



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

“LA INTERVENCIÓN DE LOS PADRES EN EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO DE
NIÑOS Y UN PREADOLESCENTE”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ROCIO NURICUMBO RAMÍREZ

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
COMITÉ TUTORIAL: DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA
MTRA. SUSANA EGUÍA MALO
DRA. LUCY REIDL MARTÍNEZ
DRA. ROSA KORBMAN DE SHEIN

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Este trabajo fue posible gracias al apoyo de los Proyectos IN-300002 "*Factores de riesgo de problemas emocionales y diseño de estrategias de intervención en adolescentes*" e IN302206 "*Resiliencia y afrontamiento en las acciones de la salud mental en los adolescentes*".



AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Psicología, que me volvió a abrir las puertas para tener ésta experiencia profesional y siempre me ha brindado experiencias invaluable.

A todas las personas que conforman el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil, ya que me brindaron la oportunidad de conocerlas y aprender de su experiencia.

A la Dra. Lucy Reidl, que nuevamente me acompañó en ésta importante experiencia, con el deseo de que nuestra relación académica y afectiva continúe creciendo hacia el futuro.

A la Maestra Fayne Esquivel, por ser promotora de éste programa e impulsarnos a crecer.

A la Dra. Emilia Lucio, por apoyarme en éste crecimiento y brindarme la oportunidad de generar nuevos proyectos conjuntos.

A todas las maestras, por sus valiosas aportaciones a mi formación académica; en especial a la Dra. Luisa Rossi, Mtra. Cristina Heredia, Mtra. Susana Eguía y Dra. Rosa Korbman, por ser parte de mi comité.

A mis compañeras, por haber hecho más amable ésta experiencia.

A toda mi familia, por apoyarme en todo momento, por su paciencia y comprensión. Los quiero mucho.

A Juan José, por haberme acompañado a lo largo de este tiempo, por tu comprensión y cariño, por todo lo compartido, mil gracias.

Al Centro Integral de Salud Mental, en especial a Sandra Núñez, por supervisar los casos y compartir experiencias. A la Dra. Rosa Juárez, por la libertad y apertura.

LA INTERVENCIÓN DE LOS PADRES EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO DE NIÑOS Y UN PREADOLESCENTE

INDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Referentes Teóricos de la Intervención Psicoterapéutica	
1.1. Acerca del enfoque y algunos supuestos del psicoanálisis infantil	6
1.2. ¿Inclusión o exclusión de los padres en el psicoanálisis infantil?	14
1.3. El motivo de consulta	19
1.4. Motivo en común: ‘Problemas de conducta’	22
1.4.1. Impresión diagnóstica	23
1.4.2. Etiología	31
1.5. El encuadre terapéutico	36
1.6. La transferencia	39
1.7. Intervención de los padres en el proceso psicoterapéutico	41
Capítulo 2. Método	
2.1. Justificación	44
2.2. Objetivo general	45
2.3. Objetivo específico	45
2.4. Participantes	45
2.5. Escenario	46
2.6. Instrumento	46
2.7. Procedimiento	46
Capítulo 3. Presentación de casos	48
3.1. Iván	48
3.2. Pavel	53
3.3. Jim	59
3.4. Tratamiento	66
3.4.1. Fase inicial	66
3.4.2. Fase intermedia	73
3.4.3. Fase final	79
3.5. Resultados	83
3.6. Algunos aspectos importantes acerca del proceso psicoterapéutico y la actuación de los padres	86
Capítulo 4. Discusión y Conclusiones	96
Referencias	102
Anexo 1.	
Anexo 2.	
Anexo 3.	
Anexo 4.	

INTRODUCCIÓN

A partir de la conjugación de necesidades institucionales y personales se dio pie a la experiencia de la cual se desprende el presente trabajo, en el cual pretendo ilustrar algunas observaciones realizadas durante la maestría y que forman parte del aprendizaje obtenido en ese tiempo. Aunque no pretende ser un trabajo exhaustivo, debido a que existe una gran diversidad de elementos aprendidos y que deben de ser considerados en la psicoterapia infantil, el propósito central es realizar una revisión de los fundamentos del proceso psicoterapéutico, desde la perspectiva psicoanalítica y el papel que los padres ejercen.

En relación con las necesidades institucionales, es importante considerar que en nuestro país, paulatinamente se presentan cambios en las condiciones de vida que deterioran la salud mental de los individuos, siendo la población infantil una de las más afectadas; esto puede constatarse por la alta incidencia en que los niños son referidos a algún servicio de salud mental. Este incremento, ha generado una demanda de mejores servicios de salud que logren cubrir las necesidades de la población, lo cual ha impulsado al gobierno federal a crear un programa de desarrollo que establece entre sus objetivos principales una renovación en la atención a la salud mental de niños y adolescentes, la cual requiere para llevarse a cabo, contar con personal altamente capacitado, experto en su área, con principios éticos y una actitud de respeto por el paciente (Programa específico de psicopatología infantil y de la adolescencia, 2002). Por su parte, la Facultad de Psicología de la UNAM ha participado activamente, impulsando la creación y buen curso de las maestrías en psicología profesional, que se encargan de formar profesionales con conocimientos teóricos y prácticos en el área de interés; cabe mencionar que una parte sustantiva de dicha formación, se enfoca también en

proveer fundamentos clínicos y metodológicos necesarios para realizar investigación que conduzca al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas.

Por mi parte, junto con el gran privilegio que llevó ser parte de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil, se encontraba la enorme responsabilidad de aprovechar al máximo la formación que se me proporcionó, así como brindar una atención profesional a los pacientes, llevando a buen término los tratamientos y de esta manera, contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños. Decir esto resulta sencillo, sin embargo, se trató de una experiencia difícil ya que las características específicas de la población con la que trabajé, me ofreció retos constantes y la necesidad de aprender y poner en práctica una amplia gama de herramientas tanto teóricas como practico-clínicas.

Al respecto, cabe comentar que la formación en psicoterapia es compleja ya que exige la conjugación de varios procesos; por una parte se encuentra el aprendizaje teórico, que se enfoca en la realización de lecturas, seminarios, exposición e investigación de distintos temas; por otro lado se encuentra el aprendizaje clínico-práctico, que consiste en conducir el proceso terapéutico de los pacientes y que se encuentra estrechamente vinculado con el proceso de análisis personal, ya que como es bien sabido, se requiere de éste último para ejercer la psicoterapia de manera favorable, sobre todo considerando que al trabajar con niños, inevitablemente en algún momento del proceso terapéutico nos veremos remitidos a nuestra propia infancia.

La Residencia en psicoterapia infantil lleva como marco central la aplicación de la terapia de juego, ya que ésta ha demostrado su efectividad en el tratamiento de problemas emocionales en los niños, el programa académico incluye la revisión de diversos enfoques de la terapia de juego,

con la finalidad de proporcionar la mayor cantidad de herramientas necesarias para atender diferentes problemáticas emocionales (Programa de residencia en psicoterapia infantil, 2002). Algunos de los enfoques son: gestalt, cognitivo- conductual, humanista, centrado en el niño y psicoanalítico; de este amplio espectro de corrientes, elegí apegarme al enfoque psicoanalítico para intervenir, por lo que los casos que se presentan fueron abordados desde ésta perspectiva.

Cuando se piensa en la psicoterapia infantil, pudiera dar la impresión de que los fundamentos básicos fueran obvios, por ejemplo, la práctica del juego como una doble vía, primero para dar cuenta de la dinámica psíquica del niño y segundo para tener un medio de intervención terapéutica, por otra parte el plantear reglas y finalmente el trabajo de orientación con los padres; sin embargo, aún cuando la aparente sencillez facilita el trabajo con los niños, es importante recordar que el proceso psicoterapéutico tiene técnica, método y un consistente marco teórico que definirá en gran medida la actuación del terapeuta.

Consideraré como tema central para elaborar este reporte la importancia de la intervención que tienen los padres en el proceso psicoterapéutico de sus hijos, ya que al hacer un recuento de los casos que atendí, me percaté de que en ciertos momentos focalice mi atención en el descubrimiento de los conflictos, recursos y capacidades de los niños, dejando parcialmente de lado el importante papel que los padres estaban desempeñando, lo cual en ciertas situaciones dificultó el progreso del tratamiento. A partir de este análisis retrospectivo de mi práctica profesional pude apreciar la importancia de realizar una breve evaluación de las características y recursos con los que cuentan los padres, con la finalidad de considerar este factor al definir los alcances de la terapia, ya que los niños no se encuentran solos en su entorno y en gran medida son dependientes de los adultos con los que se relacionan y el medio. Así mismo, puedo señalar

que algunas sugerencias o comentarios que se realizan a los padres, toman diferentes matices en función de las características específicas del psiquismo de estos, como por ejemplo, su capacidad de insight o ciertos aspectos psíquicos que en algunos casos podríamos considerar patológicos. Así bien, se trata de una postura en que se aceptan las limitaciones propias del tratamiento y el terapeuta.

Para abordar los temas antes mencionados, se desarrolla el análisis de las observaciones realizadas en tres casos que atendí a lo largo del último año de prácticas profesionales en la Clínica de Paidó II del Centro Integral de Salud Mental (CISAME), institución con la cual la maestría en psicoterapia infantil tiene un convenio mediante el cual sus alumnos pueden realizar este tipo de prácticas¹. Los casos cuentan con algunos puntos de convergencia por lo que permiten reflexionar acerca de temas en común; dichas características de los pacientes, son retomadas a lo largo del trabajo y contemplan aspectos como:

El motivo de consulta: A lo largo del tratamiento encontré una serie de elementos que me llevaron a considerar la importancia de realizar un diagnóstico con el cual podamos comprender la etiología del padecimiento y vislumbrar que aún cuando el motivo de consulta sea el mismo, en este caso los “problemas de conducta”, la demanda difiere, al igual que la historia del trastorno y el curso del mismo.

La edad de los pacientes: Podría pensarse que a mayor edad o proximidad con la adolescencia, menos relevante será el papel que desempeñan los padres; aunque esto es cierto para algunos casos, encontré que existen

¹ Aprovecho este espacio para agradecer a la Clínica de Paidó II del CISAME la oportunidad de realizar estas prácticas clínicas, las cuales han contribuido en forma sustancial en mi formación profesional teórico-clínica y me han servido como un sólido cimiento que me acompañará el resto de mi vida. Así también me gustaría reconocer la apertura y buena disposición por parte de los doctores, psicólogos y el personal en general que labora en el Centro Integral de Salud Mental.

situaciones en las cuales la relación con el niño, las características del menor y la dinámica familiar influyen de manera importante en el desarrollo de la intervención terapéutica con el niño, así como la orientación que es recomendable dar a los padres.

Por otra parte, la estructura de éste reporte presenta en el primer capítulo los referentes teóricos que sustentaron el trabajo, con la finalidad de fundamentar la conveniencia del enfoque utilizado, así como algunos aspectos técnicos importantes. Desde ésta línea de trabajo (enfoque psicoanalítico), existen distintas aproximaciones teórico-clínico para considerar el papel de los padres, las cuales se revisan brevemente. En el capítulo dos se describen los aspectos metodológicos de la intervención; en el capítulo tres se presenta la descripción y análisis de los casos, considerando los aspectos particulares observados en los padres.

Finalmente se analiza y reflexiona acerca del manejo que es adecuado proporcionarles a los padres, para favorecer el proceso psicoterapéutico de los menores.

REFERENTES TEÓRICOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

*“Un niño existe en el deseo de sus padres,
NO es el mero retoño de un grupo que es preciso perpetuar”
(Avrane)*

a) Acerca del enfoque y algunos supuestos del psicoanálisis infantil.

Hablar de psicoanálisis infantil no es sencillo, ya que conlleva una gran cantidad de implicaciones relacionadas con el método, el motivo de consulta, los alcances y las expectativas tanto del terapeuta que lo aplica, como de los padres que llevan a su hijo, sin olvidarnos de las fantasías, deseos y enigmas que representa para el pequeño esta nueva experiencia en su vida. Al desarrollarse dicho proceso al interior de una institución de salud mental, resulta todavía más compleja la dinámica desarrollada. Puedo comentar que la libertad de ejercicio práctico que se me brindó a lo largo de la maestría me abrió grandes oportunidades; Octavio Paz dice que el lugar del estudiante es privilegiado, ya que aún no adquiere compromisos económicos que restringen su interés y se encuentra cerca de la generación del conocimiento y la crítica; creo que en mi caso volver a ser estudiante conllevó la gran oportunidad de entrenarme en el análisis infantil y ponerlo en práctica con un sector de la población al que de otra manera hubiera resultado muy difícil acceder. Después de mencionar ésta afortunada conjugación de circunstancias e inquietudes, daré inicio al desarrollo de algunos aspectos generales e importantes acerca del enfoque con el cual trabajé, la técnica empleada y los supuestos teóricos que enmarcan la posterior presentación y análisis de casos.

El Programa Académico de la Maestría señala que durante el primer semestre se estudian los fundamentos teóricos de los diferentes modelos de intervención, en tal aproximación se hizo hincapié que la Residencia no tenía por único objetivo la formación en psicoanálisis, aún cuando ciertos fundamentos de éste modelo se retoman en materias de desarrollo y psicopatología; el estudio de

diferentes modelos ilustra la amplitud y flexibilidad del Programa de Residencia, sin embargo, creo que éste señalamiento permite cuestionar ¿cuál es la diferencia entre la labor del psicólogo y la del psicoanalista?; Avrane (2003) afirma que el primero se encarga de “poner en palabras el discurso sobre el trauma psíquico sufrido, devolver al sujeto la facultad de hablar en su propio nombre y emitir un juicio personal, utilizando para ello palabras, juegos de roles, dibujo, modelado y pintura (p. 9)” en este caso se considera que está muy bien definida la causa del síntoma, que es visto generalmente de manera unívoca y por ello existe una consecuencia del mismo; mientras que para el segundo, es decir, el psicoanalista las fronteras no son tan claras “lo característico del hombre, lo sepa éste o no, es poner a prueba sin cesar su identidad, intentar forjar sus propios límites; así identificación, proyección, introyección y sublimación son mecanismos constantemente en juego. El sujeto jamás es absuelto de su deseo (op. cit. p. 9)”. Retomando esta perspectiva, el trabajo que realicé se orienta desde este segundo entendimiento del sujeto, con lo cual tenía por objetivo proporcionar un espacio donde se pudieran expresar diversos mecanismos psíquicos, dando pie a la transferencia, que abre el camino a lo que podemos considerar la cura; no se trató de terapia de juego *per se*, donde los límites y alcances estuvieran enfocados a calmar un síntoma, y aún con mi escasa formación en psicoanálisis, me propuse poder pensar y comprender desde este punto teórico, para posteriormente trabajar clínicamente partiendo de esta teoría. Cabe mencionar un factor que de manera inicial me condujo a contemplar los casos de acuerdo a este enfoque y posteriormente favoreció el trabajo, es la dinámica con la que opera el Centro Integral de Salud Mental; tanto los aspectos positivos, que abarcan desde las instalaciones físicas (la posibilidad de contar con un consultorio individual), el respeto y apertura por el trabajo, hasta el apoyo que brindan a los pacientes, mediante cuotas bajas y un desayuno que le entregan a los niños cuando registran la consulta a la que acuden, con el cual la mayoría de las madres se encuentra satisfecha, ya que proceden de familias de bajos recursos; y en otra medida contribuyeron aquellos aspectos que no son tan favorables, como la alta

demanda que tienen los servicios y la correspondiente lista de espera que existe en cada uno de ellos. Este aspecto, a pesar de que en un inicio me pareció desfavorable (porque se ejercía una fuerte presión para que los tratamientos fueran breves), después lo encontré como un factor favorable, ya que debido a las limitaciones en la capacidad para cubrir la demanda de los pacientes, al momento en que se me encargaba tomarlos, habían permanecido un largo periodo en la lista de espera y probablemente esto contribuía a que durante la primera entrevista con los padres, el motivo de consulta se mostrara “difuso”, muy general, dando paso a una demanda amplia, como ‘problemas de conducta’; en el mejor de los casos los padres referían: ‘es hiperactivo’, ‘no obedece’, ‘se enoja mucho’, ‘es la conducta’; por lo tanto se trataba de algo que no estaba claramente definido ni delimitado, ya que no se tenía la capacidad para nombrar específicamente una conducta o serie de estas; resultaba ser la manifestación de un conflicto, que oscilaba entre lo indescriptible y lo racionalizado, aquello que era nombrado en lenguaje médico, no tenía la posibilidad de ser comprendido plenamente por los padres, ni ser concretado por el niño. Esto me generó la necesidad de “mirar de manera más profunda” en el psiquismo del pequeño y la dinámica que mantenía en la relación con los padres y no optar por tratar de especializarme en cambios dirigidos a lo puramente conductual.

La elección del enfoque psicoanalítico se derivó de la necesidad de cubrir las necesidades de los pacientes en el momento que fueron abordados, con una propuesta diferente; ya que los casos que aquí se presentan, contaban con una historia previa de tratamientos e intervenciones que no habían funcionado, habían tenido resultados momentáneos o habían culminado en el abandono del tratamiento, por lo que me propuse trabajar en función de comprender aspectos inconscientes buscando que los resultados fueran duraderos; así bien, también debo reconocer que existieron razones personales relacionadas con mi afinidad por utilizar el enfoque psicoanalítico, ya que desde esta perspectiva he logrado comprender de manera más profunda los casos. Ante este panorama,

me surgió la necesidad de conocer aspectos teóricos y técnicos de dicho enfoque, no solamente adoptándolo como un modelo de desarrollo o de comprensión de la psicopatología, sino como un enfoque integral de intervención.

Considero importante comprender que “el psicoanálisis se ocupa del inconsciente y éste es radicalmente incognoscible. Los sueños, chistes, actos fallidos y lapsus, dan testimonio de la dinámica inconsciente al igual que los síntomas y las construcciones neuróticas o psicóticas” (op. cit. p. 11). Por ello la sesión terapéutica no se limita a los aspectos conscientes, ni se limita a hablar de las obligaciones y restricciones, que implicarían proporcionar tareas o métodos para controlar el síntoma; el objetivo es la libre expresión del niño, donde el analista debe tener la capacidad de escucharlo en un doble nivel, tanto en lo que se refiere a sus dificultades como en todo aquello que lo conforma como sujeto. Pienso que esta es la diferencia fundamental con respecto a otras técnicas psicoterapéuticas, en este espacio no pretendo cuestionar la validez, efectividad o utilidad de unas sobre otras, creo que en la mayoría de los casos la inclinación del analista por un enfoque terapéutico proviene en gran medida de causas relacionadas con la formación, inquietudes, deseos o incluso propuestas ideológicas.

La afinidad con este enfoque, implica que los retos no sean sencillos ya que “en la práctica analítica jamás hay una certeza absoluta. Éste es uno de los componentes de la apariencia mágica que pueden mostrar ciertas curas analíticas, sobre todo con niños. Pero la magia depende aquí de la capacidad de un psicoanalista de estar en el análisis con un analizante. El aspecto mágico proviene del hecho de que en el psicoanálisis intervienen fenómenos inconscientes, invisibles por definición” (op. cit. p. 113); es importante señalar que el referente teórico y la práctica clínica son aquellos componentes que ayudan a formarse en esta práctica y permiten que el curso de la terapia y la cura no sean un enigma también para el analista.

En lo referente a la puesta en marcha de la propuesta psicoanalítica, cabe mencionar que existen lugares que por sus características físicas y la dinámica de trabajo, hacen poco posible la psicoterapia psicoanalítica, como aquellos en que se presentan dificultades para mantener el encuadre o donde las condiciones no son favorables para respetar la confidencialidad del paciente. En mi caso, como mencioné anteriormente, al realizar la residencia en el Centro Integral de Salud Mental, me encontré con un ambiente que posibilitó la aplicación de este enfoque, sin embargo, el insertarse en el trabajo institucional conlleva el respeto a ciertos lineamientos que apoyan la consecución de los objetivos de dicha Institución; tratándose de una dependencia gubernamental, satisfacer la demanda de atención es un objetivo primordial (ya que existe una larga lista de espera y la necesidad de la institución por desahogarla, al igual que una gran necesidad por parte de quien refiere al niño para que el síntoma remita), por lo que resulta difícil plantear tratamientos largos y no centrar el trabajo únicamente en la paliación del síntoma. Al iniciar la residencia me encontré con que se estipulaba que los tratamientos deberían ser focalizados, estableciendo una duración promedio de 6 meses, sin embargo al plantear la necesidad de verlos por más tiempo y explicar las características tanto del caso como del tipo de abordaje, existió mayor libertad y flexibilidad. Así también, durante las entrevistas con los padres se logró que comprendieran las características del proceso terapéutico, mostrándoles la dificultad de intentar que una problemática, cuya etiología contaba con muchas fuentes de mantenimiento y acentuación y que se había configurado a lo largo de varios años, fuera desaparecida en un número limitado de sesiones; afortunadamente los padres comprendieron la necesidad de respetar el proceso y accedieron a trabajar.

La técnica fundamental para el trabajo con niños es el juego; cabe mencionar que el uso del juego no es exclusivo del psicoanálisis infantil, existen diversos enfoques teóricos que lo utilizan.

Winnicott (1979) señala que “el juego es por sí mismo una terapia ; una experiencia siempre creadora y una forma básica de vida” (p.75), debido a que el juego no es exclusivo de los niños, la psicoterapia “se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta, ya que son dos personas que juegan juntas ; cuando el juego no es posible, el terapeuta se orienta en llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo” (op. cit. p. 55); el psicoanálisis permite la comprensión del origen y causas de ciertos bloqueos en el proceso del desarrollo; Marcelli y Ajuriaguerra (1996) señalan que en esta corriente teórica el juego es valioso en función del significado que pueda tener en el desarrollo psicoafectivo del niño. “En la práctica psicoanalítica con un niño, el juego no es un fin en sí pero tampoco el medio de suplir una presunta carencia de lenguaje. Constituye una parte del contenido de la sesión, en el mismo concepto que las palabras pronunciadas en ella” (Avrane, 2003, p. 159). Se intenta leer y escuchar lo que se dice a través del juego, aquello que es expresado mediante la interacción de los personajes e incluso los silencios. “Al utilizar los objetos puestos a su disposición, un niño puede dar una palabra a escuchar, sin pasar necesariamente por las palabras” (op. cit. p. 160).

Sigal (1995) menciona que “escuchar el inconsciente significa también permitir una re-simbolización del lugar que el niño y el síntoma ocupan en la historia de los padres y en la subjetividad del niño. En el curso de un tratamiento, podemos ver como un niño se debate, por momentos, para salir de un cierto lugar que le fue destinado y vemos también como el tratamiento se paraliza y el niño deja de asociar cuando aparece la amenaza de producir algún cambio que funcione como ataque a sus padres” (p.24); esto muestra sólo uno de los movimientos que son comunes al proceso terapéutico.

De acuerdo a Avrane (2003) el psicoanálisis infantil se diferencia del de adultos en varios aspectos, algunas por obvias que parezcan no dejan de ser importantes:

- ✓ El paciente es un *sujeto en formación*, todavía tiene un camino que recorrer en cuanto al desarrollo, en la estructuración de su aparato psíquico y la conformación de una futura neurosis o psicosis.
- ✓ La relación entre el paciente y el terapeuta es asimétrica desde lo concreto, ya que el analista no es otro niño sino un adulto, además de que una gran cantidad de veces el niño no ha pedido iniciar una terapia.
- ✓ La técnica es distinta, no se utiliza diván, el material de trabajo son juguetes, la técnica es el juego y la interpretación del mismo.
- ✓ Los honorarios se concertan con los padres, no con el niño, esto modifica la aplicación de la regla en que “las sesiones perdidas deben pagarse ya que esta no se dirige tanto al niño como a sus padres o a quienes son responsables de él” (Avrane, 2003 p. 26). Las resistencias que presentan los niños difieren de la actuación que tengan los padres, ¿cómo saber si un niño ha abandonado el análisis porque lo ha pedido y ha convenido con los padres que no lo lleven más, o son estos quienes han optado por no llevarlo o llegar tarde? Algunos de estos fenómenos tendrán que ser pensados en relación con los padres, como menciona Dürhssen (1960), es importante valorar en los padres, la existencia de sentimientos de culpa conscientes o inconscientes, así como mecanismos de defensa latentes y sus consecuentes reacciones defensivas ya que los comentarios que hagamos o las instrucciones que proporcionemos, desde la primer entrevista, es posible que en lugar de funcionar de manera positiva, puedan reforzar algún sentimiento desagradable, que conlleve una acción negativa e incluso la deserción del tratamiento.

Hasta aquí se han retomado sólo algunos elementos importantes y distintivos del psicoanálisis infantil; con la finalidad de dejar ver a *grosso modo* los supuestos de los que se partió en las sesiones terapéuticas, así como algunos

retos del trabajo con los niños; por mi parte coincido con Avrane (2003) quien señala que “la capacidad de dejarse sorprender funda la práctica analítica; una dificultad de la formación de los psicoanalistas consiste en evitar que ésta borre esa capacidad. No se trata de que el analista sea fabricado en un molde” (p. 134).

Una vez comprendida esta primera parte relacionada con el enfoque utilizado, los aspectos técnicos y la función del terapeuta; pensemos en lo que representó tener que conciliar entre las necesidades de la Institución donde se trabajó, las del niño y sus padres, así como las mías, que tenían como propósito principal el aprendizaje y buen desempeño.

Como parte del programa de estudios de la residencia, existía la necesidad de adquirir conocimientos encaminados al perfeccionamiento en el uso de pruebas psicológicas que ayudaran a conformar una evaluación y a emitir un diagnóstico; para posteriormente intervenir a nivel psicoterapéutico. Desde el enfoque psicoanalítico, se resalta que se “recibe a un niño, no una historia clínica; los consejos, a veces acompañados de mandatos, son con frecuencia necesarios para que un niño pueda acudir a la consulta. Las evaluaciones psicológicas son útiles para revelar el lugar de las dificultades, ponerlas en evidencia, orientar a un niño en la escuela o decidir si es apropiado que haga una consulta. Sin embargo, esos textos no son utilizables en una cura psicoanalítica. Si el analista los conoce, su deber es transformarlos en palabra” (Avrane, 2003 p. 20). Considero importante esta reflexión ya que parte de las necesidades tanto de la institución de salud mental, como del plan de estudios, es poder generar y contar con una evaluación psicológica, para lo cual se hace uso de diversas pruebas; en el caso de los pacientes que atendí dicha evaluación tuvo importancia en función de lo que se podía retomar durante el proceso terapéutico, más allá de las cifras arrojadas o de las capacidades o discapacidades detectadas, ya que lo importante fue no convertir una persona en cantidades, ni llegar a cerrar los oídos al discurso del niño; más bien me

permitió ampliar el conocimiento del paciente y conocer su desempeño en diversas áreas, siendo éste un propósito muy bien definido en la formación que recibí en la maestría, logrando el uso de la evaluación psicológica como una herramienta útil en la atención de los niños.

Ahora que se han descrito todas estas características, en el siguiente apartado se revisará el papel que tienen los padres en el análisis infantil, ya que desde el enfoque psicoanalítico existen supuestos teóricos que restringen el papel que tomarán al interior de la sesión, salvo casos muy específicos como los descritos por Margaret Mahler, que involucra a la madre en la sesión terapéutica. A diferencia de otras corrientes (p.e., humanista, cognitivo-conductual) donde los padres tienen un papel fundamental y con cierta frecuencia participan en las sesiones del niño, o al menos, se les considera para ingresar e intervenir dentro y fuera de las sesiones.

b) ¿Inclusión o exclusión de los padres en el psicoanálisis infantil?

Dentro del psicoanálisis existen diferentes formas de considerar a los padres, cada una depende del enfoque teórico y la concepción que se tenga de ellos.

Los padres cobran importancia ya que portan consigo una demanda o un pedido, en el cual pueden estar depositados parte de sus deseos conscientes e inconscientes; como se mencionó antes, existen diversas opciones de abordaje, por ejemplo el psicoanálisis kleiniano se concentra en el mundo interno, los mecanismos y procesos mentales del niño (denominado fantasía inconsciente), considerando un aparato psíquico constituido desde los orígenes, por ello para el psicoanálisis Kleniano los padres juegan un papel secundario y no son requeridos en el tratamiento del niño, así también no se contempla la transferencia entre los padres y el analista (García, 1995; Sigal, 1995). En contrapartida Ana Freud concibe un técnica diferente, ya que ubica a los padres en un lugar preponderante como educadores; por su parte, la escuela

lacaniana reconoce, escucha y trabaja con la demanda (García, 1995). “El psicoanalista sabe que la demanda se relaciona con un niño y el trabajo debe hacerse con él, pero como ese niño está aún bajo la dependencia, más o menos grande pero necesaria, de adultos, éstos pueden contener una parte del discurso que determina su síntoma.” (Avrane, 2003 p. 54). Desde esta perspectiva, se da cabida al papel de los padres, en relación con los síntomas del niño.

Sigal (1995) distingue tres momentos en su ejercicio como analista de niños, el primero corresponde a la clínica practicada con el enfoque kleiniano, donde no hay cabida para los padres; un segundo momento lo ubica con la contemplación de las múltiples transferencias que atraviesan el tratamiento, para manejarlas, ella propone tener entrevistas frecuentes con los padres para trabajar sus “resistencias, dificultades para pagar los honorarios, celos en relación al analista, faltas reiteradas, atrasos” (op. cit. p.27) y todo aquello involucrado con el tratamiento; la última etapa es cuando se cuestiona la práctica hasta ese momento realizada y percibe que “las diferentes modalidades técnicas corresponden a las formas por las que se comprenden la formación de la subjetividad ; por lo que la conceptualización teórica es la que va a respaldar o guiar la forma en que cada psicoanalista realice la clínica” (op. cit. p.28).

La relevancia de los padres se puede entender en función del discurso que pronuncian, comprendiéndose este como “las palabras emitidas, más particularmente con respecto a un niño, que lo definen a priori y le asignan un lugar. Todas sus palabras, todas sus conductas y todos sus actos corren luego el riesgo de comprenderse exclusivamente a la luz de ese discurso ; debido a su dependencia, los niños son más propensos que los adultos a ser el blanco de esos discursos” (Avrane, 2003 p. 83).

“El discurso constituye la dimensión imaginaria de un sujeto. Desde que un recién nacido llega a una familia se buscan rasgos de semejanza y pertenencia;

los discursos pueden comprenderse como la vertiente lingüística del espejo. El sujeto encuentra en ellos una imagen de sí mismo, lo cual determina su lugar en el mundo. Esa imagen no es unívoca – no hace referencia sólo a un familiar o no está cargado de un sólo sentido –; por caleidoscópico que sea, el yo así fabricado no deja de formar un todo. El conjunto de esos rasgos diversos y hasta divergentes constituye la personalidad de un sujeto, guía sus comportamientos en la sociedad y permite reconocerlo en ella.” (op.cit. p. 85).

La importancia de los padres (o quien ejerce su función) está marcada desde la teoría, en la huella que prevalecerá en la formación de la estructura psíquica. “El lugar de los padres es un lugar simbólico, trasciende a los padres reales; son representaciones culturales que tienen valor importante como sostenedores identitarios; actualmente el discurso social dominante transmite mucho de perversión, entendida estructuralmente como Freud lo entendía: aquel que ignora la castración y en su lugar erige los fetiches (como ideales), el lugar paterno está ocupado por el amo (éxito-dinero-poder) cuyo discurso exige obediencia. El padre simbólico es guardián de la cultura pero no hay que confundirlo con un tirano o un Dios. Los sistemas de exclusión y los ofrecimientos de identidad alienantes, contribuyen a que las funciones materna y paterna no se cumplan demasiado bien” (García, 1995 p. 15). De tal manera que el discurso de los padres, se encuentra tamizado por un sin fin de factores, propios y externos, conscientes e inconscientes, que conducen al niño y de alguna manera inciden en la conducta que presenta. Por otra parte, resulta interesante considerar la dinámica con la que interactúan los padres y sus hijos, ya que la función de los primeros es asumir el papel de portavoz de la Ley (siendo la función paterna la encargada de ser representante del nombre del padre y la función materna quien reconoce y respeta dicha Ley); y en la medida que ellos mismos se sometan a la Ley (bajo el respeto de reglas y límites), la podrán transmitir de manera más clara, esto cobra un papel fundamental en el origen de los problemas de conducta.

