muchas cosas juntos. Pero cuando está mi mamá no
podemos hacer nada. La vez que se fué a Laredo, mi papá me
llevó al parque y a muchos lugares.
2. -¿Cuál es el menos bueno? mi mamá
¿Por qué? siempre me pega, regaña y grita y no puedo salir ni
con mi abuelita, siempre me deja encerrado en la casa. Una --
vez que fue con mi tía, me dejó encerrado con llave, pero me
escape. ("a mi mamá la pinte así con un ojo morado, se me pa-
so la mano").
3. -¿Cuál es el más feliz? mi papá, yo y mi hermana, mi mamá no.
("Tengo la costumbre de dibujarlos con cinturón").
¿Por qué? Mi papá no me regaña tanto como mi mamá. Cuando --
llego de la escuela y no ha llegado mi papá, mi mamá me dice
que va me duerma, pero la engaño para que cuando llegue mi --
papá lo pueda ver y cenar con él. Siempre me ha querido más --
que mi mamá.
4. -¿Cuál es el menos feliz? mi mamá
¿Por qué? Cuando llego de la escuela me dice que me cambie
de ropa, que deje la mochila, que saque a mi hermanita, que-
la meta a la cuna, que la deje, nunca puedo estar sentado. --
5. -¿Y tú en esta familia a quién prefieres? a mi papá y a mi --
hermana.
¿Por qué? ("a mi hermanita la pinte así porque siempre está
enojada y chillando") siempre está en la cuna y mi mamá la --
deja muchos ratos en la cuna, todo el día se la pasa en la --
cuna y mi mamá la deja que lllore. Siempre se va conmigo, me
acaricia y con mi mamá no.
6. -¿Y tú de esta familia quién quisieras ser? mi papá
¿Por qué? porque me gustan como son los amigos de mi papá de
su empresa. Hasta se donde vive Armando, su jefe.
7. - El papá propone un paseo en auto pero no hay lugar para to-
dos ¿quién se va a quedar en la casa? mi mamá porque siempre --
está enojada y cuando conozco a alguien no me deja hablarle y
saber como es,
8. -Uno de los chicos se portó mal. ¿Cuál es? los 2
¿Qué castigo tendrá? no comprarles un juguete pero yo ya no pido
juguete, sino grabadoras. Yo ya no pienso como niño, ya me
gustaría ser grande para ser como mi papá, para saber que tan-
to es peligroso.
9. -Pedirle que haga una historia o cuento de la familia:
Nos queremos mucho entre los cuatro, pero no nos gusta que to-
do el tiempo se la pasen peleando, gritando porque entonces,
ya no me gustaría que fuera la familia.
10. -¿Si tuvieras que volver a hacer el dibujo ¿Cómo lo harías?

igual

11. - ¿Estás contento con el dibujo que hiciste? si porque estamos todos integrados, los que nos queremos y por eso somos una familia, no quitaría a nadie, pondría a todos.

Interpretación del Test de la Familia

1.- PLANO GRAFICO

Trazos.- Los trazos son pequeños entrecortados, que indican una inhibición de la expansión vital y una tendencia ligera a replegarse en sí mismo.

Fuerza del trazo.- Los trazos son fuertes que indican violencia y liberación instintiva; además por la presencia de dibujos muy grandes, puede haber indicio de una expansión reaccional cuyo exceso podría indicar un desequilibrio.

Ritmo del trazado.- Por la repetitividad de los personajes con trazos simétricos puede ser interpretada como una verdadera estereotípa (contrario al dibujo libre y espontáneo) significa que el sujeto puede estar viviendo dominado por lo reglamentado.

Sector de la página.

Ocupó dos Sectores:

Sector Superior.- expansión imaginativa, región de los soñadores e idealistas.

Sector inferior.- región de los neuróticos y deprimidos. A cuyo personaje dibujado en esta zona le está vedado toda expansión.

El movimiento observado es progresivo natural: de izquierda a derecha.

2.- PLANO DE LAS ESTRUCTURAS FORMALES

De tipo racional.- Donde se observa que la espontaneidad ha

sido inhibida, ya sea por censuras, lo que da lugar a la reproducción estereotipada y rítmica de los personajes de escaso movimiento. (Se observan líneas rectas y ángulos que predominan sobre las curvas).

3.-PLANO DEL CONTENIDO

Presenta mecanismos de negación al negar la existencia de su hermana (supresión de la hermana menor al plano inferior) al ubicarla fuera del primer sector.

Existe desvalorización de su hermana, ya que está ubicada abajo de los otros personajes (rivalidad fraterna).