Retomando la importancia de los padres en el proceso psicoterapéutico, cabe señalar que “en el análisis de niños el dispositivo incluye la presencia de los padres. La intervención del analista es decisiva: las variaciones implican cada una sus efectos, excluirlos, alejarlos, escucharlos o interpretarlos; tendrá una intervención en el campo de la transferencia” (García, 1995 p. 16).

Los padres tienen importancia porque su actuar, consciente e inconsciente ha tenido lugar, en la mayoría de los casos, en la elaboración del síntoma y la estructura psíquica del niño, por ello considero que no deben quedar fuera durante el análisis¹, ya que el proceso psicoterapéutico intervendrá en los cambios en la subjetividad del niño y los padres. La relación entre los padres y el hijo hasta ahora ha formado un lazo conductor en el psiquismo de ambos, por lo que para intervenir en la relación es importante contemplar los cambios y reajustes que exigirán el análisis.

Sperling (1993) refiere que la madre (o quien ejerce esta función), actúa como yo auxiliar en la infancia temprana y posteriormente será el modelo para la formación del superyo. En este orden de ideas, las perturbaciones neuróticas, caracterológicas o psicóticas de la madre (o el padre) interferirán en el desarrollo del niño desde momentos muy tempranos; por ello, en el caso de niños muy pequeños bastará con tratar exclusivamente a la madre (de acuerdo a esta autora). Establecer una relación positiva y propiciar una alianza terapéutica con la madre mejorará el pronóstico de la terapia del niño.

Kupfer (1995) realiza una distinción entre los padres imaginarios y los simbólicos, menciona que para Lefort, “lo decisivo del análisis de un niño no está en considerar a los padres presentados en su dimensión imaginaria y sí en su dimensión simbólica” (en op.cit. p. 112), explica que “los padres reales, entendidos en su función imaginaria, son los que se imponen inicialmente al

¹ Aunque si de la sesión terapéutica, con excepción de casos muy específicos, o de tratamientos con niños muy pequeños.

analista, los que se quejan, sufren y se presentan de acuerdo o en desacuerdo con los roles sociales que todos conocemos ; mientras que los padres en su función simbólica se dedican a la tarea de explicar, de pedirle al analista que concentre su atención en el niño sin retirarse del centro de la escena, los que al principio nos confunden con las explicaciones causales que nos presentan” (op cit. p.112).

Para Doltó (1987) la presencia de los padres y las conversaciones con ellos son forzosas en el tratamiento de niños menores de 7 u 8 años; en el caso de niños mayores es necesario aclararles que se tendrá que deslindar de quien deberá ser la terapia, si del niño o son los padres quienes requieren buscar un espacio terapéutico. Ésta misma autora estipulaba que los padres debían ser recibidos con sus hijos únicamente durante una sesión, posteriormente, cada encuentro con los niños debía existir un pago simbólico que ayudaba a responsabilizarlos del pago de la sesión.

A mi parecer, existe una gran necesidad de contemplar y valorar las características de los padres, como por ejemplo los recursos intelectuales y emocionales con los que cuentan; así también, tratar de esclarecer la razón por la que envían al niño, de qué manera es mirado y pensado, para a partir de ahí propiciar las condiciones que permitan avanzar en el proceso terapéutico y determinar qué tan viable es una separación de los discursos de ambos, asignándole el espacio que le corresponde a cada uno. Como menciona Bleichmar (1995) para conocer el inconsciente de los padres, tendría que realizarse un proceso analítico con ellos, no es posible acceder a él mediante el discurso manifiesto y sin regirse por las reglas del método; por ello en el presente trabajo, realizaré sólo algunas anotaciones y observaciones generales que concuerdan con el actuar de ellos en el análisis de sus hijos y debido a que no es un análisis de los padres no me adentro a analizar su discurso.

Contemplar la presencia y actuación de los padres en el proceso psicoterapéutico del niño representa un reto para el analista ya que tendrá que inferir la contratransferencia con estos; Siquer y Salzberg (1995) postulan que la relación con los padres de los pacientes se vuelve menos compleja en la medida que el terapeuta tiene mayor edad, análisis y formación ya que siendo muy jóvenes tenderán a identificarse con el niño (ya que ellos mismo se ven aún como hijos de sus padres), conduciéndolos a establecer alianzas que pueden conducir el análisis al fracaso.

En resumidas palabras, NO se trata de un análisis de los padres, más bien es un trabajo en función del niño que no excluye a los padres.

Así, el tema que a continuación se trata, constituye uno de los puntos de encuentro entre las necesidades de los padres y las del niño; desde ahí se pueden presentar dificultades para diferenciar el deseo y las necesidades de ambos.

c) Motivo de consulta

La importancia del motivo de consulta estriba de manera inicial en que constituye la razón por la que el niño iniciará un proceso terapéutico, en segundo lugar, se trata del primer acercamiento con los padres quienes portan una demanda.

Es durante la primera entrevista, cuando se manifiesta la demanda. En palabras de Avrane (2003) “La demanda se formula y se escucha durante las primeras entrevistas. Se trata a la vez de poder especificar lo que es posible cambiar, la meta esperada y definir las condiciones de realización de la aventura psicoanalítica” (p. 57).

“El tiempo de la demanda es un mecanismo esencial del psicoanálisis ya que permite que la transferencia al psicoanalista tenga un origen y por lo tanto un fin y que se inscriba en la relación con una persona” (Avrane, 2003 p. 77).

En los casos presentados, el tiempo para atender la demanda estaba definido en función de necesidades y capacidades institucionales, (al haber sido referidos por la escuela, donde se ejercía presión para conocer los avances y el curso del tratamiento; así como por los tiempos del Centro de Salud en que se trabajó, que ejercía presión para brindar resultados con el objetivo de favorecer el desahogo de la lista de espera); en muchos casos el origen de los problemas y por ende de la demanda se hallaba difuso o distante, además de que en ningún caso se trataba de algo que movilizara particularmente a los padres. Sin embargo, era posible ubicar una demanda, no en los agentes circundantes, sino en el mismo niño, a través de su síntoma. Por tal razón, resultó indispensable comprender la demanda que el niño expresaba por medio del síntoma y trabajar con ello, lo cual trascendía las necesidades de la escuela o de los padres.

Para poder conocer la demanda del niño es importante estar atento a la transferencia y proporcionarle el tiempo necesario para vislumbrarla, sin lugar a dudas al llegar al consultorio se pueden tener algunas pistas acerca de la demanda, que se manifiesta a través del síntoma (García, 1995). Sigal (1995) señala que los síntomas generalmente son una manera que el niño encuentra para que sus padres lo escuchen; “el síntoma aparece en sustitución de un deseo reprimido y puede ser utilizado inconscientemente por los padres para pedir análisis” (p. 20).

“La presencia de los padres obliga a pensar ¿qué demandas no explícitas conlleva un pedido de atención?” (García, 1995). ¿Cuáles serán las motivaciones personales, fuera de las presiones institucionales, que los conducen a atender al niño?

Desde el psicoanálisis es importante permitir que en el discurso o durante el proceso psicoterapéutico, se despliegue la demanda incluida en el pedido de atención, sin embargo en el trabajo con los niños existen variaciones propias de la introducción del juego como abordaje, así como en la asimilación del encuadre y el establecimiento de la transferencia, que repercutirá en la manifestación del deseo de ayuda; además de que la “presencia de los padres plantea cuestiones ineludibles” (García, 1995 p. 11) nuevamente en relación con la forma en que el niño se concibe a sí mismo en función del discurso parental; por ello es importante lograr diferenciar el discurso materno o paterno, de las necesidades del niño. Como bien menciona Sigal (1995) “estamos demandados por los adultos a resolver situaciones, síntomas, angustias que en muchas ocasiones, preocupan más a los profesores, a los padres, a los médicos, de lo que realmente preocupan al niño” (p. 20). Recordemos que los síntomas pueden ser comprendidos como la expresión de un conflicto surgido de la manifestación de un deseo reprimido, constituyéndose como un intento fallido por disminuir el conflicto, y que, es capaz de proporcionar alivio, ya que constituye una vía para la descarga de energía.

Más allá de la demanda personal y las ingerencias de los elementos que se encuentran alrededor de cada caso (como las presiones institucionales y las necesidades de los padres), “hay todo un trabajo por hacer para discriminar la demanda en primera persona de la demanda ‘social’ – la demanda del Otro -. El campo de transferencia es por esencia campo del Otro y su problematización nos remite a las vicisitudes de la constitución subjetiva: el niño es sujeto en constitución, proceso en formación y no estructura terminada: se trata de acompañar el proceso y crear las condiciones para que pueda estructurarse plenamente, no confundir por ejemplo la marca del otro con la totalidad del proceso de constitución” (García, 1995 p. 12).

“Las entrevistas nos permitirán comparar qué niño aparece en el fantasma de los padres y qué padres aparecen en el fantasma del niño, con sus semejanzas y divergencias; si la herida narcisista que se abre en la consulta, puede tolerarse, y ellos cuentan con recursos para elaborarlo (soportar la depresión que comporta sentirse implicados, sufrir y aguantar la insuficiencia), el tratamiento será posible y las entrevistas periódicas con ellos nos irán dando el ritmo de su tolerancia al cambio del niño. Si por el contrario no se soporta que el niño salga de una posición rígida, fija, porque sostiene una problemática de uno de ellos o ambos, el tratamiento se tornará imprevisible” (Siquier y Salzberg, 1995 p. 55), ya que puede culminar en una deserción promovida por los padres. Hasta aquí, se puede vislumbrar la importancia de conocer el motivo de consulta no sólo en los aspectos concretos y visibles, sino también en los inconscientes.

d) Motivo en común: ‘Problemas de conducta’

Los casos que ilustran éste trabajo, tienen un motivo de consulta en común, y se refiere a los “problemas de conducta”. Por problemas de conducta podemos entender una gran cantidad de intercambios fallidos con el medio, que son reportados debido a que generan problemas en el entorno; el costo de las conductas presentadas puede ir desde constantes discusiones con los padres o maestros, hasta lesiones físicas o actos que ponen en peligro la salud propia y de otras personas. En los tres casos que analizamos en este trabajo se encontraron algunas conductas similares, como: agresividad dirigida generalmente hacia los pares, en uno de los casos, conductas autolesivas durante la primera infancia, y en dos de los casos poco o nulo acato de la autoridad parental, mientras que en otro existían constantes accidentes y poca capacidad para controlar su conducta.

Lo que deseo resaltar en este apartado es algo central en la práctica clínica y que se refiere a que aún cuando el motivo de consulta es el mismo en los tres casos, no se puede hablar de una etiología única o uniforme del padecimiento, nos encontramos con que las diferencias individuales, al conjugarse con otros factores, propician una diversidad de orígenes de los conflictos para los que se requieren hacer modificaciones y comprensiones diferentes; este punto aún cuando resulta obvio, se me presentó con tal nitidez que decidí hacer énfasis en él.

Por lo antes mencionado, queda claro que no es posible hacer un recetario de cómo tratar los problemas de conducta, más bien deseo ilustrar la diversidad de factores que contribuyen a su aparición y el tipo de alteración psicológica a la que nos remite. Trabajar con el psiquismo de las personas remite a la subjetividad y esto nos adentra en una labor extensa y diversa; cada paciente representa una historia y un conflicto diferente, el reto del trabajo analítico es acompañar al paciente en el conocimiento de su psiquismo, tratando de ir un poco más allá de una propuesta exclusivamente descriptiva de la sintomatología del paciente.

Impresión diagnóstica

Debido a que una buena parte de la psicología clínica retoma un modelo médico para realizar su trabajo; además de que en el Centro de Salud donde se trabajó, el protocolo de intervención señala que es un médico psiquiatra quien se encarga de realizar las entrevistas iniciales a los pacientes y de tales encuentros emite un diagnóstico, a partir del cual se toma la decisión de referir al paciente al servicio que se considera más conveniente; por ello se hará una revisión de las características de los trastornos que presentaban los pacientes en función de la descripción del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV), ya que éste constituyó el punto de partida de la relación del paciente y sus padres con la institución y el proceso terapéutico,

así como el lenguaje que se maneja al interior de la institución por parte del cuerpo asistencial, incluyendo los intercambios de información que se realizaron con el médico psiquiatra.

El DSM-IV contiene la agrupación de diagnósticos denominada “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador” para describir aquellos que presentan manifestaciones principalmente conductuales. De acuerdo a Solloa (2001), los trastornos de conducta se caracterizan por “comportamientos que interfieren negativamente con el desarrollo del menor, las relaciones con el entorno, dificultando el proceso de adaptación social” (p. 125). Algunos de los trastornos incluidos en esta categoría son:

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Trastorno disocial.

Los diagnósticos emitidos por los paidopsiquiatras encargados de los casos que aquí se presentan, fueron TDAH y Trastorno Disocial.

A continuación se describirán las características más significativas de ambos trastornos, con la finalidad de mostrar de manera descriptiva la serie de signos y síntomas que condujeron a los médicos a emitir su diagnóstico, sin embargo es de suma importancia mencionar que existe una alta incidencia de comorbilidad, por lo que definir la frontera entre uno u otro, se encuentra en función de la experiencia clínica.

Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (TDAH)

El DSM-IV indica que “la característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un **patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.**

Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad; sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años. Los problemas relacionados con los síntomas deben producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela); además de que debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo. El TDAH se descarta si aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico o si puede ser explicado mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad)” (op. Cit. p. 82).

Se puede ver que los criterios diagnósticos son claros, sin embargo las conductas presentadas pueden deberse a una gran cantidad de factores; aún cuando se especifica que el diagnóstico de TDAH debe ser descartado cuando las conductas son mejor definidas por un Trastorno generalizado del desarrollo o esquizofrenia, los parámetros para utilizar un diagnóstico u otro dependerá de la experiencia clínica y los criterios del médico.

En el tratado de psiquiatría del DSM-IV se menciona que algunas características comunes de los niños con TDAH son: falta de cumplimiento de instrucciones o planes, olvidos frecuentes, abandono de objetivos y curso de la conversación, menor capacidad para formular un plan que requiera de acciones secuenciales, problemas al realizar varias tareas y síntomas de “desorganización”. Afirma que la impulsividad emocional puede manifestarse a través de reacciones de ira y conductas agresivas; la conducta exploratoria puede parecer agresiva, observada al tocar objetos con rudeza, llegando a romperlos de manera accidental; introduciéndose en lugares inseguros, lo cual puede ocasionarle lesiones físicas, incluso con fracturas óseas o la ingesta de productos tóxicos accidentalmente; así también puede llegar a ocasionar daños

en las propiedades, sin intención maliciosa (op cit p. 827). Se ha propuesto la alteración del sentido del tiempo como una característica de este trastorno, aunque este rasgo ha recibido relativamente poca atención; sin embargo, ésta alteración junto con otras características, podría contribuir (independientemente de las dificultades en matemáticas o en la secuenciación) a la mala planificación, los retrasos, la dificultad para corregir, la pobre autorregulación, los errores de bulto al juzgar sucesos pasados o recientes y la genuina sorpresa ante evoluciones inesperadas. Los bruscos cambios de atención y los breves fogonazos de experiencias conducen a un cambio constante y a una visión deformada del mundo. Las experiencias inconexas pueden alterar la capacidad para formar cogniciones complejas, responder emocionalmente y aprender normas sociales. En algunos casos, la diversificación de la atención parece complicar el aprendizaje de las emociones humanas y el pensamiento complejo.

Debido a la amplitud de las manifestaciones del TDAH, existen varios Trastornos con los que puede confundirse como:

- Trastorno disocial
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno bipolar
- Trastornos del aprendizaje
- Trastorno de las habilidades motoras
- Trastornos por consumo de sustancias
- Trastornos de la comunicación
- Depresión mayor
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de la Tourette
- Esquizofrenia
- Retraso mental
- Trastornos generalizados del desarrollo (incluido el trastorno autista).

Sin embargo hace hincapié en que “El curso real y el pronóstico del trastorno en un paciente determinado dependen de la etiología del proceso, así como de otros factores individuales, incluida la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos” (op.cit. p. 844). Dado que “el diagnóstico se basa en gran medida en el juicio clínico y la imprecisión de este método es muy insatisfactoria para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico importante en los niños; además de que el uso de características puramente conductuales, considerando el rendimiento cognitivo y los síntomas afectivos producen resultados particularmente frustrantes, debido a la dificultad y subjetividad para diferenciar entre este trastorno (TDAH) y los muchos procesos semejantes” (op. cit. p. 847); por las causas antes mencionadas, “el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se ha convertido en un «diagnóstico por exclusión» (op. cit. p. 847).

Trastorno Disocial

La característica esencial del trastorno disocial es un **patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto**. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos:

- A) Comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con causarlo, a otras personas o animales.
- B) Comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad.
- C) Fraudes o robos.
- D) Violaciones graves de las normas.

Tres (o más) comportamientos característicos deben haber aparecido durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses. El trastorno del comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. El patrón

de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad.

Puesto que los sujetos con trastorno disocial tienden a minimizar sus problemas comportamentales que presentan, el clínico con frecuencia debe recurrir a otras fuentes. Sin embargo, debe considerarse que el conocimiento que el informador tiene de los problemas comportamentales del niño puede estar limitado por una supervisión inadecuada o porque no han sido revelados. En el manual de psiquiatría del DSM-IV se señala que este trastorno “consiste en violaciones repetidas de los derechos personales o de las normas sociales, incluyendo comportamientos violentos y otros que no lo son. El síndrome no es una entidad médica única, sino que está compuesto por varias clases de «mal comportamiento grave». Los criterios diagnósticos se basan en infracciones que oscilan desde mentiras frecuentes, engaños y absentismo escolar, hasta vandalismo, fugas, robos, piromanía y violaciones de comportamiento graves” (op. cit. p. 857). “Como grupo, los menores con trastorno disocial tienen un desarrollo cognitivo y moral manifiestamente menor, mayor impulsividad conductual, mayor susceptibilidad al aburrimiento, más conducta buscadora de estímulos y peor estado de nutrición. Se observa un porcentaje mayor de conducta homicida dirigida especialmente contra los progenitores en estos chicos en comparación con los que no sufren este trastorno. La evolución y el curso dependen parcialmente de su inserción en un grupo de delincuentes, la naturaleza de dicho grupo, la disponibilidad de apoyos sociales alternativos, la comorbilidad y la edad de inicio (op. cit. p. 858).

Halperin y cols., (1995) señalan que una característica crucial del trastorno disocial es la ausencia de impulsividad (en DSM-IV p. 858). La ira impulsiva de los pacientes con trastorno disocial deriva típicamente de los trastornos comórbidos, sobre todo con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

“Los problemas cognitivos que presentan estos menores son los siguientes: sentido erróneo de magnitudes y tiempos, visión distorsionada de las consecuencias de sucesos anteriores, dificultad para imaginar la evolución previsible de los sucesos actuales, subestimación de los riesgos, falta de conciencia de las conexiones causales (sobre todo en lo que respecta a su propia conducta), escasa capacidad para resolver problemas, bloqueos en el pensamiento lógico y dificultades para el razonamiento moral. Los mecanismos de defensa patológicos consisten en minimizar, esquivar, mentir, exteriorizar, manipular conscientemente y negar. Las alteraciones interpersonales se manifiestan en forma de suspicacias o paranoia (donde las distorsiones cognitivas dan lugar a veces a peleas y resentimientos), sentido mínimo de culpa y empatía, así como dificultad para relatarlo a los profesionales. La baja autoestima y la pasividad son comunes, aunque pueden encubrirse bajo una apariencia de bravuconería o «dureza» (op. cit. p. 858).

Algunas características observadas en este tipo de personas son: “dureza, baja capacidad de respuesta emocional (reactividad) y la historia familiar (de trastorno de personalidad antisocial, conducta ilegal e historial delictivo)” (op. cit. p. 859). Se mencionan una gran cantidad de posibles causas de la conductas mostradas en el trastorno disocial y se agrega que “se observan síntomas psicóticos hasta en el 60% de menores muy violentos con trastorno disocial (Lewis y cols., 1988 en DSM-IV p. 860).

A continuación se presentarán las características más significativas de cada uno de los trastornos mencionados.

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO QUE SON CONSIDERADAS EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Desatención

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades.
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Hiperactividad

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

Tabla 1. Características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastorno Disocial, de acuerdo a la descripción del DSM-IV.

TRASTORNO DISOCIAL

Agresión a personas y animales

- (1) A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- (2) A menudo inicia peleas físicas.
- (3) Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas.
- (4) Ha manifestado crueldad física con personas.
- (5) Ha manifestado crueldad física con animales.
- (6) Ha robado enfrentándose a la víctima.
- (7) Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

- (8) Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- (9) Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

Fraudulencia o robo

- (10) Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
- (11) A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tima» a otros).
- (12) Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej. robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).

Violaciones graves de normas

- (13) A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas.
- (14) Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
- (15) Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

Especificar la gravedad:

Leve: Pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.

Moderado: El número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre «leves» y «graves».

Grave: Varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

Etiología

Una vez realizada la revisión de las características de los trastornos, así como los criterios que son considerados para ser diagnosticados, los cuales se refieren principalmente a factores conductuales; es importante hacer una breve pausa para centrarnos en la valoración de los componentes psicodinámicos presentes en la etiología del padecimiento, así como en la estructura psíquica de los pacientes, lo que en gran medida determinó el plan de intervención así como el pronóstico; este aspecto resulta fundamental, ya que se relaciona con el nivel en el que se ubica la intervención terapéutica, así como los alcances que podrán esperarse. Más allá de los aspectos médicos o neurológicos, que prescribirían un tratamiento con fármacos, o aquellos estrictamente apegados a los factores ambientales que podrían ser atendidos únicamente mediante orientación e instrucciones para los padres, se encuentran los aspectos estructurales del paciente.

Atendiendo los aspectos psicodinámicos, las conductas agresivas (con la consecuente nula capacidad para respetar límites y reglas), pueden deberse a una gran cantidad de factores; Widlöcher (en Marcelli y Ajuriaguerra, 1996) recomienda distinguir tres aspectos de las conductas agresivas:

1. Las conductas agresivas como medio de expresión, esto es, como formas de actuar de distintas pulsiones.
2. Fantasmas de agresión o destrucción, donde el objeto y el sujeto llegan a confundirse, bajo la nula distinción entre el yo y el no-yo.
3. Fantasías agresivas como medio de elaboración del espacio psíquico propio.

Aunque en términos conductuales, la agresión encuentre la misma vía o utilice caminos muy similares para manifestarse en cualquiera de los casos antes mencionados, de acuerdo a éste autor, existen diversos factores de origen.

De acuerdo con Sperling (1993), el niño que tiene problemas de conducta se encuentra en conflicto con su medio, esto es, mientras que el niño neurótico padece sus conflictos de manera interna, el que tiene desórdenes en la conducta lo actúa en el medio, generando sufrimiento en otros; esta misma autora plantea que para que este tipo de niños logre hacer insight en la terapia, es necesario transformarlo en neurótico e inducirlo a que internalice tanto sus conflictos como sus impulsos agresivos; para lograrlo, debe establecerse una nueva relación de objeto con el analista que difiera de la que mantiene con sus padres y bajo la influencia de esta nueva relación, la agresión internalizada pueda cargarse libidinalmente para que sea utilizada de modo constructivo con fines más adecuados. De acuerdo con Sperling, existen manifestaciones no neuróticas de las agresiones o conflictos vividos, lo cual ocurre frecuentemente con los niños que presentan problemas de conducta ya que no son capaces de contener el conflicto y constantemente lo están “actuando”, al respecto cabe preguntarnos ¿qué sucede en su psiquismo que no logran encontrar una vía más adecuada para expresar su problemática?; un primer acercamiento para dimensionar la problemática nos conduce a pensar en la constitución de la estructura psíquica del paciente.

Bergeret (1974) se refiere a la existencia de estructuras de personalidad, a las que atribuye la diferencia entre las personas neuróticas y las psicóticas. Por estructura entiende que la personalidad cuenta con una organización estable, que le permite emplear “mecanismos de defensa poco variables, así como establecer relaciones de objeto selectivas, con un grado de evolución libidinal y yoica definido, una actitud precisa ante la realidad que se asume de manera repetitiva y un juego recíproco suficientemente invariable de los procesos primaria y secundario” (p.73); ésta organización psíquica marcará las pautas de respuesta del sujeto ante los acontecimientos, menciona que aún en estados de crisis o ante eventos traumáticos, los mecanismos que se desenvuelven son definidos por la estructura. Para que se logre la conformación de una estructura, es necesario que el sujeto haya transitado por varios periodos en su

desarrollo, por lo que en el caso de los niños, logramos encontrar una preorganización, que indica la existencia de rasgos de alguna estructura, aunque aún no se encuentra plenamente constituida.

Considerar estos ejes para evaluar el grado de la psicopatología del niño es de gran ayuda; Kernberg, Winer y Bardenstein (2002) señalan la importancia de considerar “los patrones conductuales descriptivos y las características estructurales de la personalidad ; el concepto de organización de personalidad permite tener un punto de vista integral de los diferentes componentes de la personalidad, considerando no comportamientos aislados, sino elementos cuya raíz se ubica en una estructura o matriz mayor a la suma de sus rasgos individuales” (p. 31).

Frijling (en Paz, Pelento y Olmos, 1976) realiza una revisión de los diferentes rasgos presentes en los distintas constituciones psíquicas observadas en la infancia (considera tres: psicosis, borderline y neurosis) y algunos elementos importantes que deben ser considerados al momento de evaluar un paciente (por ejemplo, el motivo de consulta, algunas manifestaciones conductuales y tipo de conflicto presente), lo cual nos orienta en el ejercicio clínico que a su vez dirige el camino de la intervención. Considero importante la aportación de Frijling, ya que reúne características frecuentemente encontradas en la clínica y bajo éstos preceptos nos conduce en el ejercicio clínico. En el siguiente cuadro se retoman las características compiladas por dicha autora y que son las más relevantes para cada estructura psíquica.

CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS	ESTRUCTURA PSÍQUICA		
	PSICOSIS INFANTIL	ESTADOS BORDERLINE	NEUROSIS
Motivo de consulta	Inmanejable en casa.	Conductas incomprensibles.	Toda clase de dificultades.
Descripción del niño	Extraño	Extraño	Toda clase de descripciones
Influencias ambientales	Sobreestimulación. Falta de contacto o contacto anormal con el medio.	Sobreestimulación. Falta de contacto o contacto anormal con el medio.	Relaciones neuróticas familiares (menos intensas que en la psicosis o en los casos borderline). Dificultad en el manejo de la agresión, pero no peligrosa para los otros, sólo peligrosa para ellos mismos.
Nivel de agresión	Alto grado de impulsividad. Peligroso para ellos mismos y el medio.	Menor agresión directa. Impulsos explosivos.	Tendencias suicidas y a accidentes.
Conflictos más frecuentes	Severos conflictos intrasistémicos. Falta de conflictos intersistémicos. Perturbaciones específicas de la integración y prueba de realidad. No hay distinción entre el self y la representación de los objetos. Detención en la diferenciación y percepción del objeto.	Conflictos intersistémicos e intrasistémicos. Perturbaciones específicas en la integración. La prueba de realidad está menos perturbada que en las psicosis. Hay diferenciación entre el self y la representación de los objetos, pero con una tendencia a la regresión y confusión. Perturbación en el uso del lenguaje como medio de contacto, a menudo con fuerte necesidad de contacto.	Conflictos intersistémicos e intrasistémicos.
Desarrollo del Yo	El lenguaje no es usado como un medio de contacto con los objetos. Concretismos y neologismos. Falta principalmente del proceso secundario.	Ideas de grandeza, pero sin constantes ilusiones y alucinaciones como en la psicosis. El pensamiento del proceso secundario es usado defensivamente.	Perturbación de la integración y de la prueba de realidad sólo en la formación del síntoma. El lenguaje es usado como medio de contacto. Continuo uso del proceso secundario



CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS

PSICOSIS INFANTIL

ESTRUCTURA PSÍQUICA

ESTADOS BORDERLINE

NEUROSIS

Superyo

Superyo no estructurado.
Ansiedad arcaica
proyectada en el mundo
externo.

Estructura primitiva del superyo. Muy
dependiente de los objetos externos. Existe
alguna internalización con tendencia a la
regresión y re-externalización.

Superyo estructurado, con mayor
internalización de los conflictos.

Nivel de tolerancia a la frustración

Muy baja.

Puede ser alta, excluyendo situaciones
traumáticas específicas.

Puede ser alta o baja.

Evolución y pronóstico

Marcada oposición al
cambio. Todos los pasajes
evolutivos pueden conducir
a severas regresiones.

Mucha ansiedad frente a cambios en el
desarrollo. Peligro de crisis psicóticas si son
empujados a asumir tales cambios;
especialmente si se refieren a relaciones de
objeto adultas y experiencias sexuales.

En la adultez, las relaciones de
objeto adultas y experiencias
sexuales, pueden actuar ayudando
a la mejoría y recuperación.

Tabla 2. Características comparativas de los niños neuróticos, borderline y psicóticos. Tomado del libro *Desordenes fronterizos en niños y adolescentes*, de Paz, Pelento, y Olmos.



Para hacer la evaluación de los aspectos estructurales es necesario considerar la historia del paciente, los antecedentes familiares, la existencia o ausencia de eventos traumáticos, así como el funcionamiento general del individuo (aspectos cognitivos, sociales y emocionales); Kernberg, Winer y Bardenstein (2002), señalan que los pacientes borderline pueden presentar respuestas donde se aprecian trastornos del pensamiento moderadamente graves, ante pruebas de inteligencia estructuradas. Los alcances de este tipo de valoración serán analizados más adelante, tomando como ilustración los casos que se presentan. Por lo pronto seguiremos revisando los aspectos principales de la técnica psicoanalítica.

e) El encuadre terapéutico

Al analista le corresponde definir las características y dimensiones de su labor, vencer la idea de que se trata de un maestro que dará 'clases' a los niños o a los padres (Avrane, 2003), o una pseudo niñera que jugará una hora por semana. Estas concepciones culturales acerca del trabajo del psicólogo o del psicoanalista que trabaja con niños, cobran gran importancia para la intervención psicoterapéutica, ya que a la larga se pueden cristalizar en factores que influyan en el abandono del tratamiento, sin olvidar que visto a gran escala, se contribuye a la deformación de la profesión. Este resulta ser un tema delicado ya que la aparente facilidad y accesibilidad de la técnica (el juego) hace pensar a los padres, al igual que a cierta cantidad de profesionales, que el trabajo con los niños es sencillo, olvidando que existe una gran diferencia entre el niño que juega acompañado de un adulto y el que acude a psicoterapia, ya que éste último es mirado y escuchado de manera diferente bajo los fundamentos del análisis, así también, como terapeutas es indispensable contar con líneas teóricas que nos conduzcan; un silencio no es recibido igual cuando somos presa de la angustia y sentimos que nuestro deber es intervenir



recurriendo al uso de cualquier técnica que podría llegar a callar la voz del paciente que se expresa mediante este silencio; o cuando ni siquiera nos percatamos de la existencia y razón del silencio, atropellándolo y predeterminando respuestas, o bien cuando observamos y esperamos contar con más elementos que nos brinden la pauta para intervenir.

Para poder dar inicio al trabajo terapéutico es necesario contar con un encuadre; “el encuadre del psicoanálisis con un niño podría reducirse a la confrontación entre un adulto que sabe y un niño atrapado en una situación que no comprende ni domina” (Avrane, 2003 p. 27).

“Para el niño, el inicio de un psicoanálisis exige el cumplimiento de una serie de condiciones; se enuncia lo que se espera de la cura y se establece cuáles son los sujetos que, pueden verse en la necesidad de estar presentes en ella” (op. cit. p. 66), siempre informando al niño para no darle paso a un no dicho o una violación del encuadre.

Aunque al realizar el encuadre se establece de manera oficial el inicio de un proceso, en realidad este no resulta ser el punto de partida determinante, existen pacientes que tardarán más tiempo para que realmente se pueda comenzar el análisis, mientras que en otros casos este habrá dado inicio durante las primeras entrevistas.

“La confusión corre el riesgo de generarse cuando un niño no sabe quién lo recibe ni qué va a hacer en ese lugar. Toca al psicoanalista intervenir y permitir imaginar lo imprevisible. La cura sólo puede iniciarse a partir de un acuerdo sobre ello. El comienzo no es una decisión arbitraria. De ese modo el psicoanalista abre la cura, a través del tiempo de la demanda”. (op. cit. p. 78).



Avrane (2003) dice que el mantenimiento del encuadre es fundamental para posibilitar el trabajo psicoanalítico, como elementos mínimos hace referencia a que no existan intervenciones exteriores durante la cura y se pueda asegurar la confidencialidad de las sesiones. Cita algunos “formalismos” exigidos principalmente por las instituciones, como interferencias al tratamiento, que pueden ser desde el realizar un diagnóstico con miras al tratamiento, hasta el que la historia clínica pueda ser consultada libremente por cualquier miembro del cuerpo asistencial, incluso aquellos que no tienen relación directa con el caso, sin embargo agrega que “la astucia del analista consiste en generar una confianza suficientemente grande entre él y la institución donde ejerce, para que el espacio de la cura tenga la neutralidad y la protección requeridas” (op. cit. p. 48).

Winnicott (1979) también hace referencia a la importancia del encuadre terapéutico, señalando que éste funciona como una “marco” que delimita y encausa la expresión de los mecanismos inconscientes.

En cuanto a la técnica empleada, ésta se centra en leer y escuchar lo que se dice a través del juego, aquello que es expresado mediante la interacción de los personajes e incluso los silencios. “Al utilizar los objetos puestos a su disposición, un niño puede dar una palabra a escuchar, sin pasar necesariamente por las palabras” (Avrane, 2003 p. 160).

“El niño no acude para dar muestras de su destreza en el dibujo, el modelado o la construcción de un guión. Tampoco para mostrar que es bien educado y razonable, o que es intolerable” (Avrane, 2003 p. 159), los convencionalismos del mundo externo no aplican para el consultorio del analista, no se trata de hacer la tarea escolar, ni enseñar como un maestro, es un espacio diferente donde se permite la expresión de la realidad psíquica y el despliegue de los mecanismos inconscientes.



“Cada analista elige los objetos que ofrecerá a los niños en tratamiento. Pueden ser muy pocos: plastilina, algunas hojas de papel y lápices. A veces abundan animales de todos los tamaños y materiales, soldados, trenes, autos grandes y pequeños, muñecas, muñequitos con sus accesorios, cubiertos de juguete, títeres, disfraces; se puede ofrecer toda una colección de objetos. Es importante tener la precaución de que la sesión no se convierta en la concurrencia a una sala de juegos. La mayoría de las veces, la cantidad de objetos es suficientemente razonable para que el niño pueda reparar en todos. Así, descubre los que le interesan, es decir, los que le conciernen en cada sesión; lo importante es que todos estos elementos sólo valgan por lo que se hace con ellos” (Avrane, 2003 p. 165).

Finalmente y también como parte del encuadre, el hablar de la frecuencia de las sesiones, el costo y las condiciones en que se trabajará es útil no sólo para el trabajo con el niño, sino también para que sus padres comprendan las dimensiones, características y alcances de la terapia.

Una vez que se ha definido el encuadre terapéutico y que se ha iniciado el análisis, el proceso seguirá un curso particular, donde tenemos referencia de la existencia de elementos clave, que nos ayudarán a trabajar, como el que se enuncia a continuación.

f) La transferencia

Freud (1905) define la transferencia como reediciones de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan, como singularidad característica de su especie, la sustitución de una persona anterior por la persona del médico.



Klein (1952) menciona que cuando el análisis “empieza a abrir caminos dentro del inconsciente del paciente, el pasado de éste progresivamente se reactiva. En consecuencia, su necesidad de transferir experiencias, relaciones de objeto y emociones primitivas se incrementa, y todo esto viene a focalizarse sobre el analista; esto implica que el paciente trata con los conflictos y las ansiedades que han sido reactivados utilizando los mismos mecanismos de defensa que en situaciones anteriores” (p.57). En el caso de los niños, el material que es aludido en la transferencia está constituido por la dinámica de los objetos internos y externos.

Sin duda que la transferencia es un elemento central en el proceso analítico; como menciona Winnicott (1979) es fundamental aprender a “esperar y seguir esperando la evolución natural de la transferencia que proviene de la creciente confianza del paciente en la técnica y marco psicoanalíticos, y evitar la ruptura de ese proceso natural con interpretaciones; si sabemos esperar, el paciente llega a una comprensión en forma creadora y con inmenso júbilo” (p. 118). Este mismo autor señala que lo que posibilita el tránsito por este proceso, es la capacidad del analizado de llegar al *uso del objeto*, y con ello, concebir al analista como un objeto más, que se encuentra fuera del dominio omnipotente del paciente y que ha logrado sobrevivir a la agresión proyectada, por lo que puede vivir como un objeto externo y ser utilizado, por ende visto en las dimensiones que tiene, sin convertirse en un objeto persecutorio.

Por lo tanto, podría afirmarse que “El rumbo de un análisis es el que irá marcando la transferencia. Todo intento de conducir la cura por caminos diferentes a los de la escucha del inconsciente, no será psicoanálisis; la transferencia es el concepto y el tiempo mismo del análisis, es a la vez motor y obstáculo” (Siquier y Salzberg, 1995 P.52).



La importancia de la transferencia dentro de proceso psicoanalítico estriba en que a partir de ella es posible incidir en el paciente, logrando los tan anhelados cambios, “El niño, en transferencia, puede rehacer la historia de su deseo y abolir las representaciones que se desplazan en los síntomas” (Sigal, 1995 p.39).

“El amor de transferencia es el motor del proceso analítico” (Blinder, Knobel y Siquier, 2004 p. 65) y es el que posibilita que el paciente se constituya como un sujeto diferente; sin embargo, como señalaba Freud (1915) este amor puede erigirse como una resistencia y entorpecer el progreso del análisis, en caso de que no se logre identificar e interpretar.

g) Intervención de los padres en el proceso terapéutico

La experiencia que tuve durante los dos años de maestría, me conduce a sustentar que los padres deben ser considerados, por el papel que tienen en la vida del niño, comenzando por el deseo que logran inscribir en su hijo, hasta el papel que representan en el tratamiento, ya que de ellos depende llevar al niño a la terapia, lo cual permite que el proceso psicoterapéutico se lleve a cabo.

Existirán casos en los cuales, el padre o la madre requiera un proceso psicoterapéutico, de ser así, se le remitirá a otro psicoanalista, ya que existen situaciones en que las historias de los padres y el hijo están lo suficientemente engarzadas como para (en un proceso analítico) continuar mezclando espacios y posiciones, es decir actuando de nuevo, ahora en la terapia, aquello que justamente se desea resolver, por ello se considera que es mejor la derivación (Avrane, 2003).

“Para definir el lugar de los padres en el tratamiento psicoanalítico de niños, tanto como en la formación de su subjetividad, los conceptos



teóricos y clínicos empleados serán determinantes; si la práctica no es referida en un nivel teórico, el analista acaba priorizando la intuición y no puede reflexionar sobre su trabajo; no existe diferencia entre teoría y práctica: ambas están soldadas” (Sigal, 1995 p. 23-24).

“No es posible omitir el papel de los adultos en el transcurso del proceso de una cura, ya que estos no entran sólo en el nivel del mundo fantasmático, el respeto de los horarios, la interrupción del tratamiento o la mudanza del analista ; en el análisis de un niño debemos preguntarnos cómo entran los fantasmas parentales en la conducción de la cura y como trabajar con las resistencias y los conflictos de los padres que muchas veces son las causantes de la interrupción del tratamiento ; si el analista no está atento a la escucha y se niega abrir un espacio para que el inconsciente de los padres sea oído, se corre el riesgo de quedar sordo al habla del niño” (Sigal, 1995 p.24).

“El tratamiento es del niño, fundamentalmente trabajamos con él. No obstante, son los padres, o uno de ellos, los que pueden entrar en el exacto momento en que, debido al peso que lo inter-subjetivo tiene en la formación del síntoma o en la estructuración de la neurosis, se hace necesario que algo también se modifique en el inconsciente de los progenitores o en su relación” (Sigal, 1995 p.26) por ello los padres deben ser considerados como parte y factor que bloquea y/o impulsa el tratamiento, ya que esto permitirá la buena evolución del análisis del niño. “Es preciso que los padres acepten los cambios de los niños para que estos puedan abandonar sus síntomas. Sin embargo, si este cambio los amenaza en exceso, ellos no permitirán el progreso de la cura” (Sigal, 1995 p.40); es más “en muchos casos, la interrupción brusca de un tratamiento ocurre por el desconocimiento que el analista tiene de los efectos imaginarios que surgen en los padres, como resultado del trabajo hecho con el niño” (Sigal, 1995 p. 42).



Así llegamos a la conclusión de que “es imposible aislar al niño de sus padres o aquellos que sostienen y cumplen esa función; cada vez que nos consultan por un niño, primero lo escuchamos a través de sus padres” (Siquier y Salzberg, 1995 p. 54). También tenemos que considerar que “en el curso del análisis los padres pueden informar cuestiones que se habían mantenido en secreto (enfermedades incurables, infidelidades, suicidios, etc.) que también deberán ser analizados para evitar no-dichos u ocultaciones que bloquean a un niño y lo ponen en posición de convidado de piedra que sin saber siente la prohibición de hablar de ello, con lo cual se convierten en fantasmas siniestros que no se simbolizan y dejan al niño solo ante su angustia” (Siquier y Salzberg, 1995 p. 69).

“Si el niño está ubicado en una estructura familiar que le precede y le fija su lugar, marcado por las historias propias de los padres, y que él asume, al analista le compete trabajar en esta doble vertiente: por un lado en la posición subjetiva del niño frente al deseo parental del cual deberá separarse. Por otro con la posibilidad de que los padres también modifiquen algo de su fantasma frente al hijo. Cuando esto no se logra, el análisis generalmente se interrumpe” (Siquier y Salzberg, 1995 p. 78).

Aún cuando algunos autores reconocen la importancia de los padres y la necesidad de considerarlos, queda claro que desde el enfoque psicoanalítico no se trabaja directamente con ellos, Bleichmar (1995) lo expresa mediante las siguientes palabras: “suponer que se modifica un síntoma de un niño trabajando con los padres es tan absurdo como suponer que se puede suturar una herida una vez que el tejido ha cicatrizado ; es imprescindible, abrir un espacio para los padres, en el cual puedan ser resignificados los modos de posicionamiento y las propuestas identificatorias ante este hijo, para que el proceso terapéutico encuentre las vías de realización que consoliden lo que en el consultorio se inaugura” (p. 105 y 106). Estas definiciones y lineamientos son muy importantes en



el trabajo con niños, mantener espacios diferenciados para los padres constituye el establecimiento de límites que permiten la diferenciación de las necesidades de los padres y del niño; esto nos muestra que los límites se expresan mediante muchas formas, cada caso requiere un manejo distinto en función de sus características y necesidades. En el siguiente apartado se presenta la metodología empleada y posteriormente se describen los casos y las características de los padres, contemplando la evolución que tuvo cada uno.

MÉTODO

Justificación

La propuesta que guía el presente trabajo es contemplar la ingerencia de los padres en el análisis del niño; partiendo del supuesto de que los padres participan en la conformación de las características que presenta el menor, así como en la aparición del síntoma que origina el motivo de consulta, por ello también es importante considerar la participación que tendrán durante el proceso psicoterapéutico; para lograrlo es necesario considerar las características de los padres, relacionadas con su salud mental, fantasías y concepciones preestablecidas acerca del niño y la terapia, así como las motivaciones conscientes e inconscientes que contribuyen al sostenimiento del síntoma de su hijo.

El aprendizaje que aportan los referentes teóricos que hasta aquí se han mencionado, estriba en respetar el tiempo del analizado y desarrollar la sensibilidad para saber cuándo y cómo interpretar el material. “El psicoanálisis silvestre consiste en utilizar el encuadre analítico y sacar provecho de una cultura analítica para presentarse como analista, interpretar sueños, lapsus o conductas sin tener en cuenta la capacidad del paciente de aceptar esa interpretación. Hay un momento en que la palabra del analista es el decir del analizante ; si reflejamos como un espejo la cuestión planteada, no debemos esperar cambio alguno. Esa palabra no entra en ninguna dinámica inconsciente” (Avrane, 2003 p. 28). Para mi fue importante considerar este factor al intervenir, ya que la formación en la maestría no se enfocaba en la orientación psicoanalítica exclusivamente, por lo que fue importante ser cauteloso en cuanto a las interpretaciones y el marco general de trabajo; así también fue de gran utilidad la supervisión de los casos.

A continuación se presentan tres casos que ilustran una problemática en común y las diferencias que se forjan en función de las historias, características y recursos con los que cuenta cada uno, contemplando también la intervención que tuvieron los padres en el proceso psicoterapéutico.

Objetivo general

El objetivo del presente reporte es dar un acercamiento a la importancia que tienen los padres en el proceso terapéutico y mostrar la manera en que es posible promover la continuidad y el avance del proceso psicoterapéutico de los niños, a través del manejo y la orientación adecuada a los padres.

Objetivos específicos

- Mostrar la utilidad de realizar una revisión de las características y recursos con los que cuentan los padres, para determinar el manejo apropiado.
- Mostrar la incidencia que tienen los padres en el avance del proceso psicoterapéutico infantil.

Participantes

Dos niños de edad escolar (Iván 7 años y Pavel 8 años) y un preadolescente (Jim de 11 años), todos de bajos recursos que acuden a consulta al Centro Integral de Salud Mental debido a que son referidos por la escuela ya que presentan problemas de conducta.

En dos de los casos solamente se tuvo contacto con la madre (Iván y Jim), siendo ésta la encargada de llevar al niño y acudir a las entrevistas, mientras que en otro caso, se tuvo contacto con ambos padres (Pavel).

Escenario

El Centro Integral de Salud Mental es una Institución pública, dependencia de la Secretaría de Salud. El trabajo psicoterapéutico se llevó a cabo en un consultorio individual, de amplitud apropiada para trabajar, que contaba también con un baño interior.

Instrumento

En la evaluación inicial se aplicó una batería de pruebas (Bender, Dibujo de la Figura Humana, Test de la Familia, Frases Incompletas, CAT-A, WISC-R y en algunos casos, DTVP-2), con la finalidad de explorar diversas áreas del individuo y establecer prioridades para la intervención.

Hacia el final de la intervención psicoterapéutica se consideraron los avances en el aspecto emocional, por lo que se solicitó el reporte de los padres, la escuela y algunas observaciones realizadas en el ámbito terapéutico. No se aplicó un retest, ya que “los niños muestran menos estabilidad de una a otra aplicación” (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2002).

Procedimiento

El primer contacto con el niño, tenía la finalidad de realizar una evaluación psicológica (que consistió en entrevistas con los padres, y la aplicación de pruebas), ya que fueron referidos al servicio de psicología para cubrir éste objetivo. En este aspecto considero relevante mencionar que la función de la evaluación psicológica es tener un referente de la problemática del niño, así como de la manera en que ésta se expresa, las áreas que abarca y las fuentes de las que surge, para comprender los

aspectos psicodinámicos implicados. Al comenzar el tratamiento, la información obtenida debe permanecer dentro del expediente no ignorándola pero tampoco tomándola como un referente único, para no interponerla entre el paciente y el terapeuta, ni distraernos de las observaciones que podamos realizar. Así también al llevar a cabo el tratamiento, como menciona Avrane (2003) esta información es útil en la medida que es convertida en palabra.

La fase de tratamiento consistió en sesiones de 50 minutos y varias entrevistas con los padres, las cuales eran concertadas en un horario distinto a la consulta con el niño.

Debido a que el objetivo de este reporte es observar la intervención de los padres en el proceso terapéutico de los niños, se harán varias puntualizaciones al respecto; sin por ello desestimar el proceso de los pacientes.

El siguiente apartado estará dividido en dos partes, se comenzará haciendo la descripción de los casos y algunas puntualizaciones observadas en el periodo de evaluación. Posteriormente se describirá el proceso psicoterapéutico, que se divide en tres fases:

- a) *Fase inicial del tratamiento:* Se presenta una sesión representativa de los conflictos y recursos observados en las primeras sesiones de tratamiento.
- b) *Fase intermedia:* En ésta fase se observan algunos avances o cambios en los conflictos expresados; sin embargo aún dista la posibilidad de concluir el proceso psicoterapéutico.
- c) *Fase final:* Los cambios presentados por los pacientes son significativos, presentan una mejor utilización de sus recursos defensivos y han logrado modificar su relación con el entorno.

PRESENTACIÓN DE CASOS

*“Todos abrigamos la esperanza de que nuestros
pacientes terminen con nosotros y nos olviden,
que descubran que el vivir mismo,
es la terapia que tiene sentido.”
(D. W. Winnicott)*

Caso 1. Iván (7 años)

Motivo de consulta

Iván fue referido por la escuela cuando cursaba preescolar debido a que comenzó a manifestar problemas de conducta y dificultad para interactuar tanto con maestras como con compañeros, la madre de Iván trabajaba como educadora en el mismo Kinder donde Iván acudía, por lo que el niño salía de su salón para buscar a su madre, no queriendo desprenderse de ella, siendo incapaz de reconocer y respetar límites. De acuerdo a las palabras de la madre, las maestras “bombardeaban con que tenía algo”, por tal razón ingresó al Centro Integral de Salud Mental (CISAME), a la clínica de Paido I, la madre se presentó a un par de entrevistas y no regresó hasta un par de años después cuando en la primaria (después de haber estado en dos escuelas) presionaron para que atendiera al niño; en esta ocasión Iván fue remitido a la clínica de Paido II y recibió el diagnóstico de TDAH, por lo que fue medicado con *Atemperator*¹, la madre decía que los efectos del medicamento no eran constantes, a veces mostraba mejorías pero no perduraban.

Durante la entrevista con la madre, refirió que el niño fue canalizado por presentar severos problemas de conducta, ‘no obedece autoridades, se molesta cuando se le dan indicaciones, por lo que ignora a la gente; así también, molesta a otros niños, quitándole sus cosas, siendo intransigente, no respeta a los demás’ (sic madre).

¹ En el anexo 1 se encuentra una descripción de los medicamentos, prescripciones y efectos de los mismos.

Entrevistas iniciales con la madre

Las primeras entrevistas con la madre fueron difíciles de concertar ya que refería que no disponía de tiempo para presentarse, faltaba a las citas y posteriormente llamaba para disculparse argumentando que había tenido contratiempos. En la primera entrevista comentó que se encontraba desesperada ya que en la escuela la estaban presionando para que el niño fuera atendido urgentemente, por tal razón comenzó a llevar a Iván con una psicóloga particular con el propósito de que realizara una evaluación, sin embargo, la señora decía que estaba interesada en la atención del CISAME, en principio, porque los costos eran accesibles y en segundo lugar porque al tener dos psicólogas “avanzaría más rápido”; ante dicha idea, me di a la tarea de explicarle a la señora que esto no era recomendable ya que en lugar de beneficiar al niño, podría confundirlo e invalidar ambas evaluaciones y tratamientos. Encontré que la señora mostraba mucha dificultad para incorporar la información que se le proporcionaba, manteniendo una descarga constante y desbordándose en cada entrevista, siendo difícil brindarle contención.

En la primera entrevista se presentó con el niño y la hermana menor (cuando concertamos la cita, yo le había solicitado que se presentara sola y no atendió a esta demanda), por lo que fue una entrevista difícil ya que aunado a la descarga de angustia de la madre, se encontraba la de los dos niños. Sin embargo, más allá de las dificultades, también fue una gran oportunidad para observar las interacciones entre los tres y darme una idea de los lugares que ocupaban cada cual frente al otro. Pude observar que la madre sólo se dirigía a Iván para regañarlo, quien por momentos parecía no comprender y por ello no cambiaba su conducta; al finalizar este primer encuentro, contaba con poca información sobre el inicio del padecimiento, una carga considerable de angustia y un par de autos de juguete menos (ya que el niño se los llevó y me percaté de ello momentos después de su partida).

Descripción del niño

Iván es un niño de estatura baja y complexión delgada. Su tono de voz es audible, el lenguaje ocasionalmente llegaba a ser incongruente en relación con el contenido y curso de pensamiento. Había aplanamiento afectivo. Durante la aplicación de pruebas se mostró confundido, con mucha dificultad para seguir instrucciones y brindar respuestas coherentes (p.e. al ver un cabello largo tirado en el suelo lo tomó y dijo “mío” aventándolo inmediatamente a otro lugar, le dije que no podía ser de él porque era muy largo, a lo que contestó “sí, mío... siempre se cae”) relacionando temas fuera de contexto (p.e. con una o dos palabras hacía referencia a acontecimientos ocurridos en otro espacio –la casa, escuela-, sin lograr explicar el motivo que había producido la asociación) por lo que se distraía constantemente. El tiempo que tardaba en emitir una respuesta era muy prolongado; las primeras sesiones parecía “perdido” o ausente, con dificultad para articular las palabras. Su conversación por frases carentes de artículos y preposiciones. Durante los momentos de juego se podía observar nuevamente la poca capacidad para organizar los estímulos, cambiando constantemente de juego, manteniéndose en el nivel de exploración.

Aspectos más relevantes de la historia personal

Iván fue producto de un embarazo no planeado y mal aceptado; no existieron problemas de salud, pero la señora refiere haber sentido “muchísima tensión emocional”, ya que ambos padres se encontraban estudiando; fue un bebé postmaduro, la señora comentaba que “el niño no quería nacer, quería quedarse en la panza”; fue alimentado con seno materno hasta el segundo año de vida, en un principio lo alimentó con fórmula ya que “no tenía suficiente leche”, permaneció al cuidado de la madre durante el primer año, posteriormente la señora comenzó a trabajar y el bisabuelo del niño (a quien tanto Iván como su madre llamaban papá) se encargaba de cuidarlo, era muy consentidor y en palabras de la madre, lo “sobreprotegía”, en ese tiempo el niño comenzó a hablar y a controlar esfínteres. La señora describe el primer año de

vida del niño como un periodo muy normal, para ella Iván era su “gatito, como un cachorrito, se me trepaba al cuello, no daba lata”.

Iván ingresó a la escuela a los dos años, la madre trabajaba como educadora en el mismo lugar y existían conflictos porque el niño quería estar todo el tiempo con ella; el bisabuelo murió al tercer año de edad del niño, e Iván mostraba curiosidad por el evento y la madre sólo le dijo que “su papá se había ido al cielo”; fue por esa época en que el padre biológico se acercó a ellos y estuvo en contacto con el niño, este fue un periodo comprendido entre los 3 y los 6 años de edad, la convivencia consistía en salidas al cine y a pasear; paralelamente la madre sostuvo una relación sentimental con otra persona, quien los visitaba con cierta frecuencia, siendo éste el padre de la hermana de Iván.

El padre biológico de Iván se fue a vivir a Estados Unidos y dejó de establecer comunicación. La madre comentaba que siempre fue un hombre violento, sin embargo, negaba que padeciera alguna enfermedad mental, aunque varios meses después de iniciado el tratamiento, comentó que la agresividad de Iván la había heredado de su padre ya que el señor “tuvo esquizofrenia”.

Iván tiene una hermana cinco años menor, la madre comentó que el niño se ponía celoso del padre de la niña y cuando se separaron, Iván le decía que él sería el padre de su hermana, y la señora recibía con gracia estos comentarios. Una de las cosas que más le gustaba al niño era meterse en la tina de bebé y que su mamá lo bañara, ella accedía principalmente los fines de semana, el niño pasaba horas dentro de la tina, por lo que salía con la piel completamente arrugada.

Evaluación psicológica²

Durante el proceso de evaluación, se consultó con la paidopsiquiatra la posibilidad de suspender el medicamento, informándole acerca de la conducta

² En el anexo 2 se presenta más información de la evaluación psicológica practicada a Iván.

observada en el niño y la sospecha de que no se trataba de TDAH; la doctora en función de las observaciones que había realizado y el seguimiento que llevaba del caso, consideró conveniente suspenderlo durante el periodo de evaluación. En ésta etapa la madre y el niño generalmente llegaban tarde a las citas y la madre “aprovechaba” el tiempo que el niño se encontraba conmigo, para llevar a la hija menor a la guardería, retrasándose en recoger al niño hasta por una hora. En varias ocasiones le recalqué la importancia de que llegara a tiempo por su hijo, sin embargo, la señora se preocupaba más por ofrecer explicaciones que llevar a cabo las modificaciones que se le pedían y estar presente cuando se le requería. Dado el nivel de desorganización que presentaba Iván, resultaba muy importante que la madre respetara el inicio y el término de la sesión, ya que esto representaba un esfuerzo por crear y respetar la estructura del futuro proceso psicoterapéutico; así como, comenzar a crear y respetar límites que ayudaran a definir mi labor.

En términos generales, el niño presentaba dificultad para organizar los estímulos, proporcionando respuestas incoherentes y erróneas, los procesos de pensamiento se encontraban alterados; se observaba adecuada memoria, sin embargo presentaba dificultad para reprimir el recuerdo y parecía que un estímulo desencadenaba una serie de recuerdos aparentemente inconexos, difíciles de comprender para quien lo escuchaba. En el WISC-R presentó un desempeño dentro de los parámetros normales en la escala de ejecución, ya que al copiar estímulos o contar con un objeto que sirviera como ejemplo y soporte, lograba un buen desempeño, en algunos momentos se observó que el papel del terapeuta fungía de igual manera que este soporte o guía y de alguna manera le era favorable para su desempeño, sin embargo en la escala verbal tenía un coeficiente limítrofe. Mostraba una desorganización y confusión general, con dificultad para diferenciarse de otras personas y momentáneamente perdía el contacto con la realidad, siendo incapaz de explicarse a sí mismo y a los demás lo que había hecho.

Por la conducta observada y la información obtenida en la historia del desarrollo, inferimos que probablemente se encontraban fallas en la estructura psíquica, con una limitada diferenciación entre el sistema consciente y preconsciente-consciente, por insuficiencia en la represión primaria. Existían momentos de funcionamiento normal (bajo la lógica del proceso secundario, con adecuada capacidad de diferenciación inter sistémica), sin embargo ante situaciones que generaban angustia, predominaba el proceso primario. Ésta deficiencia, constituía el generador de las conductas por las que fue referido y por estas características se consideró la existencia de una estructura psíquica con predominancia de rasgos borderline.

También consideramos que la dinámica familiar era el principal promotor de dichas fallas estructurales, ya que no existían reglas ni límites bien definidos (que pudieran fortalecer la represión primaria); Iván fungía el papel de padre dentro de la casa –que en el imaginario representa la anulación de la prohibición del incesto-, al mismo tiempo que era tratado como bebé –lo que conduce a una fusión con la madre-. La perpetuación de cualquier de las dos conductas, entabla los caminos de la psicosis. Afortunadamente Iván contó con algunas figuras (integrantes de la familia extensa y la escuela) que ayudaron a terciar la relación con la madre y que en algún grado habían logrado ser portavoces de la Ley; por lo que más que un niño psicótico, Iván tenía rasgos que denunciaban una estructura borderline.

Caso 2. Leonel Pavel (8 años)

Motivo de consulta

Pavel fue referido por la escuela ya que, según palabras de la madre “el niño es muy inquieto, no obedece, no pone atención y le pega a otros niños”. Desde los 3 años de edad Pavel se mostró inquieto y los padres no lo podían controlar, la madre refiere que ella se desesperaba y le pegaba, piensa que por eso ahora cuando lo regañan se pone muy triste. Al ingresar a CISAME, el médico

paidopsiquiatra lo diagnosticó con TDAH, por lo que le recetó *valproato de magnesio*, sin embargo, al momento de ser canalizado conmigo, la madre no se lo administraba ya que no había visto mejorías. Así también había sido referido a terapia de aprendizaje (con la finalidad de atender las dificultades en la atención), sin embargo la señora sólo había asistido a una entrevista y había determinado no llevarlo ya que consideraba que el aprendizaje y rendimiento escolar eran adecuados.

Entrevistas iniciales con los padres

Para iniciar la evaluación se tuvieron dos entrevistas con los padres del niño, en la primera únicamente asistió la madre, quien *deseaba* que el padre también estuviera presente, sin embargo por cuestiones laborales esto no fue posible; durante este primer encuentro, la madre comentó que el padre tenía poco interés en participar de la educación del niño y un par de semanas atrás, ella se había enterado de una infidelidad por parte del esposo, lo cual la tenía muy molesta y decepcionada, aún así, constantemente afirmaba que no le importaba, ya que ella tenía al niño y el niño la tenía a ella. A lo largo de la entrevista la madre mostró una actitud de desconfianza y escepticismo, contestaba de manera parca las preguntas, constantemente decía que el niño sí podía atender, obedecer y no golpear a otros niños, el problema es que no quería y justificaba su conducta diciendo que lo hacía para defenderse de las agresiones de los compañeros. Finalmente se programó una segunda entrevista debido a que hubo puntos importantes que no fueron abordados en este primer encuentro, además de que se intentaba dar cabida al padre en el espacio terapéutico.

En la segunda entrevista, los padres llegaron de manera separada (el padre llegó antes), el señor se mostraba desaliñado, la postura corporal y el tono de voz correspondían al de una persona deprimida. La madre lo desestimaba constantemente, dejándolo intervenir poco, ella calificaba sus juicios y opiniones como erróneos, argumentando que no tenía contacto con el niño y

nunca se había involucrado con él, por lo que no lo conocía y no podía hablar de lo que le sucedía y necesitaba; a su vez, reclamaba que tampoco fuera buen esposo, ya que no les dedicaba tiempo porque prefería estar con otra mujer.

Finalmente se completaron datos de desarrollo y se les hizo la observación de la necesidad que tenían como pareja de hablar y resolver la infidelidad recientemente descubierta, así bien se enfatizó que más allá de sus problemas de pareja, ambos estaban interesados en apoyar a Pavel.

Descripción del niño

Después de las primeras entrevistas con los padres pude conocer a Pavel, es un niño de estatura media y complexión delgada. En este periodo el tono de voz era bajo y monótono, por momentos inaudible y parecía que hablaba entre dientes, el lenguaje siempre fue coherente y congruente con el contenido y curso de pensamiento. Mostraba interés por el medio, respetando límites y solicitando permisos. El ánimo se notaba ligeramente deprimido, esto observado en función de su tono de voz y el relato que hacía de la relación con sus compañeros (la impresión general era como de ver una copia de su padre, tanto en su postura corporal como en el tono de voz y el lenguaje); contando que constantemente se burlaban de él y le llamaban “pinocho”, al preguntarle el motivo de éste apodo contestó ‘dice mi mamá que es porque tengo la nariz chueca’, sin embargo él no estaba de acuerdo con esa percepción. Desde un inicio se mostraba seguro ante las actividades y atento a las indicaciones realizándolas de manera cuidadosa, sin embargo, era poco espontáneo, constantemente preguntaba si estaba permitido tomar algún juguete y se limitaba a explorar, observar, preguntar, sin llegar a jugar. Frecuentemente mostraba desprecio por los juguetes que consideraba eran para “niños chiquitos” o cuando percibía que “alguien” (otro niño) había movido o utilizado algo en lo que había puesto atención durante la sesión anterior, mostrando una falsa indiferencia y además de parecer reprimir su enojo e insatisfacción.

Aspectos más relevantes de la historia personal

La madre decidió embarazarse, aún cuando su entonces novio –ahora esposo– no estaba de acuerdo, ya que la situación económica no era favorable, aproximadamente al 5° mes de embarazo se casaron y al día siguiente de la boda a ella le diagnosticaron cáncer, tuvo la opción de abortar pero no lo hizo y decidió “sacar adelante al niño”, reprochó la pasividad del esposo (el señor dejaba que ella tomara las decisiones, la señora interpretaba esto como falta de interés, sin embargo, el señor comentaba que no sabía que hacer, estaba muy impactado y no se le ocurría cómo resolver los problemas); desde ahí resaltaban los primeros desencuentros entre los padres. El nombre de Pavel fue elegido por el padre, la señora relató con disgusto que lo eligió en honor a un futbolista, mientras que a ella le hubiera gustado que tuviera el nombre de alguien más importante. Así bien, ella escogió el nombre de Leonel, ya que es un nombre “fuerte”, sin embargo nadie lo llama así.

En el primer año de vida del niño no se reportaron anomalías de salud, la madre permaneció al cuidado del menor los primeros tres meses, posteriormente quedó al cuidado de la abuela materna, ya que la madre regresó al trabajo. Cuando Pavel tenía 1 año 6 meses, hallaron un tumor en el testículo izquierdo, se lo extirparon y le colocaron una prótesis. A partir de este acontecimiento los problemas de pareja se agudizaron, la madre culpó al padre de no haber cuidado al niño (la situación reactivó el conflicto generado a partir de que le diagnosticaron cáncer a la madre) identificándose con el sufrimiento de Pavel, pensando que ella es la única que puede entenderlo y cuidarlo comenzó a sobreprotegerlo y a devaluar al padre; el padre se replegó y no actuó con la suficiente fuerza para terciar entre la madre y el niño, lo que consideramos es una grave falla en la instauración de la ley, y quedando opacado ante la ley materna.

Al año 9 meses el niño presentó una reacción adversa al tratamiento que recibía, por lo que estuvo una semana internado ‘a punto de morir’, a decir de

la madre; en esta época la señora tuvo una recaída en su salud que atribuye a que pensaba que si el niño se moría ella también se quería morir (la madre refería estos eventos como poco importantes, ya que el niño los había superado y estaban “en el pasado”, sin embargo el padre aún se mostraba consternado, decía que le entristecía pensar que no tenía la certeza de que su hijo llegara a la edad adulta y en caso de que así fuera, lo más probable es que no pudiera tener hijos). El padre había permanecido al margen de la relación con su hijo durante la mayor parte de la vida del menor, ya que la madre lo había despojado del derecho a proponer una manera distinta de establecer reglas y él mismo se había replegado, ya que se sentía culpable y pensaba que carecía de la autoridad para poner reglas en la casa, legislando las relaciones y promover la independencia del niño mediante su separación del mandato materno, así como establecer una mayor diferenciación entre ellos; sin embargo aunque la madre le reprochaba constantemente su papel como padre, lo mantenía presente en su discurso y en el deseo de que actuara de una manera diferente, esto permitía que el niño lo quisiera y respetara. La madre decidió que a Pavel no se le informaría sobre su enfermedad, y aún cuando él había mostrado curiosidad por saber a qué se debía su prótesis, nunca le respondían. Así también, el niño se mostraba interesado en conocer los problemas de sus padres (ya que no se podían ocultar), pero recibía a cambio un silencio.

Al ingresar a la escuela la maestra reportó que no toleraba al niño ya que no obedecía, ni seguía ordenes, agredía a sus compañeros y no atendía a las clases, además de que se auto agredía; en primero de primaria presentó bajo rendimiento escolar y estuvo a punto de reprobado, por lo que la madre decidió cambiarlo de escuela y encargarse personalmente de apoyarlo en las tareas. Finalmente por parte de esta nueva escuela fue referido al CISAME.

Evaluación psicológica³

Los resultados obtenidos en el periodo de evaluación fueron los siguientes: El funcionamiento de los aspectos cognitivos se encontraba dentro de los parámetros normales para los niños de su edad, sin encontrar dificultades relevantes, sus patrones de respuesta eran rígidos, lo cual limitaba su capacidad de comprensión y ejecución, mostraba una gran habilidad para las tareas donde se le proporcionaba un modelo para copiar o las instrucciones eran precisas, sin embargo para aquellas actividades menos estructuradas y donde pudieran estar implicadas sus emociones, el rendimiento era menor. En ese entonces existía rigidez tanto en su pensamiento como en sus emociones, presentando mucha dificultad para manifestar lo que sentía, se enfocaba en juzgar lo que otros hacían; proporcionaba respuestas parcas y automáticas cuando se preguntaba acerca de él, siempre diciendo “yo bien” y eliminando la posibilidad de que fuera nuevamente cuestionado; se observaba la presencia de lo que Winnicott describe como “falso self”⁴, que actuaba como defensa del yo tan débil que presentaba. Mostraba una escisión en las relaciones con los adultos, por un lado se mostraba complaciente y cauteloso tanto con su madre como conmigo, sin embargo era agresivo con algunos maestros, quienes no eran reconocidos ni respetados como figuras de autoridad. El desprecio hacia los juguetes para niños pequeños o aquellos que sospechaba habían sido usados por otros niños, manifestaba la envidia por lo que otros tenían y la necesidad de mostrarse superior, con lo cual considero intentaba compensar sus sentimientos de inferioridad. En la escuela, la envidia era expresada por medio de la dificultad para relacionarse con otros niños, así como su agresividad.

³ En el anexo 3 se presenta más información de la evaluación psicológica de Pavel.

⁴ De acuerdo al diccionario de psicoanálisis de Roland Chemama, el falso self está representado por toda la organización que se construye sobre la base de una actitud social cortés, de buenos modales y cierta contención; mientras que el self verdadero es espontáneo, y los acontecimientos del mundo se han acordado a esta espontaneidad gracias a la aceptación de una madre suficientemente buena.

En términos generales, se podía apreciar que existía una adecuada estructuración del aparato psíquico, aunque al parecer el yo era muy débil y vulnerable, las defensas asumían la función de protegerlo de los ataques del medio, mientras que los síntomas eran, a nuestro juicio manifestaciones de la necesidad de desprenderse del deseo materno y la consecuente instauración de la ley, representada por el padre. El conflicto edípico se encontraba latente, el deseo de la madre se encontraba repartido entre el padre y el niño, siendo intermitente la preferencia por uno u otro. Por lo antes mencionado se consideró benéfico que Pavel recibiera tratamiento psicológico, además de proporcionarle un espacio donde pudiera expresar sus deseos y sentimientos para así lograr diferenciarse de su madre; la presencia del terapeuta tendría la utilidad de terciar la relación con la madre. Para ese entonces, la señora se había mostrado más dispuesta y abierta a la intervención, durante la evaluación fue puntual a las sesiones y aceptó el tratamiento. Por otra parte, consideramos que el padre se vería beneficiado por la existencia de un tercero que le ayudara a intervenir, proporcionándole peso y validez a su voz y deseo.

Caso 3. Jim (11 años)

Motivo de consulta

El menor fue referido por la escuela debido a problemas de conducta (constantemente se involucraba en peleas con sus compañeros, mostrando poca capacidad para controlar sus impulsos), el ciclo escolar anterior estuvo a punto de ser expulsado porque empujó a una niña por las escaleras, aunque este incidente no tuvo consecuencias graves, fue señalado porque describía su actitud agresiva. La madre describió que a Jim no le interesa la escuela y “es hiperactivo” (la maestra explicó la conducta de Jim utilizando éste término).

El padecimiento se remontaba a los primeros años escolares, por tal razón, desde segundo de primaria comenzó a recibir atención en un Centro de Salud en Tacubaya, donde ingresó al servicio de psicología y según refiere la madre, la psicóloga dijo que “no podía con él”, en aquella época se solicitó le realizaran

una evaluación neurológica que arrojó resultados normales. En CISAME recibió el diagnóstico de Trastorno disocial y le recetaron Carbamazepina, la madre le administraba el medicamento regularmente.

Entrevistas iniciales con la madre

Se realizaron un par de entrevistas iniciales con la señora para elaborar la historia clínica; el padre de Jim nunca se presentó ya que “no creía en las terapias”, era escéptico a cualquier tratamiento y no consideraba que la conducta del niño fuera un problema. Aunado a esto, los padres se habían separado hacía un mes, porque existía “otra mujer”, cuando la señora tocaba este tema inevitablemente se le llenaban los ojos de lágrimas; sin embargo trataba de reponerse inmediatamente, en esos momentos era más notorio que impostaba la voz y el volumen era más alto, habitualmente terminaba diciendo que no le importaba y trataría de salir adelante sola. En varias ocasiones se refirió a Jim como una carga muy difícil de sobrellevar. La señora habitualmente se mostraba autoritaria, con gran necesidad de imponerse, lo cual manifestaba a través de su postura corporal y tono de voz; la señora establecía la disciplina en casa mediante golpes e insultos, explicando que se trataba de una manifestación del amor que le tenía al joven y la preocupación que le causaba. Cuando hablaba con Jim, recurrentemente le decía frases como: “de mi cuenta corre que... (Te castiguen, tengas un escarmiento)” – con esto lo amenazaba -; así también le mencionaba “te doy todo para que no desees las cosas”, “ojalá algún día valores todo lo que yo hago”.

Descripción del niño

Jim es un joven de estatura media y complexión delgada. Su apariencia corresponde con su edad cronológica; durante las primeras sesiones se mostraba seguro y voluntarioso, la primer sesión era retador y accedía a las instrucciones después de mucho quejarse, al finalizar ese primer encuentro, y tras abordar el tema del trabajo realizado con las psicólogas anteriores me dijo “no pueden conmigo, pero a usted le voy a dar chance” y las siguientes sesiones

se mostró más accesible y dispuesto. Su lenguaje siempre fue coherente y congruente con el contenido y curso del pensamiento.

Aspectos más relevantes de la historia personal

Jim fue producto del primer embarazo logrado de la señora. Tanto el padre como la madre tenían un matrimonio previo, el señor tenía 2 hijas, con una de ellas no existía relación y con la otra convivía esporádicamente, por lo que Jim la conocía. La madre en su primer matrimonio, adoptó al hijo de uno de sus hermanos que tenía una mala situación económica y era alcohólico, la familia extensa apoyó que le “regalaran” ese niño (ya que ella había intentado embarazarse varias veces sin lograrlo). Cabe comentar que Jim no sabía que su hermano era adoptado, pero conocía la historia de embarazos y abortos de la madre, ya que se los había relatado. Después de varios años, se logró un embarazo que llegó a término; el padre no estaba de acuerdo con el embarazo porque argumentaba que no quería ilusionarse. Fue un embarazo de alto riesgo y el niño nació al 8o. mes, el parto fue normal, no lloró al nacimiento y tenía el cordón enredado al cuello, estuvo sólo algunas horas en la incubadora y permaneció 5 días bajo observación en el hospital, al igual que la madre. El desarrollo posterior fue normal, hasta que comenzó a mostrarse agresivo y difícil de manejar, la madre lo relacionó con que al abuelo materno (quien vivía en Veracruz) le detectaron cáncer y “le quitaron el recto”, por lo que la madre y Jim fueron a cuidarlo. Tras ese acontecimiento y el cambio de vida que implicó, el niño comenzó a ser grosero y a mostrar dificultad para obedecer; la madre reaccionó pegándole y estableciendo castigos, que por otra parte el padre no respetaba.

Evaluación psicológica⁵

El funcionamiento en relación con los aspectos cognitivos se encontraba dentro de los parámetros normales para los niños de su edad, sin mostrar dificultades relevantes.

En cuanto a los aspectos emocionales, existían sentimientos de inferioridad y timidez, la angustia era constante y se manifestaba mediante una descarga continua al hablar, saltando de un tema a otro, así como por el deficiente control de su conducta. La relación con la madre era agresiva, por lo que pienso, le generaba a Jim un continuo estado de angustia, mientras que por otra parte el padre era una figura idealizada y ausente. Esta escisión también se observaba en la conducta de Jim, ya que por una parte trataba de portarse bien y “pedir perdón” por sus faltas, mientras que por otra, se angustiaba y respondía a las agresiones del medio de manera violenta, lo cual incrementaba la culpa y angustia. A pesar de esto, considero que presentaba una adecuada estructuración del aparato psíquico.

⁵ En el anexo 4 se presenta más información de la evaluación psicológica practicada a Jim.

CASO	DX EMITIDO POR EL MÉDICO	ESTRUCTURA PSÍQUICA	SÍNTOMAS REPORTADOS Y OBSERVADOS	ACTITUD DE LOS PADRES
Iván	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	Predominio de rasgos borderline	Dificultad para relacionarse con los compañeros, agresivo, desobediente, desorganizado. Presenta conductas anormales.	Padre ausente. Madre inconstante y desorganizada, ambivalente; su angustia es difícil de contener, dificultad para relacionarse con el niño.
Pavel	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	Predominio de rasgos neuróticos	Dificultad para relacionarse con compañeros, agresivo, desobediente, no respeta autoridades.	Padre débil, deprimido, autoexcluido de la dinámica familiar. Madre desconfiada, renuente, escéptica. Mala relación entre los padres, culpabilidad que es manejada por mecanismo de identificación proyectiva. Dominancia de la madre y debilidad del padre. Se oculta información al niño.
Jim	Trastorno Disocial	Predominio de rasgos neuróticos	Dificultad para respetar autoridades, conducta impulsiva, dificultad para responsabilizarse por sus actos. Nulo interés en la escuela.	El padre no cree en la terapia y no se involucra en ella; se encuentra ausente de la casa. Madre dominante, agresiva, autoritaria, voluntariosa; se encuentra centrada en observar a su hijo como una carga difícil de llevar, ambivalencia, interés porque exista mejora pero no atiende a las indicaciones.

Tabla 3. Primer acercamiento a los casos.

Con la finalidad de sistematizar la información y facilitar el análisis de resultados se establecerán como parámetros las demandas principales de los padres y la escuela, con el propósito de que funjan como ejes comparativos a lo largo del proceso; así también se agregan algunos de los criterios diagnósticos del DSM-IV, en función de los cuales el médico paidopsiquiatra emitió su impresión.

La descripción de la manifestación conductual nos ayudará a comprender el sentido y la magnitud que tienen los síntomas presentados por los pacientes, en relación con lo descrito en el DSM-IV.

PACIENTE

**SÍNTOMAS
REPORTADOS Y OBSERVADOS**

Dificultad para relacionarse con los compañeros.
Agresivo (ejecuta conductas riesgosas para sí mismo y para otros niños).

Desobediente, a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones (TDAH, desatención).

Desorganizado (el curso de su pensamiento no sigue una línea lógica, muestra prevalencia del proceso primario).

A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (TDAH, desatención).

Iván

A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (TDAH, desatención).

A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (TDAH, desatención).

A menudo es descuidado en las actividades diarias (TDAH, desatención).

A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (TDAH, hiperactividad).

A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas (TDAH, impulsividad).

A menudo tiene dificultades para guardar turno (TDAH, impulsividad).

A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (TDAH, impulsividad).

MANIFESTACIONES CONDUCTUALES

* “Ya no lo quieren en el salón porque no obedece, es agresivo con los niños mayores, los reta”.

* “No obedece, es conflictivo con las autoridades, no termina sus trabajos”.

(Test de la Familia) (¿Quién es el más bueno?) Hermana (¿Por qué?) Porque da las cosas (¿Qué cosas?) Papel (¿Para qué?) Que se la come (¿Qué se come?) Papel (¿Se come el papel?) Si (¿Qué papel se come?) de los Kleenex (¿Por qué se lo come?) Le gusta... queso.
(FIS) Una vez.. me caí en el charqueaso de agua (¿Cómo?) Se resbaló el niño, se raspó (¿Cuál niño?) El niño (¿Quién?) Perro.

* “Constantemente salta de una cosa a otra, yo le digo que no debe ser así, que debe tener prioridades, le doy un sermón de eso pero no me hace caso”.

Pierde objetos escolares o de juego, así también obtiene algunos y no recuerda de dónde los tomó.

* “Se distrae por todo, por cualquier cosa empieza a pensar en otra cosa”.

Avienta objetos, es brusco, los materiales que emplea generalmente terminan rotos o muy lastimados.

Sus juegos son bruscos, avienta objetos, aplasta, tira; parece no poder controlarlo y se incrementa por lo que su conducta cada vez es más agresiva.

A veces responde antes de que termine la pregunta, sin embargo, lo que se presenta con mayor frecuencia es que las respuestas sean incongruentes y parezca que no logró comprenderlas.

* “Cuando juega con otros niños, es muy compartido, regala sus cosas, pero termina peleando porque no deja que los demás participen”.

* “Como es muy compartido, también quiere tomar las cosas de los demás, quitárselas, pero los otros niños no se dejan”.



PACIENTE

SÍNTOMAS REPORTADOS Y OBSERVADOS

Dificultad para relacionarse con compañeros, es agresivo.

No respeta autoridades.

Desobediente. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (TDAH, atención).

A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (TDAH, hiperactividad).

A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas (TDAH, impulsividad).

A menudo tiene dificultades para guardar turno (TDAH, impulsividad).

A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (TDAH, impulsividad).

Ha manifestado crueldad física con personas.

Dificultad para respetar autoridades, conducta impulsiva, dificultad para responsabilizarse por sus actos.

Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.

MANIFESTACIONES CONDUCTUALES

* “Le pega a otros niños, rivaliza con su prima menor”.

* “Se burla del maestro, sus tíos y otra personas, lo hace en su cara”.

Frecuentemente no atiende a las indicaciones de sus padres o maestros.

Frecuentes quejas de los maestros.

Se precipita en emitir respuestas aún cuando no ha terminado de escuchar la pregunta (observado en casa y evaluación)

Muestra dificultad para interactuar y permitir que otros participen ya que desea tener toda la atención para sí mismo.

Se muestra hipercrítico al desempeño de otras personas.

* “El año pasado lo quisieron expulsar porque empujó a una niña por las escaleras”.

* “Es hiperactivo, no hace caso de nadie, entre más le dicen, menos hace caso; no le interesa nada, hace las cosas y parece como si no le importara lo que va a pasar”.

* “Ya van varias veces que me saca dinero del monedero y me lo cacho y me dice que no fue él, pero pues quien más”.

* “Es un flojo, dice que está enfermo o que no puede hacer las cosas pero es pura flojera”.

* Cita textual de la madre.

Tabla 4. Síntomas y manifestaciones conductuales presentados por los pacientes al ser recibidos en el servicio de Psicología.

TRATAMIENTO

Posterior a la evaluación, se inició el proceso psicoterapéutico con los pacientes. Las entrevistas con los padres fueron acordadas en un principio para intercambiar información acerca de cómo observaban a su hijo, qué les reportaban en la escuela y hablar de la relación que ellos establecían y las expectativas de la terapia. Desde mi perspectiva, abrir este espacio fue de gran utilidad para que los padres continuaran llevando a sus hijos, ya que se establecía un compromiso más directo con ellos, además de que era útil para ayudar a contener su angustia.

PACIENTE

ASPECTOS GENERALES DE LA TERAPIA

Iván

Se trabajó un total de 45 sesiones, 2 veces por semana y se empleó un cajón de juguetes para el niño. Esta forma de trabajo, se consideró conveniente por las características del paciente, notándose una mejoría gradual. Así también, durante el proceso terapéutico se observó una disminución en las constantes faltas del periodo de evaluación, aunque desgraciadamente durante una gran cantidad de sesiones se mantuvo la impuntualidad. Se tuvieron 5 entrevistas, de 9 que habían sido programadas con la madre.

Pavel

Se trabajó con Pavel un total de 38 sesiones, una vez por semana. Se tuvieron 9 entrevistas con los padres. Presentaron un mínimo de faltas y cuando estas ocurrían había una llamada previa para avisar. En un inicio la madre era la única encargada de llevar al niño, posteriormente el padre también se integró a esta actividad, en varias ocasiones ambos padres se presentaron.

Jim

Se trabajó un total de 29 sesiones con Jim, una vez por semana. Se tuvieron 5 entrevistas con la madre. Las faltas fueron muy esporádicas, en términos generales fueron muy puntuales a lo largo del tratamiento.

Tabla 5. Aspectos generales del curso terapéutico.

FASE INICIAL

Al iniciar el tratamiento, se había tenido una clara visión de la magnitud de la problemática de los pacientes. Se reencuadró tanto con los padres (durante la entrega de resultados) como con los niños (en la primer sesión de terapia) para plantear el inicio del tratamiento. Para dar una visión de esta fase, se retomará la primera sesión de tratamiento y algunas características presentadas en las subsecuentes sesiones que corresponden al inicio del tratamiento.

Iván

Se presentan con 20 minutos de retraso, Iván trae una cortada en el cuello que le abarca casi la mitad de este, le pregunto qué le pasó en el cuello, y su primer respuesta es “nada”, insisto en que yo veo una cortada en su cuello, y comienza a buscar, tocándose en su hombro, le digo que es en su cuello, pero continúa buscándose en el hombro y observa su mano; tomo su mano y la conduzco a donde tiene la cortada, a lo que dice “con un papalote”, me describe vagamente el evento, y conforme hace esto, verbalmente hago el recuento de lo que voy entendiendo que sucedió con la finalidad de saber si entendí bien y darle consistencia e integridad a lo sucedido (al igual que fui haciendo con todos los relatos de Iván, durante esta fase), con el fin de no dejar que el discurso permanezca como una serie de palabras inconexas, poco comprensibles (para quien lo escucha y para él mismo) sino como un discurso, y por ende un pensamiento que tiene sentido y evitar con esto que posteriormente se confunda con otros recuerdos. El evento sucedió el fin de semana cuando iba en su bicicleta y no vio el hilo de un papalote, indica que sólo sintió el golpe que lo tiró de la bicicleta. Le pregunto en relación con el dolor que pudo haber sentido y dice que no le dolió, incluso se toca fuertemente y dice que no le duele, también le pregunto si tampoco cuando se baña y dice que no. Cabe mencionar que a pesar de que tenía por lo menos 2 días de que había sucedido el accidente no contaba con curación alguna, a pesar de que la cortada era de una profundidad y largo considerables. Durante la sesión exploró los juguetes que se encontraban dentro de su caja, y mostró curiosidad por la existencia de otros fuera de esta, se le explica que dentro de la caja se encuentran los que sólo él puede utilizar ya que ningún otro niño podrá acceder a esos. Como parte de su exploración avienta los juguetes, se le indica que al final tiene que guardarlos donde se encontraban, lo cual le resulta sumamente difícil. Durante las primeras sesiones dedicaba la mayor parte del tiempo a explorar los juguetes, aventarlos, y destruirlos por descuido, esta conducta se encuentra relacionada con que tampoco tenía precauciones con su propio cuerpo. En ésta fase, mostraba gusto por elaborar víboras con plastilina o con bloques para

armar, uniendo varios pedazos, con la intención de hacer una víbora que abarcara todo el piso del consultorio. Así mismo, se le veía muy disperso, con muchos conflictos en la escuela, en una ocasión llegó con lentes ya que la madre lo llevó a que le hicieran una prueba de la vista y determinaron que necesitaba anteojos, sin embargo parecía ver con dificultad cuando los utilizaba. También reportó la madre que constantemente tomaba cosas de otras personas y eso le atraía conflictos, la madre pensaba que el niño lo hacía a propósito y por ello lo calificaba como un robo, considero que en realidad el niño tomaba las cosas indistintamente ya que no diferenciaba aquello que le pertenecía de lo que no, mostrando gran confusión para identificar lo que había tomado de manera indebida y devolverlo al dueño (nunca sabía de dónde lo había tomado y a quien le pertenecía). Cabe mencionar que tras ésta confusión e indiferenciación que se manifestaba a través de sus actos, había momentos de lucidez y una latente coherencia que tiempo después se logró apreciar.

Madre: En esta fase del tratamiento la madre, refiere que Iván se muestra inquieto, y difícil de controlar (contrario al aletargamiento observado en las primeras sesiones del periodo de evaluación), con serios problemas de conducta, lo cual atribuye a la falta de medicamento; a pesar de esto, encontré que es posible establecer contacto con el niño, ya que logra atender a algunas instrucciones que se le dan. Así mismo, observé que la conducta del niño produce mucha angustia en la madre, quien constantemente piensa que lo van a expulsar de la escuela; en las entrevistas la señora se desbordaba, de igual manera que lo hacía en la escuela con los profesores y en casa con el niño. Durante la entrega de resultados se le proporcionaron instrucciones muy puntuales acerca las necesidades y el manejo del niño (como por ejemplo la necesidad de establecimiento y respeto de reglas, o el que el niño no podía asumir el papel de un adulto y cuidar a su hermana, así también se señaló que existen actividades en las que el niño no se puede involucrar, como hacerse cargo de la casa, finalmente se indicó que el tipo de castigos que se tenían que establecer no podían implicar agresiones físicas –como dejarlo sin comer o

pegarle-). Ante estas indicaciones, la señora refería que Iván era un niño muy maduro e inteligente, que se involucraba en las labores del hogar y siempre quería ayudar; por lo que fue necesario, mediante varias entrevistas, enfatizarle que Iván, no podía quedarse a cargo de la casa ni de su hermana, debido a que el niño no contaba con un adecuado control de su conducta, por lo que peligraba la integridad de los dos niños; fue tras estos señalamientos que la madre reconoció que cuando ella regresaba de la calle, Iván le decía que no los dejara y en una ocasión lo había encontrado en la azotea de la casa, buscando la manera de salir. Al cabo de un tiempo la madre refiere tener dificultades para aplicar los cambios ya que a pesar de que se muestra interesada y atenta a las sugerencias, así como en encontrar la manera de ayudar a su hijo, se ve rebasada tanto por las difíciles condiciones en que vive, como por la carencia de recursos emocionales, así como por la desorganización psíquica y por ende en su conducta que se puede observar en ella; la cual se manifiesta por ejemplo en las faltas y los retardos, que continúan siendo frecuentes, debido a que ella se queda dormida o se le olvida el día que debe llevar al niño.

Pavel

Pavel se presenta puntualmente acompañado por su madre. Se realiza el reencuadre, donde el niño escucha atentamente y asiente, inmediatamente después comenta que trae muchos juguetes, y pregunta si me puede mostrar los muñecos, le digo que sí, y saca varios transformers (los cuales ha traído desde la fase de evaluación mencionando que son sus juguetes favoritos) y un hombre araña; le pregunto quien se lo compró y con tono bajo dice que a su papá se lo dieron en el trabajo; le pregunto a qué acostumbra jugar con ellos, y responde que hace batallas entre el hombre araña y los transformers (con los cuales arma un sólo robot grande, casi del tamaño del hombre araña); le pregunto qué le gustaría hacer con ellos el día de hoy, y me muestra las armas de los robots, la manera en que cambian de robot a coche o avión y como se puede mover el hombre araña (algunas sesiones adelante, se interpretó este gusto por los transformers, como el deseo de él mismo de transformarse y poder

permitirse ser todas aquellas cosas que se encontraban dentro de sí, pero no se permitía mostrar). Me cuenta que algunos de esos transformers se los regalaron los reyes magos y que este año le trajeron piezas para armar (como los bloques que utilizó durante la evaluación en el consultorio; (cabe comentar que) en esa época, Pavel pedía a su mamá que le comprara los juguetes que le gustaban del consultorio, la señora accedía con algo de molestia ya que decía que jugaba un rato con ellos y terminaban abandonados, al niño se le interpretó como el deseo de llevarse algo de lo que sentía cuando se encontraba en el espacio terapéutico, como si el juguete por si mismo fuera “divertido” o lo ayudara a “no aburrirse”, a sentirse mejor, sin embargo lo que buscaba era relacionarse consigo mismo y con los demás de una manera diferente). Pavel pidió como regalo del día de Reyes un playstation, le digo que me imagino que debe estar muy contento porque al tener su propio playstation no tendrá que depender de su primo para que se lo preste, me dice que sí pero sólo tiene un juego original (Crash Bandicut) y varios piratas, pero algunos no corren, también indica que tiene una memory card; le pregunto si le gustaron sus regalos y dice que sí, pero su primo tiene más juegos y no se los presta; hace algunas muecas y comentarios como los de su primo; le señalo que hay cosas que tiene su primo que a él también le gustaría tener, quizá le gustaría ser como él, a lo que responde ‘pues no siempre’, le pregunto que cuándo sí, y me dice que a su primo se le ocurren cosas chistosas y no se aburre, le pregunto si él se aburre, y dice que sí. Acto seguido comenta que quiere las piezas para armar, se levanta y las toma, observa todos los juguetes, al ver las plastilinas, papeles y colores dice que parece una papelería, también en su escuela tienen hojas y colores en un armario igual; continúa observando y dice que los juguetes de las niñas son aburridos, le pregunto por qué y dice que tienen muñequitas y cosas aburridas, comienza a reír; me pregunta si las niñas usan también las piezas de armar, y le digo que algunas niñas sí, me pregunta si usan los carritos y le digo que algunas sí. Cuenta que una niña de su salón juega con carritos, hay otra niña que lo molesta, le pregunto cómo lo molesta y dice que no lo recuerda, dice que no lo recuerda porque a veces se le olvidan las cosas, incluso se le



olvida lavarse las manos, bañarse, comer o ir al baño. Le pregunto cómo es que se le olvida comer o ir al baño, ya que eso es algo que se siente en el cuerpo, y me parece difícil que se le olvide, dice que no sabe, a veces se le olvida. Al hacer el cierre de la sesión, guardamos los juguetes y me pregunta si tengo hijos, le pregunto qué se imagina, y responde que sí; me pregunta que hacen otros niños cuando van ahí, le respondo que cada niño hace algo distinto, lo que a cada quien se le ocurra. En ésta etapa una constante en las sesiones era la falta de espontaneidad, constantemente pedía permiso para hacer las cosas, aún cuando se le mencionaba que podía hacer lo que él quisiera, prefería preguntar; la rigidez que presentaba era el aspecto más significativo de su conducta.

Padres: La madre era la principal encargada de llevar al niño e involucrarse en el proceso terapéutico, en esta etapa, la señora se mostraba más confiada y menos resistente, con mayor apertura a escuchar y comentar situaciones. Incluso se mostró más abierta en el contacto general con el Centro de Salud, ya que en un principio no aceptaba el desayuno que les dan a los niños cuando registran su cita; en ésta etapa comenzó a aceptarlo, aún cuando no permitía que Pavel se lo comiera, optaban por dárselo a los niños que encontraban en la calle. También encontré que con el paso del tiempo el padre cobraba un papel más activo, durante las entrevistas la señora le permitía hablar y lo escuchaba, expresando sus desacuerdos de manera más respetuosa. Aún se observaban discrepancias importantes para modificar sus actitudes y entablar una dinámica diferente, sin embargo se podían observar algunos cambios.

Jim

Jim se presenta puntualmente acompañado por su madre; al iniciar la sesión a solas con él por momentos se esconde metiendo la cabeza dentro de su chamarra, sube la gorra y cambia ligeramente el tono de voz al responder a las preguntas que le hago, cuando le digo que así no lo escucho asoma la cabeza y dice que es el 'monstruo de Heiss' quien responde, una buena parte de la

sesión juega con esto. Le pregunto cómo es ese monstruo y me dice que es su amigo, indica que quiere mucho a Jim pero espanta a toda la gente, tiene muchas novias y tiene un hermano gemelo. Le digo que me parece que tiene algunas características en común con su papá, por ejemplo, tener un hermano gemelo y querer mucho a Jim; ante esto comienza a cambiar de tema, le digo que quizá algunas cosas que tiene ese monstruo le gustaría tenerlas él y dice 'sí, como un hermano gemelo', y quizá son cosas parecidas a las de su papá, que a él le gustaría tener para sentirse más cerca de él, a lo que responde 'ni tanto', le pregunto entonces porqué y dice 'nada más'. El juego del monstruo de Heiss se repite por varias sesiones, cuando Jim se equivoca o tartamudea, el monstruo le pega y le dice que es muy tonto, que no sabe nada.

Al finalizar la sesión la señora refiere tener algunas dudas, y pasa al consultorio para hablar de ellas, le pregunto a Jim si quiere estar presente o prefiere esperar afuera, a lo que pregunta si él tiene que estar, le digo que eso lo puede decidir él; y decide quedarse fuera, sin embargo cuando le pido a la señora que entre, Jim dice 'ay, mejor sí paso'; la señora se sienta frente al escritorio y Jim escoge una silla lejana. La señora inicia preguntando si es muy necesario que el niño continúe tomando el medicamento que la paidopsiquiatra le envió ya que se le terminó y no le quisieron surtir la receta, además de que es muy caro; en ese momento comienza a llorar y dice que el papá de Jim ya no le ha pasado dinero para los gastos del niño, además de que su hijo mayor tuvo un problema en el trabajo por lo que ahora está desempleado, la señora comenta también que tuvo que pagar 40 mil pesos que consiguió endeudándose, y continúa llorando; puedo observar que Jim quien había permanecido sentado jugando, voltea hacia arriba y suspira. Le digo a la señora que mientras la paidopsiquiatra no le indique que deje de tomar el medicamento, debe continuar dándoselo al niño y debe preguntarle a ella por el curso del tratamiento médico y si se retira o no el medicamento. La señora asiente y dice que espera que todo este esfuerzo, algún día Jim se de cuenta y lo valore, le digo que a mi me parece que Jim se da cuenta desde ahora, porque

lo está escuchando y lo valora y por ello viene aquí, la señora repite que espera que de verdad lo valore, con un tono de incredulidad.

Madre: De acuerdo a lo observado hasta este momento, se trataba de una mujer autoritaria, agresiva, que presentaba un doble discurso, por una parte se mostraba respetuosa del tratamiento y siempre se había presentado puntual, pero por otra parte, consistentemente trataba de violentar las reglas establecidas; por ejemplo, aún cuando se le había dicho que lo más conveniente era comenzar a dialogar con Jim en lugar de pegarle, ya que con los golpes e insultos lo lastimaba y le quitaba confianza; en varias ocasiones confesó “ahora sí me sacó de mis casillas, le pegué hasta que ya no pude, a ver si así entiende”. Considero que la actitud de la señora era de un gran descontento por el momento en el que se encontraba, por una parte la reciente separación de su esposo y por otra el sentimiento de que llevaba toda la responsabilidad de la casa. Hacia Jim siempre se dirigía de manera impositiva, recriminando lo que ella le otorgaba y expresándose como si él fuera un “mal agradecido”. Considero que esto se debía a que el niño era el único “puente” que la unía a su esposo, por lo que en él depositaba gran parte del rencor y resentimiento que no podía descargar con su esposo. Así también, al ser el hijo menor y el único que había logrado concebir, tenía sentimientos encontrados, el deseo de no desprenderse de él pero en contrapartida el de tener que “cargar” el resto de su vida con él, y al mismo tiempo quería verlo fuerte y que asumiera un papel más activo, como “el hombre de la casa”.

FASE INTERMEDIA

Iván

En esta etapa se presentaron temas repetitivos durante las sesiones; debido a que se observaban dificultades en la organización del pensamiento, gran parte de las intervenciones consistieron en proporcionar señalamientos que esclarecían el origen de ciertos acontecimientos o el rol que el niño tenía dentro



de la familia, estableciendo reglas y algunas prohibiciones (como el que existían cosas que Iván no podía hacer, como manejar el auto de su mamá, fumar y ser papá –éstas eran algunas inquietudes del niño, de las cuales se refería como actos posibles, sin considerar las restricciones que ofrecía su edad-); así también consideré que era importante lograr la integración del yo, lo cual abarcaba desde el reconocimiento y diferenciación de su cuerpo, hasta el reconocimiento también de las sensaciones (p.e. dolor) que le pertenecían, es decir, que lograra conocer y diferenciar los límites que la piel le imponía, unificándolo. En esta época del tratamiento la mayor parte de los juegos eran de destrucción, estos consistían en aventar los juguetes tratando de romperlos, aventarlos por la coladera o a la taza del baño; o encerrarse en el baño con la luz apagada, desde donde pedía que le hiciera llegar los juguetes (palitos chinos, carritos de juguete, canicas) por debajo de la puerta, en un principio regresaba aquellos juguetes aventándolos fuertemente, y posteriormente comenzó a construir una barrera que impedía que los juguetes entraran; este segundo paso fue interpretado como la creciente construcción de un yo capaz de mediar y protegerse de los ataques externos. La agresión manifestada a través del trato a los juguetes era entendida como la necesidad de expulsión de su propia agresión, como parte de una fantasía inconsciente de aniquilamiento y desmembramiento que resultaba tan amenazante que requería ser expulsada. En este momento no encontraba indicios de la existencia de algún deseo de reparación. Cabe comentar que en esta fase del tratamiento hubo un cambio de consultorio, en varias ocasiones hizo referencia al anterior espacio donde trabajábamos, en cierto momento fue necesario regresar a este antiguo consultorio ya que consideré que era importante que los referentes en el mundo externo, pudieran ser organizados para promover que se desarrollara igual en la realidad psíquica del niño. Así también comenzó a interesarse por el uso del reloj y el calendario, logrando organizar el tiempo. Considero que estas intervenciones estaban dirigidas a apelar al juicio de realidad que permitiría diferenciar entre la realidad y la fantasía, lo que nos daría cuenta de una

consolidación más estable y definida de la represión primaria y por ende de la delimitación del preconscious y el inconsciente.

Madre: En esta etapa la madre refería mejorías en la conducta del niño, los reportes en la escuela habían disminuido mucho, y se observaba mayor coherencia y control sobre sus actos, tanto en casa como en la escuela. Ahora el punto de confrontación entre ellos radicaba en la creciente capacidad de Iván para distinguir entre la realidad y la fantasía, entre las reglas y prohibiciones que se establecían y que la madre solía violentar. Por ejemplo, al niño se le había dicho que era importante que no hablara con extraños ya que eso podía ser peligroso (intentando diferenciar entre los distintos niveles de relación entre personas cercanas con quienes se puede establecer una mayor intimidad y confianza, de aquellas que no son conocidas), mientras que, en violación de esta misma regla su madre le permitía a desconocidos (personas que iban en el microbús o el camión), que cargaran a la hermanita de Iván, el niño respondía con mucho enojo diciéndole a su madre que esto no era correcto y era peligroso. Así también, al trabajar en las sesiones los miedos del niño (miedo a los lobos, fantasmas, extraterrestres), se diferenció entre lo real y aquello que imaginamos. Cabe comentar que la madre tenía un fuerte pensamiento mágico, por lo que en su casa solían circular historias fantásticas que eran avaladas por ella. Ante la confrontación que le hacía el niño, la madre no sabía como responder, por lo que en varias entrevistas se le explicó la importancia de la congruencia que debería presentar ante Iván, lo cual implicaba que ella debería asumir ciertas reglas y respetarlas. Así también, contaba con dificultad para contener su angustia, en una ocasión se presentó a la consulta muy desorganizada ya que a Iván le habían tomado un electroencefalograma en el Centro de Salud y el técnico le mencionó que no veía ningún cambio en relación con el anterior estudio, sin embargo enfatizó que el neurólogo debía valorarlo; ante éste comentario, ella se “desmotivó” ya que no había cambios, incluso quería sacar al niño de la escuela para buscar una donde le brindaran educación especial; durante la entrevista que concertamos, se llegó a la

conclusión de que sí existían cambios en la conducta de Iván, que incluso eran reconocidos en el ámbito escolar; fue entonces que la señora se mostró más tranquila.

Pavel

Puedo señalar que con Pavel el proceso fue lento, esto se debió a que en un principio mostraba dificultad para expresar sus sentimientos, Winnicott menciona al respecto que los pacientes que presentan un “falso self” requieren un proceso lento para lograr que el mecanismo de defensa, compuesto por buenos modales, permita que aflore el yo real y con ello los sentimientos y pensamientos con los que se podrá trabajar.

A lo largo de esta fase Pavel logró gradualmente jugar y expresar sus temores, sentimientos y emociones. Uno de los temas más importantes de los que se habló fue la muerte, este tema se presentó de manera recurrente en varias sesiones, tanto en el juego como en ciertas fantasías que podían ser capturadas a través del discurso, se trabajó sobre la presencia latente de la muerte en la vida del niño y todo lo que ella implicaba; después de abrir este tema en la terapia, se presentó la necesidad de hablar de las cosas que el niño percibía que sucedían tanto en su vida como en la de sus padres y que no había sido tratadas de manera abierta (como por ejemplo, las desavenencias entre los padres, una separación, la infidelidad del padre, la enfermedad del niño y el temor a la muerte por parte de los dos padres), ya que siempre se había mantenido oculto con mentiras y silencios. En esta fase también se observó la rivalidad que el niño mantenía con su padre, que se manifestaba mediante constantes reproches hacia la manera en que realizaba las cosas y porque representaba la autoridad en su casa; por ejemplo cuando el padre estaba en casa, Pavel tenía que ceder en cosas que le gustaban (como ver la T.V., hacer “lo que quisiera”, desocupar la cama grande, irse a su cuarto y sobre todo, dejar de ser el centro de atención de su madre). De esta manera, el conflicto



edípico comenzaba a reavivarse, a tomar la vitalidad que había perdido, abriendo la posibilidad a que se resolviera de manera más favorable.

Padres: Los padres reportaban en este periodo del tratamiento que en cuestiones de conducta el niño había mejorado tanto en la casa como en la escuela, ya no se presentaban los arranques de agresividad, aunque continuaba rivalizando con las figuras de autoridad. El niño mostraba una mayor capacidad para expresar sus sentimientos y necesidades, la madre decía que el niño estaba muy “exagerado” ya que ante cualquier situación que lo molestaba, le decía que eso no le gustaba y que se sentía mal, a lo que ella y el padre respondían tratando de minimizar el incidente y reprochando la “incapacidad para controlar sus emociones”.

En las entrevistas, a ambos padres se les hizo ver la importancia de las emociones y la expresión de las mismas, se les señaló que ellos llevaban mucho tiempo conteniendo y reservándose en cuanto a sus temores, enojos y se permitían pocos momentos de disfrute, como si constantemente se tuvieran que estar castigando por todo lo que les había sucedido. Ambos aceptaban que era difícil pensar en todo eso y que preferían no darle importancia ya que nada de eso iba a cambiar, se les enfatizó que al no hablarlo daban pie a que lo estuvieran actuando, mediante la forma de interacción y comportamiento dejaban ver todo aquello que no se expresaba con palabras. Así también, para Pavel era importante lograr expresar con palabras todo aquello que sentía y callarse no era la oportunidad para hacer eso que necesitaba.

Jim

En esta fase del tratamiento, Jim lograba identificar y controlar su enojo, comenzó a mencionar de manera recurrente el tema de las “luchas” que veía por T.V., su personaje favorito era llamado HHH “asesino cerebral”, identificándose con él y tratando de ser igual de fuerte físicamente, además de justificar su manera de remediar los problemas a través de los golpes.

Resultaba difícil abordar temas personales de manera directa, ya que siempre negaba dificultades y hacía como que no escuchaba, sin embargo paulatinamente su reacción ante los señalamientos e interpretaciones comenzó a ser una sonrisa seguida de un comentario como “ándeale, usted si sabe” ó preguntando con sorpresa “¿Cómo supo?”. Los temas con los que se encontraba relacionado su enojo era la reciente separación de sus padres, la descarga de enojo que su madre depositaba sobre él y el constante temor a la muerte (Jim comentó en cierta ocasión que cuando tenía 7 años, su mamá le pegó tan fuerte que pensó “ya me mató”, con lo que dedujimos que probablemente se encontraba latente un temor de que su madre pudiera acabar con su vida, al igual que los previos embarazos de su madre que habían terminado en aborto). En la medida que logró asimilar y hablar de aquellas cosas que le disgustaban, comenzó a responsabilizarse por sus actos, dejando poco a poco de estar a la expectativa de lo que su madre decía que le sucedía y comenzando a tener un discurso propio, contando con la posibilidad de elegir y evaluar sus acciones. En este periodo Jim tomó un trabajo durante las vacaciones, sus aspiraciones eran tener mucho dinero para comprar cosas y tener una esposa cuando fuera más grande. Se podía observar cierto empuje para entrar en la adolescencia, sin embargo muchas veces se veía paralizado por el sentimiento de que no podría asumir responsabilidades, ni llevar una vida con una esposa, así como ser un hombre trabajador.

Madre: La madre aunque era puntual para asistir a las sesiones, mostraba una actitud de omnipotencia, donde ella no parecía realmente dispuesta a realizar modificaciones en la relación con su hijo; frecuentemente hacía comentarios como “ya no aguanto a este niño, me desquicia, le tuve que pegar, lo amenacé con quemarle las manos y se lo voy a cumplir, le metí una golpiza porque se la ganó”, aunque en términos ideales la expectativa sería trabajar con la madre para que cambiara la manera de dirigirse a su hijo, la realidad nos mostraba que la madre no podía controlar ciertas actitudes hacia Jim y que la voluntad no era suficiente para cambiarlas, pero tampoco estaba dispuesta a entrar en

un tratamiento psicológico, comentaba “yo sé que lo necesito pero no quiero que se metan conmigo, es mi vida y así está bien, yo traigo a Jim para que lo ayuden a él”; por lo que, sólo quedó apoyarse en el hecho de que Jim contaba con ciertos recursos para hacer frente a la situación en casa, por lo que se continuó trabajando con él, enfocándonos en esta dinámica que establecía con su madre.

FASE FINAL

Con respecto a esta fase del tratamiento, se consideró conveniente realizar el cierre del proceso psicoterapéutico en función de dos aspectos, por una parte se observaba una notable mejoría en los pacientes -considerado así por los reportes emitidos por los maestros en la escuela, en los que manifestaban una mejora en la conducta dentro de la escuela, así como en su capacidad para relacionarse con los compañeros; los reportes de los padres y mi percepción de los avances obtenidos -, y por otra parte, estaba el término de la maestría, que aún cuando en los tres casos, se me permitió trabajar dentro de la institución por 6 meses más⁶ después de haber llegado el tiempo formal de terminar la maestría, ya que consideré que el proceso terapéutico tenía que ser un poco más prolongado y en el Centro de Salud coincidieron en la opinión de que esto era favorable; concluido ese periodo, se realizó el cierre, contemplando que se alcanzaron los objetivos. Al finalizar esos 6 meses, se les mencionó a los padres que aún cuando los niños tenían notables mejorías y se consideraban alcanzados los objetivos iniciales, no se trataba de todo el trabajo que se podía realizar con ellos, resaltando los aspectos que debían ser trabajados más profundamente, con esto se abría la posibilidad de que en otro momento se retomara el proceso, ya fuera conmigo o con algún otro terapeuta.

⁶ Además de contar con el apoyo del Centro de Salud, me integré al proyecto de investigación IN-300002 “*Factores de riesgo de problemas emocionales y diseño de estrategias de intervención en adolescentes*”, lo cual me permitió continuar con la atención a estos pacientes.



Iván

Durante ésta etapa, en sus juegos continuaba predominando la expulsión de la agresividad, aventando, rompiendo y destruyendo objetos, aunque ahora mostraba algunas posibilidades de reparación. Es decir, justo cuando se le comenzó a anunciar el fin del tratamiento, Iván reaccionó con defensas propias de la posición depresiva descrita por Klein, esto es, se manifestaron sentimientos de culpa, lo cual permitió que se trabajara en función de que percibiera que sus actos no podrían destruir la permanencia de los objetos en el afuera (vencer la culpa y los restos de omnipotencia), ya que este periodo se terminaba porque habíamos logrado muchas cosas y se consideraba que él tendría la fortaleza para ahora enfrentarse a lo que sucede en su vida. Así también había circunstancias relacionadas con mi posibilidad de seguir trabajando ahí, Iván comprendió los hechos, sin embargo el cierre de la terapia removió las pérdidas del niño y su manera de enfrentarlas y asimilarlas, por ejemplo, la muerte de su bisabuelo (a quien llamaba papá), la separación de su padre e incluso la poca posibilidad por parte de su madre de cuidarlo y protegerlo. En este punto de tratamiento se presentó un juego repetitivo que consistía en construir un cubo, el cual era revestido de almohadas y cojines, Iván se metía en él, me pedía que lo cerrara y que le diera vueltas, dentro de él en un par de ocasiones se encontró a Iván comiendo algunos dulces o utilizando algún juguete del consultorio; este juego se lo interpretaba como la necesidad de sentirse protegido, satisfecho y contento (tal como un bebé en el vientre de su madre), así también, considero que para él esto significaba un lazo con su mamá y también conmigo; con lo cual estaba tratando de reparar la pérdida simbólica de ambas. En varias ocasiones, Iván manifestó su deseo de no concluir el proceso, preguntaba frecuentemente “¿en que consultorio vas a estar?” y antes de que se le diera alguna respuesta, agregaba “sí podemos llegar ¿es en otro piso?, yo conozco hasta el sótano”. Debo reconocer que por mi parte, existía también el deseo de continuar, sin embargo, se realizó el cierre enfatizando los alcances obtenidos. Los mayores logros observados en Iván era la integración del yo, el predominio del proceso secundario, y con ello su

capacidad para diferenciar los objetos reales de los fantaseados, su comprensión de la temporalidad y del espacio, la capacidad para entender y expresar sus ideas, la identificación de sus emociones y la capacidad de hacerse consciente y responsable de sus actos, y con ello, dejar de vivir en un continuo acting out.

Madre: La desorganización de la madre continuó, aunque ya mostraba la capacidad de asimilar y respetar ciertas reglas, así también se mostraba menos angustiada, lo que le permitía relacionarse de mejor manera con el niño; y aunque sus condiciones de vida continuaban siendo difíciles, la señora lograba hacer frente a las dificultades económicas sin involucrar al niño. Así también, cuando se sentía rebasada por los acontecimientos, optaba por pedir ayuda, por ejemplo, en una ocasión comentó que necesitaba apoyo ya que a Iván le había pasado algo muy desagradable; el incidente ocurrió en una fiesta, el niño fue al baño y encontró a un joven que intentó forzarlo a que le tocara los genitales, sin embargo Iván se negó y corrió, dándole aviso a su madre; ella confiesa que no supo qué hacer, pero lo tranquilizó y cuidó hasta que se quedó dormido, diciéndole que él se había defendido bien, que había hecho lo correcto y que buscarían ayuda para que no le volviera a suceder. Ante las crecientes muestras de recursos afectivos, se le reiteró la sugerencia de que ella iniciara un proceso terapéutico, siendo remitida al servicio de psicología para adultos en el mismo centro de salud, a lo que aparentemente accedió, sin embargo, poco tiempo después comentó que la psicóloga que la había recibido no había encontrado motivos para trabajar con ella, así es que le habían dejado cita abierta para tener alguna entrevista cuando lo requiriera.

Pavel

Cuando se anunció el cierre del tratamiento, Pavel expresó sus deseos de continuar trabajando porque quería “seguir entendiendo cosas”, se le explicó que el tratamiento terminaba porque se habían logrado ciertos objetivos, así como por disposiciones de tiempo y espacio, además de que se consideraba que

ya era capaz de enfrentar los sucesos externos. A partir del anuncio del cierre, el niño comenzó a hacer un recuento de las cosas habladas, así como todo aquello que utilizó en el consultorio. La última sesión llevó dos álbumes elaborados por él, ambos contenían historietas que debían ser completadas a través de las estampas que él se encargaría de elaborar; puedo mencionar que, los avances más significativos observados en Pavel eran: la capacidad de reconocer, hablar y enfrentar una serie de acontecimientos que aún cuando fueran displacenteros, podían ser hablados y mencionados sin dificultad; así como la capacidad para expresar sus sentimientos y emociones sin tener que utilizar una coraza que lo defendiera del mundo ya que lo rigidizaba y no le permitía lograr un intercambio con el entorno, puesto que solamente contenía las emociones y temores, dejando pocos espacios disponibles para expresarse.

Padres: Los padres a estas alturas del tratamiento habían aceptado muchas de las sugerencias propuestas, por una parte, la madre había dado paso de manera más contundente a la aceptación de la voz paterna, las reglas se establecían claramente y el niño había sido excluido de estar ubicado al centro de la relación de los padres; aunque esto le causaba frustración, por otra parte se sentía más tranquilo de no encontrarse inmerso en esta dinámica.

Jim

En el caso de Jim, el anuncio del cierre del tratamiento fue muy breve ya que durante las vacaciones de verano hubo una interrupción debido a que el padre del niño se lo llevó de vacaciones, posteriormente hubo dificultades para continuar trabajando debido a que Jim no podía asistir ya que su reciente entrada a la secundaria le impedía que autorizaran su salida de la escuela. Sin embargo, se lograron acordar un par de sesiones con la finalidad de realizar el cierre; los logros obtenidos se relacionaban con su capacidad para controlar su conducta, se presentaban relaciones adecuadas con compañeros, en la escuela mostraba un buen desempeño. Durante el cierre Jim preguntaba recurrentemente “¿Si me porto mal puedo regresar?”, a lo que se le decía que

no tenía que portarse mal para volver, en caso de que quisiera platicar o compartir algo, podría hacerlo pero sería bueno que las condiciones fueran más favorables. En general se mostraba renuente a terminar el tratamiento, parecía dudar en gran medida de sus habilidades y la capacidad para enfrentarse solo a los cambios y las situaciones de la vida.

Madre: La señora indicaba que hacía grandes esfuerzos por no agredir física ni verbalmente a Jim; aunque parecía que no lograba evitar menospreciar los esfuerzos y logros del niño, cuando se le reconocía a Jim que había cambiado actitudes y conductas en forma favorable, la señora decía, “pues a ver cuánto le dura”, ante esto se le señalaba a la señora que estas palabras constituían una agresión muy importante hacia su hijo, la señora intentaba justificarse diciendo “es que si viera todo lo que he sufrido por él”.

La relación de la madre, con el padre del niño era ocasional, considero que la señora concebía a Jim en términos utilitarios, en la medida que le sirviera para mantener cerca al padre, en una ocasión refirió sentirse “traicionada” porque Jim no le contaba lo que hacía su papá y se hacía “mentiroso”, ya que le contaba que su padre no tenía otra mujer, mientras que a ella le constaba que sí la tenía.

RESULTADOS

Después de haber revisado algunos de los datos más relevantes de los tres casos en las fases del tratamiento antes descritas podemos analizar en forma gráfica los cambios observados hacia el final de proceso terapéutico.

SÍNTOMAS
PACIENTE **REPORTADOS AL INICIO DEL PROCESO**
PSICOTERAPÉUTICO

Iván

Dificultad para relacionarse con los compañeros.
Agresivo (ejecuta conductas riesgosas para sí mismo y para otros niños).

Desobediente, a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones (TDAH, desatención).

Desorganizado (el curso de su pensamiento no sigue una línea lógica, muestra prevalencia del proceso primario).

A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (TDAH, desatención).

A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (TDAH, desatención).

A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (TDAH, desatención).

A menudo es descuidado en las actividades diarias (TDAH, desatención).

A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (TDAH, hiperactividad).

A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas (TDAH, impulsividad).

REPORTE DE LA MADRE Y MANIFESTACIONES
CONDUCTUALES OBSERVADAS AL FINAL DEL PROCESO
PSICOTERAPÉUTICO.

* “Ha estado muy tranquilo, en la escuela va bien y ya tiene varios amiguitos; obedece a los maestros, aunque a veces se enoja y protesta, también a mi me protesta, pero está mejor”.

En el espacio terapéutico, se mostraba más cuidadoso consigo mismo, cuidando de no lastimarse; se observó que en general incurría en accidentes menores, en contraste con los observados al inicio de la terapia.

* “Cuando le pido que haga algo, no lo hace a la primera, pero después de que se lo repito contesta ‘sí mamá’ y lo hace; en la escuela termina sus trabajos y es más cuidadoso”.

Muestra mayor capacidad para ordenar sus ideas y expresarlas en función del curso del pensamiento; con esto se podría decir que existe una mayor prevalencia del proceso secundario.

La madre refiere que logra terminar las actividades y organizarlas en función del tiempo destinado para ellas. En la sesión terapéutica, logra prever el término del tiempo y organizar las actividades que quiere hacer.

Muestra mayor capacidad para cuidar y organizar sus pertenencias, así como para respetar las pertenencias de los demás. En la fase intermedia del tratamiento, regresó el auto de juguete que se había llevado en la primera sesión, reconociendo que éste me pertenecía.

Muestra mayor capacidad para concentrarse en una actividad.

Su rendimiento escolar es bueno, ya que logra trabajar adecuadamente. En el espacio terapéutico es cuidadoso tanto en su cuidado personal, como en el cuidado de sus pertenencias.

Aunque en el juego continúa presentándose la expulsión de manera predominante, logra contener sus emociones y no actuar sus sentimientos.

Es posible mantener conversaciones con él, atiende a lo que se le dice y responde de manera coherente.



	A menudo tiene dificultades para guardar turno (TDAH, impulsividad).	Logra interactuar de manera adecuada, tanto con compañeros como con adultos.
	A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (TDAH, impulsividad).	Es capaz tanto de esperar su turno, como de respetar las actividades de otras personas.
	Dificultad para relacionarse con compañeros, es agresivo.	* “Se lleva mejor con sus compañeros, le gusta jugar luchitas con los otros niños... Rivaliza con su prima menor”.
	No respeta autoridades.	* “Es más respetuoso, aunque a veces se enoja y responde mal”
	Desobediente. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (TDAH, atención).	Logra interactuar adecuadamente con él, tiende a expresar lo que desea y necesita.
Pavel	A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (TDAH, hiperactividad).	* “En la escuela ya no ha habido quejas, pero hasta donde sé, hay muy poco orden ahí, les han cambiado varias veces de maestro y cada uno ha trabajado muy poco”.
	A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas (TDAH, impulsividad).	Logra entablar una conversación, sin interrumpir ni apresurarse a contestar.
	A menudo tiene dificultades para guardar turno (TDAH, impulsividad).	* “Respeto el turno de los demás, pero no le gusta compartir sus cosas con otros niños y mucho menos con su prima”.
	A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (TDAH, impulsividad).	* “Es más respetuoso con los demás, deja que cada quien haga sus cosas, aún cuando no esté completamente de acuerdo”.
	Ha manifestado crueldad física con personas.	* “Le gusta jugar luchitas, igual que sus compañeros, pero ya no se ha peleado ni le ha pegado a nadie”.
	Dificultad para respetar autoridades, conducta impulsiva, dificultad para responsabilizarse por sus actos.	* “Ahora piensa un poquito antes de hacer las cosas, aunque a veces no puede y termina haciendo todo mal, pero él mismo busca la manera de componerlo”.
Jim	Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.	* “Ya sabe que si quiere algo tiene que trabajar o pedirlo y así lo hace”.
	A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.	* “Sigue siendo muy flojo, sobretodo para la escuela, pero ya acepta que tiene que hacer las cosas, aún cuando no le gusta y se queja, pero ya sabe que se tiene que esforzar”.

Tabla 6. Cuadro comparativo, conductas presentadas al inicio del tratamiento, en contraste con los cambios observados al finalizar.

PACIENTE	ACTITUD DE LOS PADRES/ FASE FINAL
Iván	La madre se apega al tratamiento, aun cuando las faltas eran frecuentes, avisaba cuando no podría presentarse; la relación con el niño mejora, aunque ella continúa mostrando un pensamiento predominantemente mágico, lo cual resulta muy confuso para el niño. La madre intenta proveerlo de experiencias fuera del ámbito familiar (clases de natación y relación con la familia paterna). Logra instaurar límites y reglas dentro de la casa, así también ella se apega a las reglas.
Pavel	Dispuestos, interesados en cooperar. Abiertos a las sugerencias, activos. Muestran confianza en el tratamiento, se realizan modificaciones a nivel familiar que ayudan a ubicar al niño en éste ámbito y su relación con los demás.
Jim	El padre no cree en la terapia y no se involucra en ella; la madre continúa siendo muy dominante, la relación entre los padres no es favorable, sin embargo, la madre logra respetar límites, entre ellos, los que posibilitan la existencia de un espacio para que Jim comience a responsabilizarse y acatar reglas.

Tabla 7. Actitud de los padres durante la fase final de la terapia.

Algunos aspectos importantes del proceso terapéutico y la actuación de los padres

En este apartado se realizará un análisis de los casos, así como la relevancia que cobraron los padres en función de sus características.

Iván

El caso de Iván es sumamente interesante, se trataba de un niño con rasgos borderline y una patología severa, la cual no lograba ser identificada por su madre, ya que ella también mostraba características de ser una persona con poca capacidad de contención y manejo de la problemática familiar; por lo que fue en la escuela donde se generó la demanda con calidad de urgencia, y sólo fue atendida por la madre en el momento en que la “amenazaron” con expulsar al menor. Al indagar en el desarrollo del niño encontramos que la dinámica en la que se había desenvuelto desde muy pequeño, había originado un trastorno severo en su constitución psíquica. Desde los primeros meses, que son descritos por la señora como muy tranquilos, ya que el niño era “como un gatito”, dicha frase resulta ser de gran relevancia, ya que muestra la confusión de la madre en el momento de la crianza, cuando su propio hijo no logra ser visto y pensado como un niño, sino más bien como una mascota, un objeto cuando se

encuentra separado de ella, y aunque no se trataba de un simbiosis, la ambivalencia con la que se trata al niño, provoca que por momentos, se encuentre indiferenciado y por otros sea un objeto externo y distante (parecido a una mascota) sin las características de una persona, que es parte de la red familiar, de la cadena generacional, es más ni siquiera con las características de sujeto; esto propició las condiciones para el desarrollo de una patología. Contando con una situación tan delicada, llamaba la atención que el niño hubiese alcanzado un desempeño aceptable en la prueba de inteligencia y que no hubiera reprobado algún grado escolar, ya que el aprendizaje implica la relación con el otro y la introyección de material que se encuentra en ambiente. Estos datos nos llevaron a pensar que la presencia del abuelo fue fundamental, ya que probablemente realizó la función materna, permitiendo la separación, la entrada de un tercero y la posibilidad de que existiera un yo, sin embargo, en el curso de los años posteriores a la muerte del señor, se presentaron una serie de sucesos (la inserción de su padre biológico en la familia, la separación de este y la convivencia con el padre de su hermana, con la posterior separación de éste, la entrada a la escuela) que desorganizaron y afectaron la constitución psíquica del niño.

Ante estos hechos, se encaminaron los esfuerzos a que el primer objetivo terapéutico fuera que el niño lograra distinguir la realidad de la fantasía, así como a la conformación más acabada del yo, mediante señalamientos que se referían a las sensaciones corporales con lo cual se lograra poco a poco integrar su esquema corporal, así como su ubicación en el entorno. En este momento del tratamiento la manera de intervenir se centraba exclusivamente en señalamientos, ya que las interpretaciones resultaban demasiado complejas para poder ser asimiladas por un niño con las características de Iván. Con el desarrollo de las sesiones y ante la creciente capacidad del niño por diferenciar sucesos y objetos, lo interno de lo externo, ubicarse espacial y temporalmente, así como para simbolizar en el

juego, se comenzaron a hacer interpretaciones, en un principio estas parecían no tener gran repercusión en Iván, sin embargo, se observó que gradualmente tuvieron efectos positivos; logrando contener la expulsión y agresividad, Iván llegó a comprender que había un gran vacío en la relación con su madre a diferencia de la buena relación que observaba establecían su madre y su hermana. El establecimiento de la transferencia ayudó a que el curso terapéutico fuera favorable; el espacio terapéutico y la relación terapéutica ayudaban a constatar y consolidar la constancia de objeto, las relaciones afectivas, el manejo de los límites, el manejo de la agresión y hacia el final del tratamiento, la importancia de las despedidas.

Madre: Considero que fue de gran ayuda el haber sido paciente con la madre durante el proceso de evaluación, aún cuando en varias ocasiones canceló citas o llegó considerablemente tarde; ya que esto propició el establecimiento de una relación (a diferencia del rompimiento que se producía en otros ámbitos, debido a la inconsistencia en la interacción); la inconsistencia que presentaba parecía ser producto de una dificultad para relacionarse, así como para manejar su angustia, ya que ante el malestar que ésta le generaba, optaba por actuar una fuga y comenzar en otro lugar, donde repetía la dinámica. En un principio el riesgo que se corría era que nuevamente dejara al niño sin atención, siendo las entrevistas únicamente una vía para descargarse y apaciguar a la escuela, sin alcanzar la conciencia de enfermedad.

En las primeras entrevistas, la madre se encontraba muy angustiada y dicha angustia resultaba difícil de contener, predominantemente se mostraban mecanismos defensivos tendientes a la proyección; además de que aparentaba contar con grandes dificultades para introyectar y por ende, escuchar indicaciones. En casa no existía un buen manejo de la dinámica ya que la madre (quien era el único adulto) no se había encargado de establecer reglas y límites, lo que generaba dificultades en

los procesos de separación y diferenciación, como parte de esta confusión generada por la madre se encontraban los roles que se le imponían a Iván, ya que por una parte se le trataba como un bebé (desde hechos concretos como bañarlo en la tina de bebé), y por otra se le trataba como adulto, quien debía ejercer funciones de padre y cuidador de su hermana pequeña. De manera que, otra de las funciones que se logró mediante el encuadre terapéutico fue la de ayudar a reglamentar las relaciones entre ellos, por una parte, se promovió el que Iván fuera ubicado en el lugar de hijo, a la señora se le realizaron señalamientos muy puntuales al respecto en varios momentos, a lo cual siempre respondió que sí, sin embargo, al interior de su discurso y sus actos, reflejaba que Iván estaba ubicado en el lugar del padre de la familia y solo después de un largo recorrido de señalamientos e intervenciones con ella fue comprendido el lugar en que se tenía que ubicar al niño y la importancia de esto, así se comenzaron a instaurar límites que tenían que ser aplicados en casa, por ejemplo, la madre no podría dejar que Iván permaneciera solo cuidando a su hermana, ya que en las condiciones en que se encontraba Iván resultaba sumamente peligroso para ambos; se logró la instauración de gran cantidad de límites, desde los más obvios y concretos, hasta los que se referían a la prohibición del incesto; primero fueron explicados a la madre, con la finalidad de ayudarla a instaurarlos, ya que su incapacidad para respetarlos, tenían más relación con una desorganización patológica, que con una perversión. Todas estas modificaciones permitieron que Iván construyera para sí un lugar de “niño e hijo” y encontrara un lugar más favorable para su desarrollo.

Pavel

En este caso, encontramos que, a partir de que la madre se embaraza del niño y le detectan cáncer, comienzan los primeros desacuerdos y distanciamientos entre la pareja, uno de los ejes centrales de estos desacuerdos tenía relación con la interrupción del embarazo, el padre

pugnaba por el aborto mientras que la madre no estaba de acuerdo, finalmente la madre hace prevalecer su deseo y continuar con la gestación; Pavel logra nacer sin presentar problemas, de igual manera transcurre el primer año de vida del niño; esta serie de datos son indicio de que existieron las condiciones necesarias para que se lograra una adecuada estructuración del aparato psíquico. Sin embargo, al presentarse la enfermedad de Pavel y la posterior extirpación del testículo, ya que se le detectó cáncer, seguido de una infección que puso en peligro la vida del niño, la madre se volcó sobre el niño con cuidados extremos y sobreprotección, al haber padecido ambos (madre e hijo) cáncer, encontramos que se desarrolló una fuerte identificación de la madre con el niño, además de proyectar sobre la figura del padre la responsabilidad tanto de su propia enfermedad, como la de su hijo, esta acusación era manifestada a través del reclamo por la incapacidad del padre para actuar con fuerza; de ahí en adelante la madre sobreprotege al niño, otorgándole todo lo que desea y evita frustrarlo; a pesar del desacuerdo del padre, la madre reacciona culpabilizándolo por la extirpación del testículo, y el padre asumió la culpa y se replegó, quedando anulada su presencia como representante de la ley. Y aún cuando la familia quedó a merced del deseo materno, el cual se descargaba en Pavel, el niño no lograba saciarlo, por lo que el reproche al padre implicaba dejar de mirar al niño y redirigir el deseo sobre el padre, lo que rearmaba la triangulación edípica, sin llegar a entablarse los elementos que propiciarían una perversión o psicosis; en lugar de esto, el niño comenzó a desarrollar algunos síntomas como inquietud, desobediencia y agresividad, que se encuentran relacionados con la demanda del niño porque la ley paterna se volviera a instaurar con más fuerza en su vida.

Cabe señalar que el niño que se presenta a consulta, es un niño sumiso y dócil, con dificultad para expresar sus emociones, con lo que parece ser una agresividad encubierta. En la historia del padecimiento también se

puede encontrar la explicación a dicho cambio; cuando Pavel ingresa a la escuela, son reportadas algunas dificultades para aprender, la cumbre de estos problemas se presenta a la mitad del primer año de primaria, cuando está a punto de ser reprobado y tener que repetir el grado, la madre interviene cambiándolo de escuela y mostrándose sumamente exigente; ante la protesta del niño, la madre se muestra mostraba impositiva y crítica, impidiendo la expresión tanto de quejas como de cualquier sentimiento. De esta manera, los síntomas comienzan a polarizarse en dos sentidos, con las figuras que remiten a la imagen materna se muestra sumiso, mientras que continúa siendo agresivo con aquellas personas que remiten a la figura paterna (maestros) y sus compañeros de escuela. El proceso psicoterapéutico de Pavel fue lento, con mucha dificultad para mostrarse y atreverse a analizar la manera en que se desenvolvía en relación con su entorno; en las primeras sesiones llevaba juguetes de su casa y prácticamente no utilizaba los que se encontraban en el consultorio, pensamos que esto se debía a que Pavel consideraba que lo que se encontraba en el espacio terapéutico pertenecía a otros niños (como su madre le pertenecía a su padre); así mismo, durante las primeras sesiones se mostraba sumamente rígido; sin embargo, con el transcurso del tratamiento, el desarrollo de la transferencia y la marcha del proceso analítico, logró encontrar un lugar para reflexionar y resignificar aspectos de su vida y de sí mismo, para descubrir su creciente creatividad, sin la necesidad de mostrarse siempre como el niño fuerte e insensible, racionalizado y rígido. El hablar de sus fantasías, temores y deseos, sin encubrirlos ni negarlos, ayudó a que se abordaran temas relevante, como la muerte, además de encontrar vías para canalizar la pulsión de muerte; así también, logró tomar distancia del discurso y deseo de sus padres (principalmente de su madre), tomando más contacto con su propio deseo.

Padres: En un principio el discurso de la madre se enfocó a fundamentar y justificar su escepticismo hacia la terapia, sin embargo me parecía que el

eje de esta actitud se encontraba en la negativa a permitir la entrada a una persona que terciara en la relación con su hijo. Reiteradamente hablaba de la infidelidad del esposo como una traición de alguien que se encontraba cercana a su vida y de quien no sospechaba. Quizá por la cercanía del evento, mostraba un considerable monto de angustia surgida de la fantasía de que yo le quitara a su hijo y él la traicionara conmigo (o incluso, que su esposo reincidiera en una infidelidad, pero ahora conmigo). Tras la presencia del padre y con el transcurso de las sesiones, así como la apertura que se mantuvo para despejar dudas y detectar y resolver las situaciones que les generaban angustia, se comenzó a trabajar con la creciente disposición de los padres por colaborar con el tratamiento del niño. El padre anhelaba retomar un lugar importante dentro de la familia, su queja se centraba en que quedaba excluido y su voz no tenía resonancia; mientras que la madre justificaba dicha exclusión (tomando como argumentos centrales, la extirpación del testículo y la infidelidad); sin embargo conforme se tuvieron entrevistas con ellos, se hizo hincapié en que ellos pudieran observar de manera nítida que preferían concentrarse en Pavel, que en entender y resolver sus conflictos como pareja, por lo que el niño se convertía en el lazo que los unía, pero también los separaba, siendo esta una gran carga para Pavel. Gracias al tratamiento y a las entrevistas de orientación y señalamientos con los padres gradualmente el niño comenzó a ser ubicado en un lugar diferente, los padres compartían actividades y defendían su intimidad; esto le provocaba celos a Pavel, rivalizando con su padre; en ese momento fue muy importante tocar el tema con los padres, como parte de la orientación que les dedicaba, paralelo y complementario al tratamiento del niño, ya que la reacción del padre era agresiva (pegando o castigando severamente a Pavel) y la madre entraba en conflicto con él por defender al niño. Ante tales discusiones, Pavel se mostraba complacido ya que su mamá lo defendía-prefería; nuevamente y gracias a la intervención con ellos, los padres lograron ubicar que el lugar de su hijo se encontraba fuera de la relación de ellos y

tratarían de tomar acuerdos para no caer en esta dinámica. Los padres lograron consolidarse como pareja y el niño asumió el lugar que le correspondía.

Jim

Jim al llegar conmigo ya contaba con una larga historia de tratamientos fallidos, él mismo se jactaba de que aparentemente nadie podía trabajar con él; los síntomas que presentaba se relacionaban con el no acatamiento ni respeto de reglas, lo que indicaba que la instauración de la ley se encontraba fallida; más que tratarse de una conducta perversa, donde la crueldad o maldad se encontraría implícita en su conducta, existía una fuerte reacción defensiva frente a la angustia que le provocaban las agresiones que percibía del medio. Al explorar la historia del niño, encontramos a una madre que tendía a transgredir las reglas, justificándose siempre por las circunstancias, por ejemplo, la manera en que establecía la disciplina en la casa, consistía en golpes, insultos y amenazas, todo esto no era considerado por ella como una falta de respeto o una tremenda trasgresión a los límites que implicaban la integridad y bienestar emocional y físico de Jim, sino más bien, como la única medida efectiva en la relación con su hijo. Así también, era bien sabido por la familia que la señora se había tratado de embarazar en varias ocasiones y aunque no se mencionaba que Jim era el único hijo biológico (ya que tenía un hermano mayor), Jim mostraba claramente que mantenía la fantasía de que su madre pudiera terminar con su vida, igual que había sucedido con los hijos que no habían logrado nacer. Ante Jim se presentaba una madre fálica, agresiva, capaz de aniquilarlo, de quien no se podía separar (porque eso le podría costar la vida), una alternativa que encontró para expresar la angustia que esta situación le despertaba era tratar de mostrar su capacidad de defenderse, su agresividad y actividad, frente a quienes no consideraba tan amenazantes (compañeros de escuela e incluso maestros), oponerse a las reglas, representaba una oportunidad de que existiera una

reglamentación diferente a la que representaba su madre. La ausencia de su padre (que en el momento que se presenta conmigo era una ausencia real, pero que se había mantenido como una ausencia, en gran medida simbólica a lo largo de su vida, ya que su padre no lograba imponer una reglamentación distinta a la ofrecida y ejercida por la madre). Ante la llegada de la pubertad, Jim hacía esfuerzos por comenzar a separarse de su madre, la madre era quien imponía su palabra y Jim hacía esfuerzos por vivir al margen de esta ley, siempre transgrediendo o burlando las reglas que ella le imponía, pero en contrapartida, sin la capacidad de reconocer y respetar otras. Por ejemplo, su madre lo castigaba con negarle la posibilidad de jugar playstation, Jim decía que aceptaba el castigo, sin embargo, en repetidas ocasiones, decía que se iba a dormir y en lugar de hacer esto, tomaba el videojuego. La señora sospechaba que Jim no respetaba el castigo, sin embargo ella tampoco hacía algún esfuerzo porque se respetara, por lo que ambos violentaban el castigo y la regla. Este tipo de conductas se presentaban de manera reiterada y coincidían en el nulo respeto por las reglas, de ambas partes. Por estos motivos, gran parte del trabajo consistió en instaurar y hacer respetar las reglas, para esto se utilizaron las entrevistas de orientación con la madre, paralelas y complementarias al tratamiento del niño, quien más allá de las justificaciones que presentaba, donde alegaba que era parte de su carácter el comportarse de tal manera, continuó apoyando el tratamiento del niño, lo que permitía la posibilidad de que Jim trabajara en función de las fantasías relacionadas con esa figura materna tan avasalladora. Gradualmente se logró ubicar a Jim en un lugar distinto frente a la madre y al padre; mostrando gran dificultad para salir de la latencia, sin embargo con algunos pasos que vislumbraban la posibilidad de que así lo hiciera.

Madre: Desde el principio, la postura de la madre fue muy clara, ya que ella no quería ser cuestionada, llevaba a su hijo para que le ayudaran con las cosas que ella no podía lidiar, buscando cambios muy específicos. El

padre se encontraba ausente, tanto del ámbito familiar como en el espacio terapéutico. Decidí abordar el caso, aún cuando se observaban estas características ya que, consideré que como parte del proceso terapéutico se podría hacer hincapié en el establecimiento y respeto de límites bien definidos, que logran contener las imposiciones de la señora. La señora desde el inicio respetó ciertas reglas (relacionadas con la puntualidad y asistencia al tratamiento del niño, sin embargo había una fuerte incapacidad por instaurar límites y reglas congruentes al interior de la familia (que incluyeran el respeto por su propio hijo, como era hacer el esfuerzo por renunciar a las agresiones, físicas, verbales y simbólicas). Conforme avanzó el proceso terapéutico, la señora reconoció su papel en el desarrollo de la problemática de su hijo, así como la ambivalencia que encerraba la preocupación por que su hijo jamás cambiara. De esta manera, por una parte, lo mantenía siendo un niño dependiente a quien cuidar, que representaba el lazo que la unía a su esposo y por otro lado, era una carga, casi como una condena con la que tenía que cargar (un castigo por haber deseado tanto un hijo, que más bien constituía la ausencia del hijo idealizado después de cada aborto, ya que le mostraba que su hijo, por el que había sacrificado y sufrido tanto, era un ser humano que hacía ciertos esfuerzos por no someterse a su deseo y por lo tanto no lograba satisfacerla). Gradualmente se volvió más nítido tanto para ella como para Jim, que el deseo de la madre se ubicaba en el padre y Jim era la herramienta para aproximarlos; en la medida que esto se esclareció, Jim tuvo mayor espacio para moverse fuera del discurso y pensar de la madre, así bien, aunque la madre no se encontró plenamente satisfecha por esta conclusión, le resultaba reconfortante pensar que su hijo podría crecer con independencia, y ella aspirar a un lugar distinto.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al inicio del trabajo se plantearon algunos temas para ser considerados, de los cuales he podido generar las siguientes reflexiones.

En primera instancia, resultan sumamente importantes tanto las características de cada paciente, de los padres y del trastorno, ya que los tres elementos tienen un papel fundamental durante el proceso terapéutico. Comenzando con la necesidad de orientarnos acerca del origen del síntoma (¿qué se representa y expresa a través de él?), la razón por la que se presenta, a quienes beneficia, qué tipo de estructura psíquica se ha constituido hasta el momento de la intervención, qué elementos han contribuido a esta formación. Por otra parte, en el caso de los padres podríamos plantear algunas preguntas que permitan explorar sus fantasías, deseos y su funcionamiento psíquico general, ya que aún cuando no se trabaje directamente con su dinámica psíquica, es importante considerarla debido a que durante las entrevistas se pueden hacer diversos señalamientos e indicaciones, que abarcan desde aquellas características que ellos presentan y contribuyen a la generación del síntoma, hasta la importancia del proceso psicoterapéutico de sus hijos y el riesgo de abandonarlo por los temores o angustia que ellos presenten; así bien, tratando estos temas, podemos comenzar a diferenciar discursos y deseos, proporcionando a los padres una mirada distinta de su hijo.

En los tres procesos terapéuticos que se presentaron, los padres contaban con importantes problemáticas no resueltas (que abarcaban desde aspectos relacionados con dificultades económicas, dificultades de pareja, hasta rasgos psicopatológicos); y aún cuando no fueron directamente trabajadas, ya que la función de las entrevistas se enfocaba en la situación del paciente y la manera en que los conflictos, características y el discurso de los padres lo afectaba, se pudieron promover y observar ciertas

modificaciones a partir del señalamiento de aspectos que les pertenecían más a ellos que a sus hijos, lo que acarreó beneficios, así como la posibilidad de continuar el trabajo terapéutico.

En la revisión realizada en el marco teórico, pude encontrar que el lugar que se le otorga a los padres es muy diverso, en función de la corriente psicoanalítica que se considere, sin embargo; pienso que aún cuando se trabaja en función de la realidad psíquica del paciente, así como con sus recursos y habilidades, es de gran relevancia tener presente que los padres tienen una presencia fundamental, ellos se encargan de llevar al niño al tratamiento y se encuentran presentes para manejar conflictos que se le presenten, por lo que es de nuestro total interés establecer una comunicación abierta con ellos para facilitar el proceso del niño.

Resulta interesante observar la manera en que tanto el síntoma, como la cura se insertan en la familia; aquello que se expresa, beneficia o afecta a través del síntoma, se modificará también con la cura, los cambios que presenta un niño, representan un paradigma diferente para los padres; en ocasiones se llenan de culpa, ya que concluyen que quizá no han sido lo suficientemente buenos para criarlo bien “sin problemas”; en otros momentos se pueden llenar de envidia, porque su hijo tiene la posibilidad de vivenciar una infancia distinta a la que ellos vivieron y aunque desean y apoyan que esto suceda, permanece la sensación de que les hubiese gustado tener esa posibilidad; así mismo la envidia puede dirigirse al terapeuta, por los efectos que tiene sobre su hijo, ya que, para ellos quizá, es este quien logra una mejora en el niño y su presencia representa cambios que alteran la dinámica familiar, en el sentido positivo o negativo. La reacción que tengan los padres será tan diversa como sus características, fantasmas, psicopatología y deseos se lo permitan, pero lo que considero más importante es contemplar toda esta gama de reacciones con la finalidad de estar pendiente a su presencia y ser capaz de abrir una

puerta para escucharlas y entenderlas, así bien, esto no implica que hagamos pensar a los padres que con lo hablado y escuchado es suficiente para ser elaborado, la finalidad de que los padres hablen, desde mi punto de vista, sería con una intención catártica, siempre enfocada en las necesidades del paciente (el hijo); con la consideración, de que en su momento se les señale a ellos, que sería conveniente que asistieran a un espacio propio (con un analista propio) en el momento que ellos lo demanden.

Otro punto de confluencia entre los casos que aquí se presentaron, radica en que había existido previamente algún tipo de intervención terapéutica de corte psicológico, con la cual no se habían alcanzado los resultados esperados; y que había culminado en la deserción del tratamiento. Este factor resultaba de suma importancia, ya que con ese antecedente, se podía pronosticar que probablemente no existiera una buena adherencia terapéutica; en el caso de Iván y Pavel, desde las primeras entrevistas se vislumbraba un posible truncamiento del tratamiento. En el caso de Iván la madre se encontraba sumamente angustiada, por lo que intentaba cualquier tipo de tratamiento con tal de ver resultados inmediatos, esto unido a sus características, podía prever que saltaría de un tratamiento a otro, ó empalmaría distintas intervenciones. Mientras que en el caso de Pavel, la madre se mostraba muy cerrada y, renuente a la intervención de cualquier persona, ya que temía ser alejada de su hijo. En el caso de Jim, la madre se apegaba al tratamiento en lo concreto (llegar a tiempo, no faltar), sin embargo, se encontraba muy renuente a realizar cambios, que implicaran escuchar la voz de otro y sobre todo, el reconocer que Jim pudiera tener un deseo propio distinto al de ella.

Estas observaciones se pudieron realizar desde el momento de practicar la evaluación, lo que permitió instrumentar un encuadre con los padres, incluyéndolos y aprovechando las entrevistas para escucharlos; lo cual

abrió la posibilidad de establecer una relación más cercana, así como el reflexionar acerca de la ingerencia que ellos tenían en el origen y desarrollo del síntoma y finalmente en delimitar las expectativas y los alcances de la terapia. De esta fase, considero que el eje central lo constituyó la confianza que se desprendió de haber abierto la posibilidad de que los padres fueran escuchados.

En relación con los casos, un factor fundamental a ser considerado es el grado de patología que presentaban los niños; más allá del diagnóstico en términos psiquiátricos, considero que para los fines terapéuticos es muy importante contemplar la estructura psíquica que se ha conformado, lo cual nos podrá orientar acerca del curso y pronóstico del tratamiento; además de que una ventaja de trabajar con niños es que se encuentran aún en un proceso de estructuración del aparato psíquico, por lo que nuestra intervención puede ser más palpable que en el caso de los adultos. Por ejemplo, en el caso de Iván existían condiciones adversas tanto a nivel familiar como de la historia del niño, sin embargo, los problemas que presentaba tenían su origen, más que en los factores ambientales (que aún cuando eran muy importantes), en una inadecuada diferenciación intersistémica inconsciente preconscious-consciente lo que ocasionaba una constante intromisión del proceso primario debido a fallas en la represión primaria.

Así bien, otro factor relevante lo constituye la edad del niño; teóricamente se nos dice que a menor edad del niño, mayor necesidad de trabajar con los padres. Y si bien, esto, es cierto para la mayor parte de los casos, es importante considerar que a mayor edad del niño, no existe la garantía de que podamos prescindir de los padres; por ejemplo, en el caso de Jim, se trataba de un preadolescente que debido al gran conflicto que tenía con la figura materna, presentaba actitudes agresivas, así como la permanencia en la latencia; la madre promovía esta situación tratando al joven como un

pequeño niño que no podía discernir entre lo que debía hacer (o lo que quería hacer) de aquello que no, por lo que era importante hacerle ver a la madre, que su actitud contribuía a que Jim no tomara responsabilidades y no lograra distinguir su propio deseo y capacidad de autonomía

Finalmente, he de mencionar que en éste reporte ilustré una parte del trabajo realizado durante al Residencia en Psicoterapia Infantil, aunque realmente no encuentro las palabras que puedan describir el cúmulo de conocimientos y experiencias adquiridas; he optado por referirme a los aspectos que considero más relevantes y que pueden ser útiles para quienes se encuentran interesados en el tema o en proceso de formación como psicoterapeutas. En éste sentido pienso que la formación en psicología clínica no es sencilla, debido a que nos remite a las emociones, carencias y puntos débiles del ser humano, así como a los conflictos que alteran la vida de las personas. En éste trabajo, he intentado describir de manera sencilla lo que en muchos momentos resultó poco comprensible y angustiante para mí. Sin embargo, debo aceptar que no creo haber logrado transmitir la gran cantidad de emociones y conocimientos relacionados con estos pacientes y con todos los demás que recibí como parte de las prácticas; las historias presentadas, son parecidas a aquellas que llegan al consultorio privado, acerca de aquellos niños que se encuentran en una escuela regular y que su síntoma está a punto de lograr que los expulsen de la escuela; sin embargo, cada caso logra ser diferente, provocar emociones y cursos diversos.

En relación con los pacientes a los que me referí en éste reporte, debo mencionar que las madres volvieron a establecer comunicación conmigo después de algunos meses. La madre de Iván reportó que el niño era muy travieso en casa y aunque en la escuela no había dificultades, ella se encontraba preocupada por establecer la disciplina en el hogar y requería apoyo con el niño y orientación para ella.

La señora reconoció los cambios producto del tratamiento anterior, pero los atribuía a la madurez alcanzada por Iván.

Por otra parte, la madre de Pavel se comunicó porque su hijo se lo había pedido en varias ocasiones, ella se decidió a llamar porque estaba muy preocupada por la cercanía de la adolescencia y los cambios que se esperaban.

La madre de Jim se comunicó para informar que el joven había reprobado algunas materias y ella pensaba que su hijo no sería capaz de concluir sus estudios.

A partir de estos reencuentros, he pensado que los padres de estos niños encontraron una esperanza que habían perdido, lo que abrió la posibilidad a sus hijos de tener un camino distinto al que estaban transitando.

En conclusión, aunque el trabajo con los padres no estriba en tareas o visitas periódicas que pudiéramos conformar en un manual; es necesario atender a las necesidades que cada familia presenta. Las entrevistas pueden ser utilizadas para escuchar la demanda de los padres, contener su angustia y estructurar límites que repercutirán en la manera en que se relacionan con sus hijos y familiares, brindando una estructura sólida sobre la que los niños puedan crecer.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). Tratado de psiquiatría. (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Avrane, P. (2003). Un niño en análisis. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Aberastury, A. (1962). Teoría y técnica del psicoanálisis de niños.
- Bergeret, J. (1974). La personalidad normal y patológica. Barcelona: Gedisa.
- Bleichmar, S. (1984). En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. Del discurso parental a la especificidad sintomal en el psicoanálisis de niños., en Sigal, A.M. (1995). El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Blinder, C., Knobel, J., Siquier, M. (2004). Clínica psicoanalítica con niños. España: Síntesis.
- Chemama, R. (1996). Diccionario del psicoanálisis. Argentina: Amorrortu.
- Doltó, F. (1987). Seminario de psicoanálisis de niños 2. México: Siglo XXI.
- Dürhssen, A. (1960). Psicoterapia de niños y adolescentes. México: Siglo XXI.
- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. Obras Completas, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- García, G. El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños., en Sigal, A.M. (1995). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K. (2002). Trastornos de personalidad en niños y adolescentes. México: Manual Moderno.
- Klein, M. (1952). Principios sobre la transferencia. Buenos Aires: Paidós.

Kupfer, M. Los padres en la clínica con niños neuróticos y psicóticos., en Sigal, A.M. (1995). El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Marcelli, Ajuriaguerra (1996). Manual de psicopatología infantil. Barcelona: Masson.

Paz, C., Pelento, M. y Olmos, (1976). Desordenes fronterizos en niños y adolescentes

Programa específico de atención a la psicopatología infantil y de la adolescencia (2002), en el Programa de Acción en Salud Mental (PASM) de la Secretaría de Salud (SSA) que se deriva del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil (2002). Facultad de Psicología, UNAM.

Sigal, A.M. La constitución del sujeto y el lugar de los padres en el psicoanálisis de niños., en Sigal, A.M. (1995). El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Siquier, M.L., Salzberg, B. La difícil articulación padres-hijos en el psicoanálisis con niños., en Sigal, A.M. (1995). El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Sperling, M. (1993). Psicoterapia del niño neurótico y psicótico. Buenos Aires: Lumen – Hormé.

Winnicott, D.W. (1979). Realidad y juego. Barcelona: Gedisa.

ANEXO 1

INDICACIONES Y EFECTOS DE LOS MEDICAMENTOS

Tomado de Vademécum, 2003.

ATEMPERATOR VALPROATO DE MAGNESIO

El *valproato de magnesio* es un antiepiléptico de amplio espectro que ha demostrado su eficacia en el control de las crisis generalizadas (tónicas, clónicas, tónico-clónicas, mioclónicas, ausencias, atónicas y espasmos infantiles) y parciales (simples, complejas y secundariamente generalizadas), tanto en monoterapia como en terapia combinada. Es un medicamento de elección en síndromes epilépticos que cursan con ausencias (epilepsia de ausencias infantiles y juveniles), mioclonías (epilepsia mioclónica juvenil, epilepsia de ausencias mioclónicas), epilepsias fotosensibles y aquéllas que cursan con múltiples tipos de crisis como las encefalopatías epilépticas (síndrome de West, síndrome de Lennox-Gastaut, síndrome de Dravet, epilepsia con crisis mioclono-astáticas). Además está indicado en los casos de crisis febriles atípicas.

Atemperator también es útil en el episodio maniaco asociado con la enfermedad bipolar y está indicado para la profilaxis de las cefaleas de tipo migraña.

La depuración renal depende de la fracción libre del fármaco y es mayor en los niños que en los adultos y ancianos, por lo que las dosis pediátricas deben ser superiores a las de los adultos.

Existe evidencia del efecto de *valproato* sobre la neurotransmisión excitatoria, reduciendo la transmisión mediada por aminoácidos excitatorios como aspartato, glutamato y gamma-hidroxi-butirato. Otros mecanismos de acción que se han postulado para *valproato* son:

- 1) Parece modular la conductancia de calcio y potasio.
- 2) Reduce las corrientes de calcio tipo T en las neuronas talámicas
- 3) Aunque no existen todavía estudios concluyentes, *valproato* pudiera, asimismo, tener un mecanismo de acción sobre los canales de sodio.

La experiencia indica que los niños menores de dos años que tienen mayor probabilidad de desarrollar hepatotoxicidad fatal, son aquéllos con terapia anticonvulsivante múltiple, enfermedad congénita metabólica, enfermedad convulsiva severa asociada a retraso mental y aquéllos con enfermedad cerebral orgánica, por lo que deberá usarse con extrema precaución en este tipo de pacientes, tanto en monoterapia como en terapia asociada.

Los beneficios de la terapia deberán ser evaluados contra los riesgos potenciales. La experiencia en el tratamiento de la epilepsia indica que la

incidencia de hepatotoxicidad disminuye considerablemente con la edad. Estos incidentes usualmente se han observado durante los primeros seis meses de tratamiento.

La hepatotoxicidad fatal o severa puede ser precedida por síntomas no específicos, como malestar, debilidad, letargo, edema facial, anorexia y vómito. En pacientes con epilepsia también puede ocurrir una pérdida del control de las crisis. Los pacientes deben ser vigilados estrechamente tras la aparición de estos síntomas.

Se deben realizar pruebas de función hepática antes de la terapia y posteriormente a intervalos frecuentes, especialmente durante los primeros seis meses.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Los efectos adversos de *valproato de magnesio* se deben al ácido valproico y no al magnesio, con lo que son superponibles a los observados con ácido valproico o valproato sódico. El valproato frecuentemente se combina con otros anticonvulsivantes, por lo que no siempre es fácil determinar el origen de algunas de las reacciones secundarias.

Gastrointestinales: Pueden presentarse náusea y vómitos, más comúnmente observados al inicio del tratamiento. Se han observado también diarrea, cólico abdominal y, en ocasiones, constipación. También se ha presentado anorexia, pérdida de peso y aumento del apetito y del peso. Estos efectos generalmente son pasajeros, y, rara vez, requieren la suspensión del tratamiento.

Sistema nervioso central: Puede presentarse sedación, aunque es más común en el tratamiento combinado. Rara vez se ha observado ataxia, cefalea, nistagmo, diplopía, temblor, disartria, mareo e incoordinación.

Dermatológicas (> 5% en estudios controlados): Pérdida transitoria del cabello, rash cutáneo, fotosensibilidad, prurito. En raras ocasiones (< 1%) se ha observado eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson.

Psiquiátricas (> 5% en estudios controlados): Trastornos emocionales, depresión, agresividad, psicosis, hiperactividad.

Musculosqueléticas: En ocasiones puede presentarse debilidad.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: La sobredosis puede dar como resultado la presencia de somnolencia, bloqueo cardíaco y coma profundo. También se han presentado inquietud motora, alucinaciones visuales, asterixis (*tremor*) y muerte.

Tratamiento: Valproato se absorbe muy rápidamente; la eficacia del lavado gástrico varía dependiendo del tiempo de ingesta y el momento del lavado. Utilizar medidas generales de soporte y mantener cuidadosamente una excreción urinaria adecuada. Se han utilizado hemodiálisis y hemoperfusión. Naloxona ha revertido los efectos depresores sobre el SNC. Pudiera en teoría hacer reversibles los efectos anticonvulsivos; actuar con precaución.

CARBAMAZEPINA

Este medicamento está indicado para el tratamiento de la epilepsia, trastornos de conducta por disfunción cerebral, neuralgias del trigémino y del glossofaríngeo.

Este medicamento se ha utilizado mucho en nuestro país para los trastornos conductuales del niño hiperactivo, pero por sus efectos colaterales (somnolencia, dermatitis, distonías, trombocitopenia, trastornos en la concentración y memoria, etcétera), así como también por su menor capacidad terapéutica del metilfenidato, no se justifica su uso como medicamento de primera línea.

Este medicamento posee también utilidad en los trastornos conductuales del epiléptico como disforias, viscosidad psicoafectiva y agresividad.

En la epilepsia del lóbulo temporal mejora en la profilaxis de los trastornos psíquicos, aunque puede observarse empeoramiento del estado psíquico cuando el paciente toma *carbamazepina*; por otro lado, se ha visto mejoría conductual en el epiléptico sin modificación alguna de las crisis.

Además, se ha empleado en trastornos de carácter, en pacientes que no son epilépticos, ni clínica ni electroencefalográficamente, con resultados por el momento dudosos. Este medicamento es de gran utilidad en neuralgia como la diabética; sin que posea capacidades analgésicas propiamente dichas.

También se ha recomendado su empleo en ataques incoercibles de hipo y en distonías infantiles.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Ciertos tipos de reacciones adversas pueden ocurrir en ocasiones o a menudo, sobre todo al comienzo de la medicación con *carbamazepina*, al dar dosis demasiado altas o al tratar a pacientes de edad, por ejemplo, efectos colaterales en el Sistema Nervioso Central (mareos, cefaleas, ataxia, somnolencia, fatiga, diplopía); trastornos gastrointestinales (náuseas, vómito) y reacciones cutáneas alérgicas. Los efectos secundarios relacionados con la dosis suelen remitir a los pocos días espontáneamente o tras reducir la posología de modo

transitorio. La aparición de efectos colaterales a nivel del Sistema Nervioso Central, pueden ser la manifestación de una sobredosificación relativa o de una fluctuación significativa en los niveles plasmáticos.

ANEXO 2

CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: Iván

Edad: 7 años

Escolaridad: 2° primaria

Descripción del paciente

Iván es un niño de estatura baja y complexión delgada, tez blanca, cabello negro, ojos café oscuro, cejas negras, nariz delgada y boca pequeña. Su tono de voz es audible, su lenguaje es coherente y ocasionalmente incongruente con el contenido y curso de pensamiento. Muestra aplanamiento afectivo, la madre solo se dirige a él para regañarlo, Iván parece por momentos no comprender y por ello no cambiar su conducta. Durante la aplicación de pruebas se muestra confundido, su pensamiento se encuentra desordenado, relaciona temas fuera del contexto y se distrae constantemente. Durante los momentos de juego repite la desorganización, no logrando elaborar un juego; se mantiene en el nivel de exploración.

Antecedentes

La madre reporta que desde el tercer año de vida comenzaron a manifestarse problemas de conducta, ella lo relaciona con la muerte del abuelo materno, quien se encargaba de los cuidados del niño.

Historia personal

Iván es producto de un embarazo no planeado y tampoco aceptado debido a que ambos padres estaban estudiando. Durante el embarazo no se presentaron problemas de salud, pero la madre refiere que “existía mucha tensión emocional”. Nació vía cesárea, siendo un bebé postmaduro, con una semana de retraso, lo que la madre interpreta como que ‘el bebé no quería nacer, quería quedarse en la panza’, refiere también que permaneció varios días en incubadora.

Se alimentó de seno materno hasta los 2 años, la madre refiere que en un principio le daba fórmula porque ella no tenía suficiente leche y después no lo quería dejar¹. De los primeros años reporta que el niño lloraba

¹ Hasta aquí se han detectado algunas incongruencias en la información reportada por la madre, por una parte el bebé al ser postmaduro no tendría razón para permanecer en incubadora, más bien tendría que haber estado bajo observación o vigilancia médica. Por otra parte, debido a que ella no tenía suficiente leche le daba fórmula, sin embargo lo alimentó hasta los dos años. Al cuestionarle a la señora la información, siempre la afirmaba contundentemente, sin lograr darse cuenta de que había incongruencias.

mucho, sin embargo ella no se desesperaba porque lo veía como si fuera un “gatito”, ya que cuando estaba tranquilo tendía a jugar colgándose de su cuello y parecía un cachorrito. La señora ejerció el maternaje desde el nacimiento hasta el primer año, cuando comenzó a trabajar, posteriormente el niño quedó a cargo del bisabuelo, la madre refiere que este lo sobreprotegió debido a que le daba todo lo que él quería; así también refiere que el niño comenzó a hablar y dejó el pañal durante esta época.

Durante el segundo año de vida, ingresó en la escuela donde trabajaba su mamá, el niño hacía berrinches porque quería estar con su madre y no quería quedarse en su salón; lo cual le ocasionaba problemas a la madre y generaba un ambiente de tensión en el trabajo.

Durante el tercer año de vida murió el bisabuelo materno (quien se encargaba de cuidar al niño) debido a un accidente cardiovascular que fue presenciado por el niño. El niño le llamaba papá a su bisabuelo; el señor permaneció varios días en el hospital y aunque Iván expresaba curiosidad por saber donde se encontraba no se le explicó, finalmente se le dijo que ‘se había ido al cielo’.

Posteriormente a la muerte del bisabuelo el padre biológico se acercó al niño con la intención de ejercer su función, el niño constantemente le decía a su madre que le gustaba tener una familia; la convivencia abarcó el periodo de los tres hasta los seis años, la separación fue debido a que el señor se fue a Estados Unidos.

Iván ingresó a primero de kinder, pero no lograba hacer las actividades del resto del grupo por lo que decidieron regresarlo a maternal; en ese periodo comenzó a mostrar conductas de un niño menor. La madre decidió cambiarlo de escuela y lo inscribió en una escuela de monjas, donde le refirieron que no obedecía a la maestra y le recomendaron que “lo enviara a una escuela oficial”². En tercero de kinder las maestras ‘bombardeaban con que Iván tenía algo’ y debía ir a consulta; las quejas eran porque no se incorporaba al grupo; la madre refiere que el niño ‘empezó a cerrarse, no le contaba nada’.

En primero de primaria, reporta la madre que ‘le tocó una maestra exigente’, por lo que ella lo tuvo que apoyar y aprendió a leer, sin embargo los reportes por problemas de conducta no cesaban.

² La madre relata que las monjas eran muy estrictas y se presentaban conflictos constantes, en ésta época Iván frecuentemente era castigado y separado del grupo, la madre también recibía regaños por parte de las monjas quienes le decían que debía ser más estricta con el niño. La sugerencia de cambiarlo a una Escuela Pública, era sustentada por la creencia de que la exigencia y el control de los alumnos es menor en estas Instituciones, por lo que Iván “no tendría problemas”.

Actualmente reporta que 'ya no lo quieren en el salón' porque no obedece, trata de hacer lo que quiere, es agresivo con los niños mayores, tiende a retarlos, también es desobediente y desafiante con la maestra. En una ocasión dijo que los sábados un señor le pegaba a su mamá, cosa que no es cierta. En otra ocasión, cuenta la madre que la maestra se encontraba dándole quejas del niño e Iván le dijo 'ya déjenla, el problema soy yo, mi mamá se deja de comprar zapatos por comprar mis libros'.

Iván duerme en una cama propia desde los cuatro años, cuando nació su hermana. Una de las actividades favoritas del niño es bañarse en la tina que utilizaban cuando era bebé, la señora explica que debido a la disposición de tiempo, entre semana ella se baña con sus hijos, sin embargo los fines de semana 'lo mete en su tina de bebé' y se queda ahí por horas.

Historia familiar

El padre tenía 23 años al momento del nacimiento de Iván; la madre lo describe como un hombre agresivo con problemas de carácter. Actualmente vive en Estados Unidos y ocasionalmente tiene contacto vía telefónica con el niño.

La madre tenía 21 años al momento del nacimiento del niño, se encontraba estudiando turismo y abandonó la carrera, posteriormente estudió una carrera técnica para ser auxiliar en puericultura, actualmente trabaja en un jardín de niños; ella se encarga de sostener el hogar.

Debido a que ambos se encontraban estudiando en el momento del embarazo, decidieron no contraer matrimonio y romper con su relación. El abuelo de la señora (a quien llama papá) le ofreció apoyo y le ayudó con el cuidado del niño hasta que murió. Iván llamaba a su bisabuelo 'Papá Lupe'.

La señora sostuvo una relación sentimental durante tres años con el padre de su hija, la convivencia era buena y aunque Iván no lo aceptaba y se ponía celoso de él, lo extrañó cuando se separaron, pedía ir con él para poder jugar. La señora terminó con esta relación cuando se enteró que estaba embarazada.

La señora refiere que Iván fue 'el primero en saber' que se encontraba embarazada; en varias ocasiones el niño le había dicho que quería un hermanito, un día que la señora se sintió mal el niño le dijo 'acuéstate porque vas a tener un bebé', la señora no había tenido ningún síntoma, pero una semana después se hizo una prueba que resultó positiva. La señora cuenta con sorpresa que no se explica 'cómo fue que Iván supo',

agrega que piensa que tiene algún don especial porque logró saber acerca del embarazo antes que ella.

Durante el embarazo la señora le preguntaba al niño que le gustaría que fuera el bebé, una niña o un niño. Iván le decía que iba a ser una niña, la señora refiere que no sabe 'como le hizo Iván, para que fuera niña'. En esa época el niño le decía a su madre que él sería el padre de su hermana. Actualmente el niño se encarga del cuidado de la niña y 'se pone feliz' cuando ésta le dice papá.

Iván vive con su madre y hermana en la casa de su bisabuelo, la cual comparten con un tío del niño, su esposa y sus cinco hijos. El niño constantemente tiene conflicto con los otros niños porque le rompen sus juguetes o se pelean por el espacio en el patio.

PRUEBAS APLICADAS

- Test gúestáltico visomotor de L. Bender
- Dibujo de la Figura Humana
- Test de la familia
- Frases incompletas
- Escala de inteligencia Weschler para niños. WISC-R

RESULTADOS

Área grafoperceptual

En el test de Bender, Iván obtuvo un nivel de madurez que corresponde a una edad entre 6 años y 6 años 5 meses; siguiendo su patrón de desarrollo y maduración, de acuerdo a lo esperado para su edad se encuentra en la primer desviación estándar por lo que se considera que presenta un nivel perceptomotor normal.

Sin embargo se observó dificultad para organizar los estímulos, lo cual repercute en su desempeño ya que la ansiedad que le genera una situación novedosa obstruye la adecuada ejecución e interfiere en la organización de los procesos de pensamiento en general.

Área intelectual

El coeficiente intelectual de Iván es de 83, esto indica que su desempeño se encuentra en un nivel normal bajo. Las puntuaciones se presentan a continuación:

ESCALA VERBAL	Puntaje
----------------------	----------------

	normalizado
Información	8
Semejanzas	5
Aritmética	5
Vocabulario	8
Comprensión	7
(Retención de dígitos)	(9)
TOTAL	33

ESCALA DE EJECUCIÓN	Puntaje normalizado
Figuras incompletas	8
Ordenación de dibujos	7
Diseño con cubos	9
Composición de objetos	13
Claves	6
(Laberintos)	(7)
TOTAL	43

	CI	
ESCALA VERBAL	79	Limítrofe
ESCALA DE EJECUCIÓN	90	Normal
TOTAL	83	DEBAJO DE LA NORMA

Como se puede observar, las capacidades mostradas en la escala de ejecución se encuentran dentro de los parámetros normales de los niños de su edad; sin embargo la discrepancia que existe en relación con la escala verbal indica una alteración que dificulta su desempeño en esta área lo cual está impidiendo que desarrolle su potencial y su rendimiento general se vea disminuido.

El puntaje más alto se presentó en las siguientes subescalas: retención de dígitos (correspondiente a la escala verbal) y composición de objetos (correspondiente a la escala de ejecución). Esto refleja una adecuada memoria a corto plazo, lo cual facilita el recuerdo de eventos e información. Por otra parte, el puntaje mas alto en la escala de ejecución muestra que Iván presenta una adecuada coordinación visomotora, métodos de ensayo y error exitosos así como persistencia al realizar las tareas.

Es importante resaltar que en ambas subescalas la interacción con el niño fue constante y se observó menos ansioso que en otras actividades, intentando jugar con los ejercicios, en dichos momentos se le recordaban las reglas y las respetaba, mostrándose un adecuado desempeño.

Los puntajes bajos se presentaron en las subescala de semejanzas, aritmética (correspondientes a la escala verbal) y claves (correspondiente a la escala de ejecución), lo cual indica dificultad para establecer relaciones entre dos o más objetos, pensamiento concreto, dificultad en los procesos de pensamiento, así como rigidez, lo cual le dificulta el adecuado rendimiento. Ante situaciones que le generan ansiedad tiende a desorganizarse por lo que se le dificulta emitir la respuesta adecuada, ya que un estímulo parece desencadenarle una serie de recuerdos o asociaciones que lo distraen del objetivo inicial.

Área emocional

En ésta área es donde se encuentran más datos significativos acerca del comportamiento de Iván.

El niño muestra una confusión general, se observó dificultad para diferenciarse de otras personas, así como para distinguir el origen de diversas conductas realizadas por él mismo. Muestra curiosidad en el medio y trata de despejar sus dudas, sin embargo las respuestas que recibe son diversas, desde la ansiedad y el enojo que le proyecta su madre, hasta reacciones agresivas de otros niños y adultos.

Como se mencionaba en la parte intelectual, se observó que un estímulo puede desencadenarle una serie de recuerdos que lo confunden y su lenguaje comienza a ser incoherente en relación con la idea inicial. En ciertos momentos, cuando se le señala la incongruencia en la que se encuentra, se muestra confundido y no logra explicar lo sucedido.

Este patrón de respuesta se observó más frecuentemente ante actividades que le generan ansiedad, lo cual es muy posible que le suceda en el ámbito escolar y se desorganice, lo cual produce que no logre interactuar adecuadamente con sus compañeros ni maestros.

Al igual que en ciertos momentos no logra explicar aquello que verbaliza, sucede con su conducta, lo cual produce que por momentos pierda la conciencia de sus actos y golpee a otros compañeros o desobedezca las ordenes, sin embargo esto no es producto de una conducta opositora o retardadora, sino más bien del poco control de su conducta y la pérdida de contacto con la realidad; aunque momentos después retome dicho contacto, es frecuente que no logre explicar las causas de su conducta.

Estas conductas corresponden a un nivel de desarrollo inferior al esperado para la edad del niño, lo cual remite a la existencia de una perturbación en el desarrollo emocional, que repercute en el desempeño intelectual.

Conclusiones

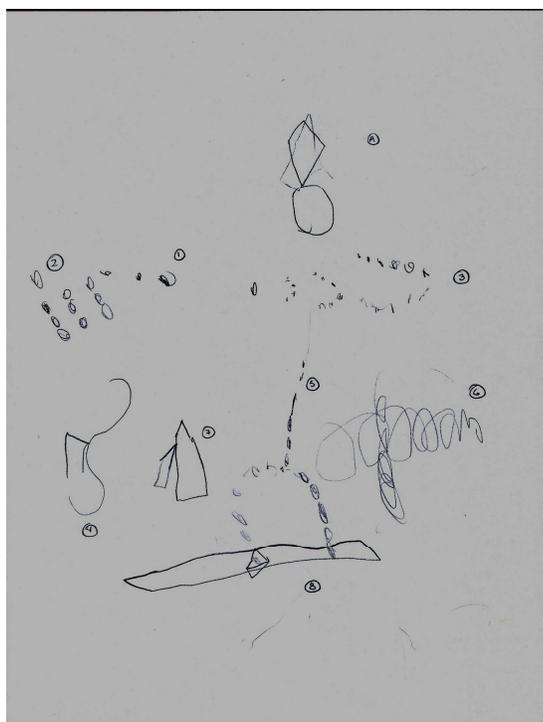
Iván cuenta con las capacidades intelectuales que le permiten un adecuado desempeño escolar, sin embargo en su historia de desarrollo han existido varios momentos de pérdida (p.e. la muerte de su bisabuelo, a quien reconocía como su padre; separación de su padre biológico y del padre de su hermana) que no ha logrado elaborar. Al mismo tiempo, la dinámica familiar en que se desenvuelve le genera confusión por lo que no logra comprender el papel que le corresponde dentro de la familia, ni aquello que se espera de él en otros ámbitos. Aparentemente la madre es una fuente de angustia, ya que transmite su preocupación desmedida por la difícil situación económica y familiar, a lo que el niño reacciona tratando de tomar un papel de adulto, como padre de su hermana e intentando solucionar los problemas de su madre; abandonando el papel de niño e intentando ser un adulto, lo que le genera mayor confusión.

Las situaciones que le generan ansiedad, le producen una gran desorganización y en ciertos momentos dificultad para diferenciar la realidad de la fantasía. Hasta ahora estos mecanismos le sirven como una defensa ante la angustia que le producen las situaciones externas, por ello es importante que el niño cuente con apoyo que le permita hacer frente a la angustia y de ahí lograr organizar sus pensamientos e interactuar adecuadamente con el medio.

Sugerencias de tratamiento

- Terapia psicológica individual para Iván, en sesiones dos veces por semana, con lo cual se le proporcionará un espacio donde pueda organizarse y desarrollar mecanismos más adecuados para hacer frente a la angustia.
- Orientar a la madre acerca de las necesidades del niño.
- Que la madre inicie un proceso terapéutico, para que elabore su situación familiar y cuente con un espacio donde pueda afrontar la angustia que esto le genera. El objetivo primordial de la terapia de la

madre es que logre organizarse para que pueda ofrecer un ambiente de contención al niño.



Test de Bender

Dibujo de la Figura Humana (DFH)



Mariana jugaba con las muñecas que terminó de jugar a las muñecas que llegó su hermano y le agarró sus cosas, se enojó, que se cayó de las escaleras se había descalabrado, la llevaron al hospital, que fueron y ya estaba muerta.

Se cayó porque era chiquita.

Su hermano se rió porque ya no podía agarrar sus cosas.

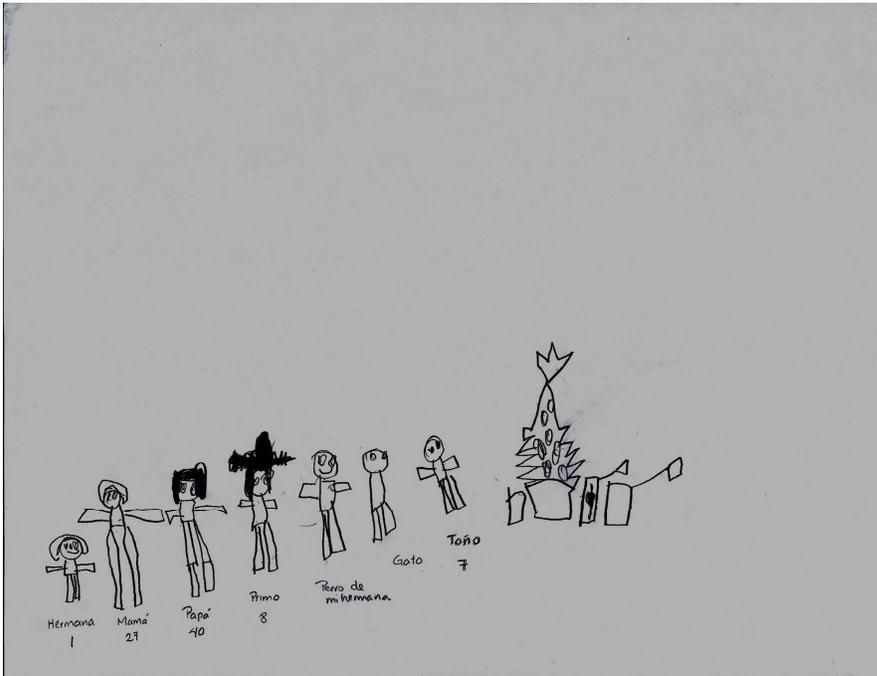
Sus papás le dijeron que le iban a pegar, él se sintió triste.



Que había bajado al refri a preparar su leche y explotó y se quemó el niño y luego fue con su mamá y lo vio que estaba quemado con fuego y se cayó en la tierra y estaba bien quemado.

Su mamá lo llevó al hospital, lo estaban curando y que lo llevaron en una silla de ruedas a que durmiera y ayer no fui..o a la escuela.

No vino a la escuela porque estaba curándose.



TEST DE LA FAMILIA

- Orden

El dibujo fue realizado comenzando con los elementos que aparecen a la izquierda y siguiendo en orden hacia la derecha.

- Nombres y edad

Mi hermana -1 año-, Mi mamá -27 años-, Mi papá -40 años-, Mi primo -15 años- (¿qué tiene en la cabeza?) un sombrero (¿por qué tiene un sombrero?) porque cada día se lo pone (¿para qué?) para un evento (¿qué evento?) de granjero, Mi hermano (¿cuántos años tiene?)... perro de mi hermana (¿?)... perro de mi hermana (este perro parece una persona) no (¿por qué dices que es un perro?) porque no sé hacer perros, otro primo... gato.... (¿esto es un gato?) (asiente con la cabeza) (¿es todo?).... (¿dónde estás tú?).... (hace un dibujo y pone nombre y edad).

- ¿Dónde está la familia?

En la casa

- ¿Qué están haciendo?

Están formados (¿para qué?) -dibuja un árbol de navidad y regalos- (¿qué dibujaste?) un árbol (¿qué son estos?) regalos (¿por qué están formados?) para los regalos.

De esta familia

- ¿Quién es el más bueno y por qué? Hermana, porque da las cosas (¿qué cosas?) papel (¿para qué?) que se la come (¿qué se come?) papel (¿se come el papel?) sí, (¿qué papel se come?) de los Kleenex... queso.
- ¿Quién es el menos bueno y por qué? Gato, porque rasguña (¿quién más podría ser el menos bueno?) primo, porque me poncha mis pelotas.
- ¿Quién es el más feliz y por qué? Mamá, porque tiene dinero (¿qué hace con ese dinero?) compra (¿qué compra?) pantalón (¿para quién?) para el hijo de la mamá.
- ¿Quién es el menos feliz y por qué? El gato, porque a veces no quiere comer (¿por qué no quiere comer?) no sé (¿quién más podría ser el menos feliz?) papá, porque no tiene dinero (¿por qué no tiene dinero?) porque se lo gastó todo (¿en qué?) en irse a Estados Unidos (¿desde cuándo?) desde ayer (¿con quién se fue?) con... nada más.
- ¿Qué persona te cae mejor y por qué? –Señala a todos- (escoge solo uno) el gato porque a veces no rasguña (¿quién más?) mamá porque me da dinero.
- ¿Qué persona te cae menos bien y por qué? Mi primo, porque no sé (¿qué sientes por él?) que me poncha mis pelotas.
- ¿Quién está triste y por qué? Mi pri... mi papá, porque se fue a Estados Unidos.
- ¿Quién está enojado y por qué? Miguel, mi primo porque no pudo jugar (¿qué no pudo jugar?) cuando está jugando y no me deja jugar (¿entonces quién está enojado Miguel o tú?) él.

Imagina que ésta familia tiene que hacer un viaje, pero uno de los miembros tiene que quedarse.....

- ¿Quién se queda? El gato... mi hermana.
- ¿Por qué? Porque no hace maldades.
- ¿Quién lo decide? Nadie (¿cómo la eligen a ella?) eligiéndola (¿quién la elige?) mi papá.

Alguien de la familia hizo una travesura.....

- ¿Quién fue? Mi mamá
- ¿Qué hizo? Que me pegué... que me jaló y me pegué (¿dónde te jaló?) en el brazo (¿tú donde te pegaste?) en la cabeza (¿te dolió?) sí (¿cuándo fue?) ayer
- ¿A quién van a castigar? A mi mamá (¿quién la va a castigar?) No sé (cuál sería el castigo?) No sé.

Si te pidiera que hicieras de nuevo tu dibujo ¿Qué le cambiarías? Una casa (¿cómo?) ponerles una casa.

Si te pidiera que borraras a alguien ¿A quién borrarías? Perro, al gato, mi primo.

FRASES INCOMPLETAS PARA NIÑOS

1. Si yo fuera más grande crecería hasta alto... como los payasos que tienen un palo en las piernas para crecer, ser más grande. Para ser un payaso.
2. Me gustaría crecer más alto.
3. Si yo supiera solamente jugar.
4. Odio a mis papás... papás hombres son malos porque no hacen nada... en lugar de estar jugando deberían de comer. No hacen caso, no se meten a donde les digo, hasta el fondo del mar, para que me consigan conchas.
5. Cómo me gustaría vivir.
6. Una vez me caí en el charqueaso de agua.... Se resbaló el niño, se raspó... El niño.... Perro.
7. Lo que me entristece me pongo feliz.... Jugando con mi mamá.
8. Algún día podría jugar bien... corriendo en el patio.
9. Extraño tanto a mi hermana... porque fui a Xochimilco, fui a pescar.
10. Quiero ir a la playa.
11. Cuando estoy solo juego.
12. Quiero ver un juguete.
13. Antes me gustaba el mar... porque me hundo, porque es grande y uno se puede detener.
14. Me gustaría ser un chico grande... para jugar futbol con mi hermana.
15. Si yo fuera más inteligente podría hacer todas las cosas.
16. Quiero a mis papás.
17. Las niñas están jugando con las muñecas.
18. Mis amigos creen que soy un feo... porque no juegan.
19. Lo que más me gusta la comida.
20. Deseo saber de la estrella fugaz.
21. Cuando sea mayor voy a tener hijos.
22. Mi papá y mi mamá son hijos.
23. Me siento como un caballo.... Porque muerden.
24. Me enoja porque me regañan.
25. A veces pienso que seré mayor.
26. Yo sueño con ángeles.
27. Mi madre no quiere jugar.
28. Cuando me despierto empiezo a llorar.
29. Dios es bueno.
30. Los niños son malos.
31. Tengo miedo de correr.
32. Lo que me enoja es malo.
33. A otros niños y niñas sí les permiten jugar.
34. Mi padre no es malo.
35. Estoy celoso de gatos.
36. Me parezco a los bebés.

37. Pienso mucho en bebé.
38. Estoy orgulloso de ser bebé.
39. Otra gente piensa que soy un chico malo.
40. Me da pena porque tiré un vidrio.
41. Yo trato de jugar bien.
42. Me divierto con mis amigos.
43. A veces me siento desdichado porque no tengo nada de comer.
44. Cuando llegue a mi casa voy a jugar.
45. Cuando alguien de mi familia está enfermo se pone triste.
46. Si otra persona me golpea yo le pego.
47. Cuando la gente viene a visitarme a casa no pega.
48. A la hora de la comida mis papás me regañan.
49. Me asusta estar celoso.
50. Si yo veo a un perrito quejándose en el frío lo agarro.
51. Me gusta ser ... Travieso.
52. Cuando juego me caigo.
53. Si no obtengo lo que quiero en casa a fuerzas me lo compran.
54. Cuando me lastimo en algún lado me curan.
55. Creo que tengo habilidad para reír.
56. Lo que menos me gusta de la gente que me pegue.
57. Yo pienso que mis amigos son malos.
58. Me gustaría cambiar como niño.
59. A veces me castigan porque soy malo.
60. Comparada con otras familias, la mía es linda.

ANEXO 3

CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: Pavel

Edad: 8 años

Escolaridad: 3° primaria

Descripción del paciente

Pavel es un niño de estatura media y complexión delgada (aproximadamente 1.30 mts. y 30 kgs.), tez morena, cabello negro, ojos café oscuro, cejas negras, nariz delgada y boca pequeña. Su tono de voz es bajo y monótono, por momentos inaudible y habla entre dientes, su lenguaje es coherente y congruente con el contenido y curso de pensamiento. Muestra interés por el medio, respetando límites y solicitando permisos. El animo se nota ligeramente deprimido, esto observado en función de su tono de voz y el relato que hace de la relación con sus compañeros; cuenta que constantemente se burlan de él y le llaman pinocho, al preguntarle el motivo de éste apodo contesta 'dice mi mamá que es porque tengo la nariz chueca', él no está de acuerdo con esa percepción. También cuenta que las niñas 'molestonas' lo empujan y eso le da mucho coraje. Se muestra seguro ante las actividades y atento a las indicaciones, realiza las actividades de manera cuidadosa. Aparenta encontrarse constantemente a la espera de instrucciones y se muestra rígido cuando las actividades son poco estructuradas.

Antecedentes

La madre refiere que aproximadamente a los 3 ½ años notaron que el niño era muy inquieto y no lo podían controlar por lo que a veces le pegaban, por dicho motivo la señora cree que ahora se pone triste cuando lo regañan.

Ocasionalmente la señora relaciona las dificultades de conducta del niño con la manera en que lo tratan y la estabilidad en la relación familiar, diciendo que cuando las cosas están bien, él está contento y dispuesto.

A Pavel le extirparon un testículo al año y medio debido a que le detectaron un tumor, actualmente tiene una prótesis. La señora no abordó el tema de la enfermedad del niño y su posterior operación de manera espontánea, sin embargo cuando se le preguntó dijo que ella a partir de las complicaciones que tuvo al año 9 meses lo empezó a consentir y a proteger sin hacer caso de las sugerencias del esposo quien le decía que no le podía dar todo ni protegerlo de todo.

La señora refiere que el año pasado, Pavel les pegaba a sus compañeros, justificando que lo hacía para defenderse de las burlas.

Historia personal

Pavel es hijo único. A la madre le diagnosticaron linfoma de Hodgkin durante el 5° mes de embarazo por lo que recibió quimioterapia y la vida del niño se encontró en peligro, sin embargo se logró un buen control médico y el niño nació a los 9 meses, para lo cual se hizo uso de fórceps.

Estuvo internado por 5 días para llevar un seguimiento de su salud. La señora no lo alimentó con leche materna debido al tratamiento que había recibido.

La madre permaneció al cuidado de Pavel durante los primeros tres meses, posteriormente la abuela materna se encargó de los cuidados ya que la madre regresó al trabajo. El padre permanecía con el niño poco tiempo ya que conjugaba su trabajo con algunos cursos para finalizar su carrera (ingeniería), por lo que permanecía la mayor parte del tiempo fuera de casa, esta situación permanece hasta la actualidad y el padre aún no logra concluir la escuela.

Al año y medio le detectaron a Pavel un sarcoma en etapa inicial por lo que tuvieron que extirparle un testículo, colocándole una prótesis y le informaron a la señora que tenía que estar bajo vigilancia ya que podría desarrollar tuberculosis. La señora responsabiliza al padre de que se le hubiera practicado esta operación, ya que de acuerdo a ella, los médicos tomaron la decisión de emergencia, porque no encontraron a ninguno de los padres ya que al señor le correspondía hacer la guardia de ese día y salió por un momento.

Al año 9 meses se presentaron complicaciones en el tratamiento ya que el niño desarrolló una infección por lo que estuvo una semana internado 'a punto de morir'. En esta época la señora tuvo una recaída en su salud y ella lo atribuye a que pensaba que si el niño se moría ella también se quería morir. Posteriormente a este periodo la madre refiere que comenzó a consentirlo mucho ya que no quería que volviera a sufrir.

A los cuatro años el niño ingresó al kinder y en esta etapa, reporta la madre que Pavel se autoagredía además de que la maestra no lo podía controlar. En el segundo año de kinder 'la maestra terminó odiándolo' (sic madre) por su mal comportamiento. En el tercer año de kinder recibió el apoyo de CAPET, lo cual fue de ayuda para el niño.

Durante la mayor parte de primero de primaria tuvo bajo promedio y la maestra reportaba que 'no lo aguantaba', se le informó a la madre que era

muy probable que el niño reprobara el año por lo que la señora lo cambió de escuela y de turno (al vespertino), logrando aprobar.

Tanto en el último año de kinder como en el primero de primaria se le sugirió a la madre que llevara a Pavel con un neurólogo para que le hiciera estudios y así lo hizo; dicho neurólogo le sugirió medicarlo, sin embargo la señora no aceptó el tratamiento.

En segundo año el niño comenzó a ser más inquieto y la señora recibía quejas de la maestra ya que Pavel le pegaba a otros niños, esta conducta la madre la atribuía a que se defendía de las burlas de los compañeros por el tamaño de la nariz del niño y le apodaban 'pinocho'.

Ninguno de los padres le ha hablado espontáneamente a Pavel de la enfermedad que tuvo y la consecuente operación; el niño le preguntó en una ocasión a la madre por qué tenía 'una bola', refiriéndose a la prótesis; la madre le contestó que había tenido cáncer cuando era pequeño y le habían quitado un testículo 'pero le quedaba el otro'; posteriormente Pavel le comentó al papá que tenía nada más un testículo pero le quedaba el otro y por eso tenía una bola. El padre expresa preocupación porque el niño no desea ir al baño antes de irse a dormir, aunque nunca se ha orinado en la cama, le preocupa que el niño se duerma sin haber ido al baño.

La madre de Pavel dice que en la escuela nadie sabe de la operación del niño y ella le ha dicho que 'no diga nada ya que los niños son muy burlones y no tienen por qué saberlo'.

Historia familiar

El padre de Pavel es técnico y trabaja en un hospital, por la tarde-noche estudia ingeniería eléctrica. La madre trabaja como cajera en una farmacia. Ambos aportan para la manutención del hogar y cuidan al niño en los días que tienen de descanso, la convivencia entre la pareja es poca. La abuela materna participa en el cuidado de Pavel.

En la casa donde habitan, vive la abuela materna, una tía de 39 años y su hijo de 14, otra tía de 36 años quien tiene retraso mental y un tío de 31 años. Ocasionalmente los visita una prima de 2 años de edad, con quien rivaliza desde que ésta nació.

Los padres de Pavel se conocen desde hace 13 años, tras 4 años de noviazgo la señora quedó embarazada ya que dejó de tomarse las pastillas anticonceptivas. Tenían planes de boda y de formar una familia, sin embargo según refiere la señora las fechas se invirtieron; ellos tenían pensado casarse en junio y embarazarse en diciembre, finalmente se embarazó en junio y se casaron en noviembre, un día después de la boda

le informaron a la señora que tenía cáncer y comenzó con sus quimioterapias.

La señora habla con resentimiento de que el padre de Pavel ha tomado como prioridad sus estudios y la ha dejado a ella resolver las dificultades producto de la enfermedad del niño. La señora utiliza frases como 'a partir de que Pavel se enfermó lo hice a un lado – refiriéndose a su esposo –'. El señor participa poco en la educación del niño ya que pasa gran parte del tiempo fuera de su casa.

La señora refiere que ambos son de carácter fuerte por lo que desde el noviazgo tuvieron constantes discusiones, sin embargo los problemas más severos comenzaron a partir de la enfermedad del niño.

Cuando Pavel tenía 3 años, la pareja se separó por primera vez, la señora regresó a vivir a la casa de su madre y permanecieron separados por año y medio. Posteriormente se volvieron a separar por un par de meses y la última vez que sucedió esto fue hace aproximadamente año y medio, la señora relaciona la fecha de la ruptura con el inicio de una relación con otra mujer por parte de su esposo, de la cual se enteró hace poco menos de un mes.

De estas separaciones, la más significativa para el niño fue la última ya que los padres intentaron no informarle, sin embargo éste preguntaba a dónde iba a ir su papá y qué pasaría si no regresaba, pidiendo que no se fuera del hogar.

El padre dice que Pavel es manipulador y sus problemas son porque cree que las cosas se van a hacer como él dice; el señor refiere que lo que ha faltado es ponerle límites.

La señora dice que el niño no obedece y se porta mal, además de que cuando se le pide haga algo, muestra desacuerdo y hace gestos de inconformidad. A la señora le preocupa la próxima entrada en la adolescencia, ya que piensa se puede volver muy rebelde.

PRUEBAS APLICADAS

- Test gúestáltico visomotor de L. Bender
- Dibujo de la Figura Humana
- Test de la familia
- Test de apercepción temática infantil. CAT-A
- Escala de inteligencia Weschler para niños. WISC-R
- Escala de evaluación de la percepción visual de Frostig. DTVP-2

RESULTADOS

Área grafoperceptual

En el test de Bender, Pavel obtuvo un nivel de madurez que corresponde a una edad entre 7 años y 7 años 5 meses; siguiendo su patrón de desarrollo y maduración, de acuerdo a lo esperado para su edad se encuentra en la primer desviación estándar por lo que se considera que presenta un nivel perceptomotor normal.

En la prueba de Frostig se encontró en términos generales un desarrollo de la percepción visual de acuerdo a su edad; sin embargo se detectó un ligero retraso en la coordinación visomotriz, esto es, en la capacidad de coordinar la visión con los movimientos del cuerpo, así como en la discriminación de fondo-figura, lo cual se encuentra relacionado con dificultades en la concentración. A pesar del retraso hallado, Pavel ha desarrollado estrategias para que no afecte su desempeño ni aprendizaje.

Área intelectual

El coeficiente intelectual de Pavel es de 102, esto indica que su desempeño se encuentra en un nivel normal. Las puntuaciones obtenidas se presentan a continuación:

ESCALA VERBAL	Puntaje normalizado
Información	9
Semejanzas	7
Aritmética	11
Vocabulario	12
Comprensión	11
(Retención de dígitos)	(8)
TOTAL	50

ESCALA DE EJECUCIÓN	Puntaje normalizado
Figuras incompletas	9
Ordenación de dibujos	11
Diseño con cubos	12
Composición de objetos	10
Claves	12
(Laberintos)	(8)
TOTAL	54

	CI	
ESCALA VERBAL	100	Normal
ESCALA DE EJECUCIÓN	105	Normal
TOTAL	102	NORMAL

Como se puede observar, las capacidades de Pavel se encuentran dentro de los parámetros normales de los niños de su edad; existe uniformidad en las habilidades para todas las subescalas, esto es, tanto para la escala verbal como la de ejecución existe un desempeño normal.

El puntaje más alto se presentó en las siguientes subescalas: vocabulario (correspondiente a la escala verbal), diseño con cubos y claves (corresponden a la escala de ejecución). Esto refleja el nivel adecuado de desarrollo del lenguaje, así como su capacidad para actividades que requieren desempeño verbal; a su vez, refleja la estimulación por parte del medio y su interés por adquirir conocimientos. Por otra parte, los puntajes altos en la escala de ejecución muestran que Pavel presenta un adecuado desempeño en actividades que requieren esfuerzo motriz, posee habilidad para formar conceptos, buena orientación espacial y capacidad de concentración.

Los puntajes bajos indican dificultad para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos o más objetos o conceptos, rigidez en los procesos de pensamiento, actitudes negativas y dificultad para planear.

Es importante señalar que una constante observada en Pavel durante la evaluación es intentar proporcionar la respuesta correcta en función de lo que cree que el examinador desea; ante los estímulos que ofrecen un modelo o un parámetro a copiar, realiza los ejercicios de manera adecuada, como se muestra en su buen desempeño para las subescalas de diseño con cubos y claves. Sin embargo en las actividades donde el estímulo es menos estructurado o requiere de una operación mental distinta a la copia o memoria, se muestra confundido y disminuye la habilidad en su desempeño.

Área emocional

En ésta área es donde se encuentran más datos significativos acerca del comportamiento de Pavel.

El niño se encuentra en la formación de una identidad propia, por lo que atiende mucho a las expectativas y deseos que se posan sobre él para tratar de cubrirlos y satisfacer al otro (principalmente los padres y

personas significativas); se identifica con su primo e imita algunas actitudes de él.

Percibe al medio ambiente como amenazante; debido a que no ha logrado formar una identidad propia e identificar sus deseos, así como el medio para satisfacerlos, reacciona de manera agresiva, lo cual es reflejo de su frustración y enojo. Manifiesta conflicto en cuanto a la expresión de sus emociones, la mayor parte de ellas las contiene.

A su vez existe conflicto en cuanto a las relaciones familiares, Pavel percibe desacuerdos y discusiones que no se le explican ni se le comunica lo que sucede, por lo que le angustia la dinámica pero no expresa sus dudas para no ser sancionado. Existe un conflicto en la relación del niño con sus padres; la relación con su madre le genera ambivalencia y confusión, por momentos se siente atrapado en el deseo y la exigencia de esta, mientras que su padre permanece distante; Pavel disfruta de la convivencia con su padre y añora una mayor cercanía con esta figura. El niño se encuentra confundido acerca de su papel dentro de la familia.

Los padres han vetado una parte de la historia del niño, aquella que se relaciona con el sarcoma detectado en los primeros años de vida y la consecuente operación; de esta manera el niño no ha logrado elaborar lo relacionado con su enfermedad, ha tenido que deducir en función de la información obtenida; teniendo una imagen fragmentada de sí mismo.

Sugerencias de tratamiento

- Terapia psicológica individual para Pavel, en la cual se trabajará la formación de una identidad propia, así como la elaboración de la enfermedad y la pérdida que representa.
- Trabajar en mejorar las relaciones familiares y las formas de comunicación; que los padres asistan a terapia de pareja.
- Orientar a los padres acerca de las necesidades del niño.
- Trabajar con los padres para elaborar lo que significa para ellos la enfermedad del niño.



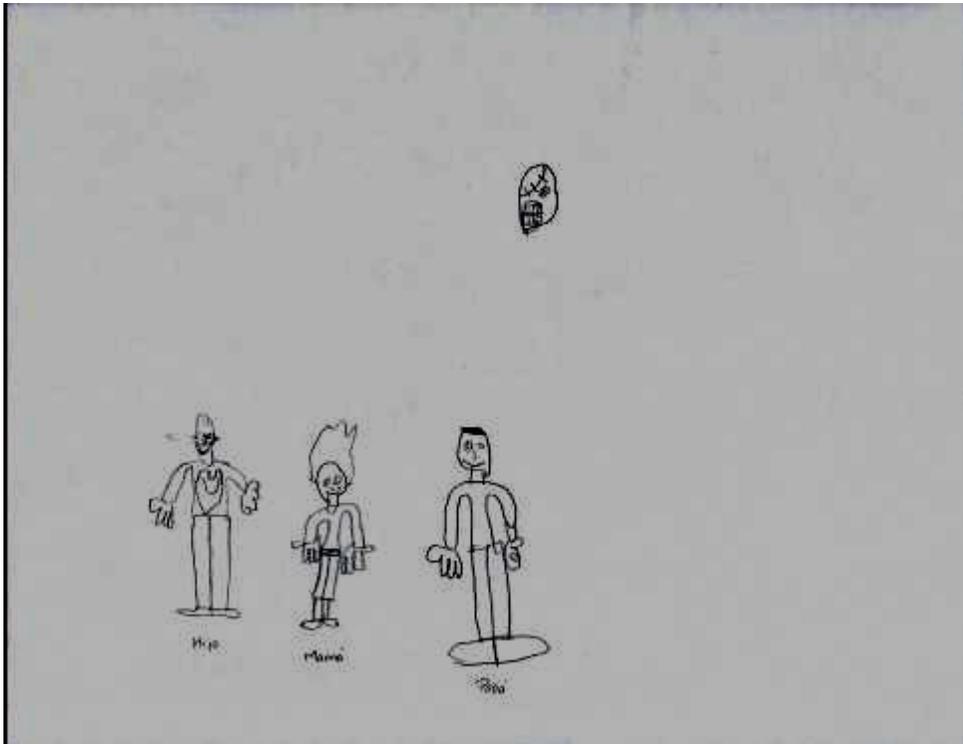
Test de Bender



Es un niño que siempre está jugando con su play, está serio, no se ríe y toca guitarra.



Carmen.
Una persona que siempre la invita a fiestas a bailes y es mamá



TEST DE LA FAMILIA

- Orden

Antes de realizar éste dibujo, hace varios perros y dice que es una familia de perros que tienen manchas y el hijo tiene una mancha en la cola que parece una sonrisa, comienza a reir y pide otra hoja para hacer la familia de personas. El dibujo fue realizado comenzando con los elementos que aparecen a la izquierda y siguiendo en orden hacia la derecha.

- Nombres y edad

Hijo (14 años), Mamá (28 años) y Papá (34 años)... El papá es un científico que se le cayó el pelo.

- ¿Dónde está la familia?

Es una fábrica, fueron de visita a la fábrica del papá.

- ¿Qué están haciendo?

Llegaron caminando y están viendo cómo hacen los robots, no mejor coches convertibles.

De esta familia

- ¿Quién es el más bueno y por qué? La mamá porque es amable, gentil y buena.
- ¿Quién es el menos bueno y por qué? El papá porque se enoja mucho.
- ¿Quién es el más feliz y por qué? El hijo porque siempre juega play station.
- ¿Quién es el menos feliz y por qué? El papá porque siempre está con su carota, no se le puede cambiar.
- ¿Qué persona te cae mejor y por qué? El hijo porque siempre está jugando conmigo.
- ¿Qué persona te cae menos bien y por qué? El papá porque nunca juega, solo dominó y siempre está con su cara.
- ¿Quién está triste y por qué? Nadie, todos están felices, el papá está serio pero feliz. Bueno, la mamá luego se pone a llorar y dice que tiene una basura en el ojo.
- ¿Quién está enojado y por qué? Nadie, todos están felices. Papá porque no lo obedece el hijo

Imagina que ésta familia tiene que hacer un viaje, pero uno de los miembros tiene que quedarse.....

- ¿Quién se queda? La mamá porque el papá va manejando y no puede cuidar al hijo, todos tienen que ir (pero alguno se tiene que quedar) la mamá.

- ¿Por qué? La mamá diría que tiene mucho que hacer en la casa y se quedaría.
- ¿Quién lo decide? Ella lo decidiría.

Alguien de la familia hizo una travesura.....

- ¿Quién fue? El hijo
- ¿Qué hizo? Se llevó el carro-moto de su papá sin permiso.
- ¿A quién van a castigar? A nadie

Si te pidiera que hicieras de nuevo tu dibujo ¿Qué le cambiarías? Nada.

Si te pidiera que borraras a alguien ¿A quién borrarías? No borraría a nadie.

CAT-A.

L1.

Los pájaros fueron de paseo a comer con un tío. (¿dónde?) En un rancho del tío. (¿Qué pasó después?) Después de comer se fueron a su casa, el tío se despidió y los pájaros también, le dijeron 'hasta luego, algún día volveremos a venir'. (¿Quiénes son?) El tío se llama Checo y tiene 40 años, este se llama Pedro y tiene 9 años y Vicente de 15 años.

L2.

El oso.....

Los osos fueron a competir en un concurso de a ver quien se tira primero... bueno jala la cuerda, el que jala más gana y el que se caiga pierde. (¿Quién gana?) Ganan los dos osos juntos porque tienen más fuerza. (pequeño) se llama Luis y tiene 8 años, Diego tiene 34 años y Horacio de 29 años. (¿Qué pasó después?) Se ganan un trofeo de pescados y una copa de oro y un juguete para el niño; es un concurso de millonarios, si no, no se me hubiera ocurrido, me gustan las cosas donde se gana mucho.

L3.

El rey león está pensando en cual sería el otro rey cuando se muera él, está viejito, tiene 80, no, 90 años. En su lugar se va a quedar Martín, primo de 19 años. Se siente triste y piensa ¿cómo será el cielo de los leones?, ¿cómo será el Dios león?... como es fantasía, para no morir se va a ir al lago de la vida y se va a hacer joven, el no se quiere morir.

L4.

Los canguritos salen de paseo, uno en bicicleta y otro de compras. Llegaron a la tienda y compraron carne, el niño es vegetariano, fueron a comprar pepinos vegetales, regresaron a la casa y le dijo la mamá al 'conejito' (jajaja)... ¿cómo se llama?... (jajaja) 'Palitroche' (jajaja) al checo, te voy a poner un babero y él le dijo 'ya no soy un bebé' (¿Qué pasó después?) y no se lo puso.

L5.

Los ositos están durmiendo en la cuna mientras su dueña va a un viaje y no los puede llevar y como va a ir al lago en donde hay pista y como son tentones se pueden caer, por eso no los lleva. Son pequeños y todavía no tienen nombre. Su dueña, la popis, no, la chilindrina (jajaja) le pone sus nombres, Jesús y Rodrigo y viven felices como en todas las historias.

L6.

Unos osos fueron a su árbol a dormir, venían de su concurso muy cansados, venían en bici, les dijeron los que se quedaron en el árbol ¿cómo les fue?, eran Diego y Luis y ellos dijeron 'bien, ganamos'.

L7.

Un tigre fue a cazar a un chango, pero el chango Pedro se subió al árbol rápidamente y el tigre Alexis no pudo alcanzarlo porque le puso un palo el chango y subió. Al tigre se le cayeron los colmillos y no le hizo nada, el tigre estaba llorando porque ya no tenía colmillos y se volvió vegetariano y comía frutas, verduras y nopales.

(¿Qué pasó después?) Se acostumbró a comer y a no cazar animales.

L8.

Las changas, la Fernanda y la Martha invitaron al hijo Pedro y a la mamá ¿cómo se llama?... Alexa a tomar un té mientras el niño jugaba y la Martha platicaba con el niño. Fernanda platica con Alexa tomando un té caliente de chocolate... negro, que le ponen color de día de muertos y el niño temblaba de miedo, pensaba que es una fórmula de brujas para que se mueran..... solo quieren espantar de broma.

Es fantasía y platican de la Navidad, va a ser en 3 días y no tienen dinero, Fernanda tiene mucho dinero y le presta para su hijo Pedro.

Cuando ahorre Alexa va a pagar lo que debe. Después de la Navidad le pagó el dinero.

(¿Qué pasó después?) El niño se queda con su robot, un transformer.

L9.

El conejito fue a su cama a dormir, cama de madera y colcha de hojas. El conejito Luis Miguel (jajaja) fue a dormir a su cama, soñó con sus empleados (los que hacen la cama), soñó que no querían trabajar y se despertó y dijo que ya no quería ver películas de terror, como 'Freddy Kruger' y 'Resident evil'.

(¿Qué pasó después?) Se despertó en la noche (relata cuando ve películas de terror y se despierta en la noche).

L10.

La mamá perro, Fernanda está bañando a su hijo Pavel (no... bueno sí), pero como se portó mal y salpicó de agua le está dando una nalgada y le puso talco; por eso está así (endurece el rostro haciendo como que está muy seria).

Salpicó porque se le cayó la esponja – como era de las duras -, salpicó en el ojo de la mamá y ella se enojó, fue sin querer queriendo (jajaja... como el chavo).

(¿Qué pasó después?) El niño fue más cuidadoso con la esponja, cuando la mamá le creyó y se alegró porque como estaba recién nacido se resbalaba – como mi perro que cuando estaba recién nacido no podía caminar -.

ANEXO 4

CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: Jim

Edad: 11 años

Escolaridad: 6° primaria

Descripción del paciente

Jim mide aproximadamente 1.40 mts.y pesa 40 kgs., es de tez morena clara, cabello castaño, ojos grandes, nariz y boca pequeña. Su apariencia concuerda con su edad cronológica; se muestra seguro y voluntarioso, su lenguaje es coherente y congruente con el contenido y curso del pensamiento.

Antecedentes

Desde kinder fue reportado por la escuela ya que era desobediente y no quería trabajar.

La madre refiere que de la escuela lo enviaron a Cisame porque no quiere trabajar, 'no le interesa la escuela'. Los principales problemas que presenta son de conducta, el año pasado 'lo quisieron expulsar' porque empujó a una niña por las escaleras.

Existe un reporte de la maestra en el que dice que encontró al niño con una navaja y decía que se iba a matar, sin embargo al ser interrogado dijo que la navaja se la había dado su mamá para que le sacara punta a los lápices y que él nunca había dicho que se quería matar.

Historia personal

Jim es producto del único embarazo logrado por parte de la madre; antes de él la señora tuvo tres abortos y adoptó a un sobrino desde el nacimiento, actualmente tiene 22 años y Jim lo conoce como su hermano sin saber la procedencia de éste.

La señora refiere que planeó el embarazo de Jim aún cuando su esposo no estaba de acuerdo ya que le había dicho que no quería que se volviera a embarazar debido a que con cada embarazo tenía muchos problemas de salud, además de que era una desilusión perder al bebé. Fue un embarazo de alto riesgo, nació al octavo mes y le informaron que 'le faltó desarrollo'

por lo que estuvo algunas horas en la incubadora, el niño no lloró al nacer y presentaba el cordón umbilical enredado al cuello.

El nacimiento del niño fue aceptado por ambos padres; sin embargo la señora refiere que el padre del niño se 'ha desilusionado' a partir de los problemas de conducta.

Jim permaneció por 5 días en el hospital ya que presentaba ictericia. Lo alimentó con seno materno hasta los tres meses, 'él solo lo dejó'; a los dos meses se realizó la ablactación. La señora refiere que el niño se sentó solo al 7° mes, en cuanto a las fechas de comienzo de la deambulaci3n y primeras palabras, la señora no recuerda las fechas y aparentemente las confunde ya que refiere que el niño gateó a los 2 años y caminó a los 10 meses y medio; comenzó a pronunciar algunas palabras a los 9 meses.

En kinder comenzaron los reportes por parte de la escuela; los cuales se incrementaron en segundo de primaria cuando el abuelo materno enfermó (le fue detectado cáncer de colon) y la señora se trasladó a Veracruz para atenderlo; el niño se mostraba rebelde y la señora le pegaba para disciplinarlo. La madre refiere que simultáneamente en la escuela existían agresiones por parte de sus compañeros y la maestra; por esta razón en tercero de primaria ingresó a una nueva escuela.

A partir de los problemas presentados en segundo año el niño fue referido al Centro de Salud de Tacubaya para que tuviera atención psicológica, en este lugar le sugirieron se le practicara una evaluación neurológica; asistió aproximadamente por tres años con una neuróloga particular que le informó que 'el niño está bien, simplemente no acata ordenes ni reglas' (sic. madre); descontinuaron la atención por el costo de las consultas.

La relación de Jim con su madre es mala, ya que ella se desespera, reaccionando con gritos y golpes. El niño le ha llegado a decir que no quiere que sea su mamá; refiere que le da flojera hacerle caso porque 'a veces se pasa, luego hace bromitas bien pesadas'. Así también relata de una ocasión cuando tenía 9 años que su madre lo golpeó y él pensó 'ya me morí'.

La relación entre el niño y su padre es inestable, ya que el niño lo quiere y admira mucho, sin embargo el padre ha permanecido distante y en otras ocasiones se desespera.

La relación con su hermano es buena, aparentemente es la única persona dentro del núcleo familiar que habla con él.

La preocupación de la madre es que el niño se vuelva un 'vicioso' o un 'ratero' cuando sea grande.

Historia familiar

Toda la información referida fue proporcionada por la madre, ya que el padre no se involucra en el proceso del niño.

El padre es 'ingeniero – arquitecto' y actualmente no proporciona dinero para la manutención del niño. La madre no tuvo instrucción escolar y se dedica a apoyar en las labores domésticas en distintas zonas, cubriendo un horario de 4 horas diarias, lo que le permite permanecer cuidando al niño el resto del día.

La señora previamente estuvo casada durante 6 años, posteriormente conoció al padre de Jim y después de un noviazgo de 3 meses y 5 años de unión libre decidieron casarse, actualmente tienen 15 años de matrimonio.

El padre estuvo previamente casado y tuvo dos hijas; quienes actualmente tienen hijos y una de ellas convive con Jim.

Durante el matrimonio no existieron pleitos ni problemas, sin embargo la señora se percató de una infidelidad del esposo en febrero, motivo por el cual se separaron. La señora se siente defraudada y el esposo niega la infidelidad; Jim desconoce la situación por la que pasan sus padres y cree que el padre no vive con ellos porque tiene un nuevo trabajo. El niño le ha referido a la madre que tiene miedo de que su papá ya no regrese.

PRUEBAS APLICADAS

- Test gúestáltico visomotor de L. Bender
- Dibujo de la Figura Humana
- Test de la familia
- Frases incompletas
- Test de apercepción temática infantil. CAT-A
- Escala de inteligencia Weschler para niños. WISC-R

RESULTADOS

Área grafoperceptual

En el test de Bender, Jim obtuvo un nivel de madurez que corresponde a una edad entre 11 años; siguiendo su patrón de desarrollo y maduración, de acuerdo a lo esperado para su edad se encuentra en la primer desviación estándar por lo que se considera que presenta un nivel perceptomotor **normal**.

Área intelectual

El coeficiente intelectual de Jim es de 97, esto indica que su desempeño se encuentra en un nivel **normal**. Las puntuaciones obtenidas se presentan a continuación:

ESCALA VERBAL	Puntaje normalizado
Información	7
Semejanzas	10
Aritmética	11
Vocabulario	9
Comprensión	5
(Retención de dígitos)	(8)
TOTAL	42

ESCALA DE EJECUCIÓN	Puntaje normalizado
Figuras incompletas	12
Ordenación de dibujos	11
Diseño con cubos	11
Composición de objetos	10
Claves	11
(Laberintos)	(8)
TOTAL	55

	CI	
ESCALA VERBAL	90	Normal
ESCALA DE EJECUCIÓN	106	Normal
TOTAL	97	NORMAL

Como se puede observar, las capacidades intelectuales de Jim se encuentran dentro de los parámetros normales de los niños de su edad; existe uniformidad en las habilidades para la subescalas, esto es, tanto para la escala verbal como la de ejecución existe un desempeño normal.

Los puntajes más altos se presentaron en las siguientes subescalas: aritmética y semejanzas (correspondiente a la escala verbal), figuras incompletas, ordenamiento de dibujos, diseño con cubos y claves (corresponden a la escala de ejecución).

Esto nos refleja la capacidad de concentración y atención de Jim, así como la habilidad para aplicar el razonamiento en la solución de problemas aritméticos y para establecer relaciones. Por otra parte, los puntajes altos en la escala de ejecución muestran una adecuada atención a los detalles,

razonamiento, organización y memoria visual, habilidad para las actividades visoespaciales y capacidad de aprendizaje por ensayo y error.

Los puntajes bajos indican un juicio social deficiente, fracaso al tomar una responsabilidad por una inadecuada comprensión de las normas sociales; ansiedad ante tareas que siente no puede cumplir y pobre capacidad de planeación.

De manera significativa se observó que durante la aplicación de esta escala, el niño presentó en varias ocasiones la tendencia a golpearse en la cabeza 'para pensar', 'pidiéndole a su cerebro' que piense o diciendo constantemente frases como 'está vacío' (refiriéndose a su cerebro) o 'no sirve'.

Área emocional

En los dibujos de Jim se observan sentimientos de minusvalía, inseguridad, fuerte necesidad de controlar su conducta y ante la incapacidad de hacerlo, sentimientos de culpa; así también se observa que percibe el medio ambiente con gran inestabilidad, lo que le genera incertidumbre y enojo. La conducta que presenta Jim es producto de una formación reactiva, ya que no se comporta como un niño inseguro y tímido; más bien parece ser dominante y seguro, lo que produce que sea visto como un niño retador y desobediente.

La disciplina que establece la madre ha conducido a que Jim haya sido un niño maltratado, la vaga presencia del padre ha permitido que el niño tenga una figura idealizada pero incapaz de separar y defenderlo de la presencia materna. Jim repite el patrón vivido (ser golpeado) y lo reproduce, por lo que cuando se molesta golpea a otros niños o inflige las normas y reglas establecidas. Posee una pobre comprensión de las normas sociales debido a que en su casa el respeto a los límites es confuso, producto de la poca consistencia y claridad de las reglas impuestas en casa, donde los castigos parecen estar en función del ánimo de la autoridad.

Jim refleja una necesidad de armonía y contacto con su familia; la madre es percibida como una figura fuerte y dominante, sin embargo se encuentra desvalorizada y la observa distante, producto del rencor que existe por la mala relación que mantiene con ella.

La situación familiar por la que están pasando le produce angustia, enojo y sentimientos de culpa por lo que reacciona agresivamente e intentando lograr el restablecimiento de la familia, sintiéndose culpable por no lograrlo.

Jim manifiesta temor a dañar a los otros y tendencia a sacrificarse con tal de obtener la armonía y estabilidad que desea. Sin embargo al percibir que las cosas son injustas y no existen resultados en el afuera, reacciona agresiva e impulsivamente, con dificultad para medir las consecuencias de sus actos.

Conclusiones

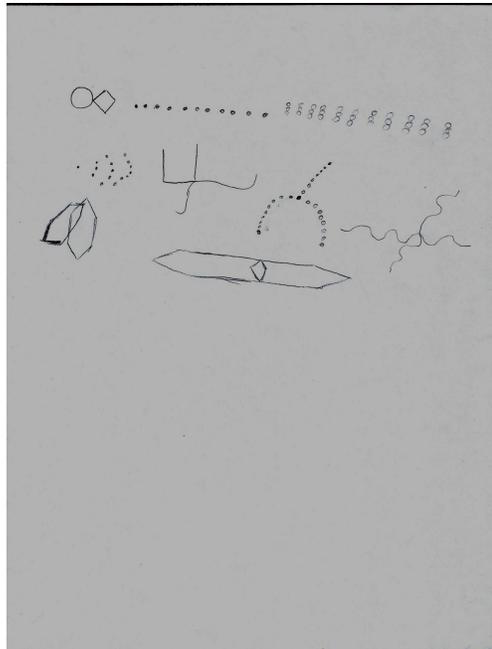
Se considera que dadas las características de Jim y la dinámica en que se desenvuelve; el niño se encuentra en riesgo de presentar conductas autodestructivas. La situación familiar le genera enojo e impotencia debido a que las sanciones que recibe tienden a ser exageradas e inclinándose a la violencia.

Otro factor de riesgo es el medio en el que se desenvuelve, ya que constantemente se violenta la ley y esto le hace aún más confuso distinguir lo permitido de lo prohibido.

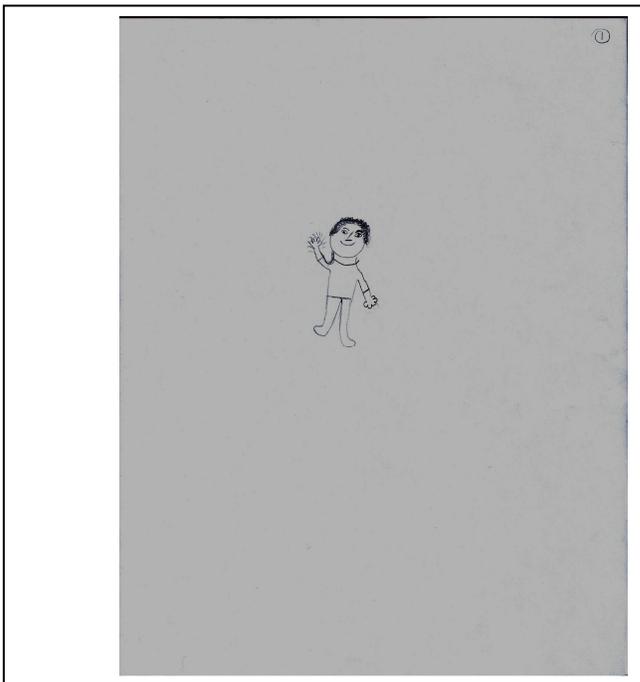
Por lo anterior, es importante que el niño cuente con un espacio terapéutico donde pueda expresar sus sentimientos y encontrar los recursos que le permitan afrontar la situación que vive en casa, así como elaborar la separación de sus padres y crearse un criterio propio en el que incorpore las reglas sociales.

Sugerencias de tratamiento

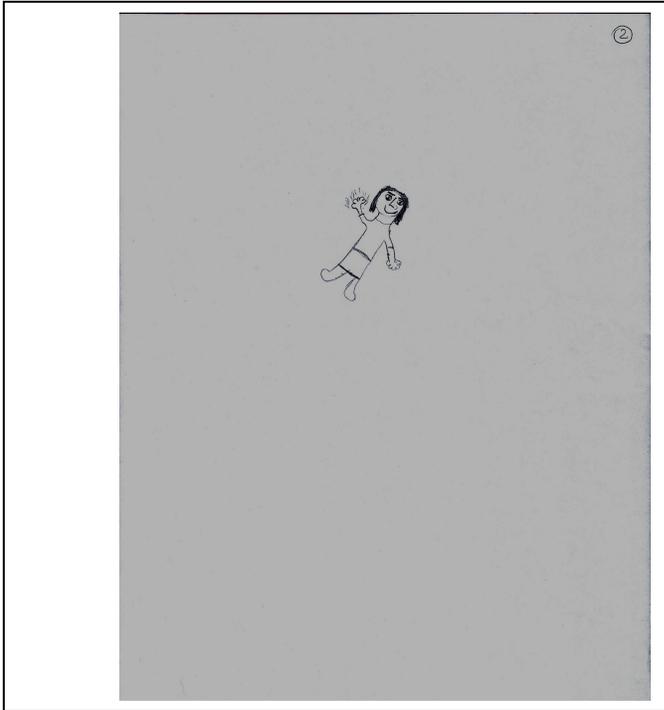
- Terapia psicológica individual para Jim.
- Orientación a la madre del niño en relación con la disciplina que establece y las necesidades del mismo.
- En la medida de lo posible, hacer consciente a la señora de los daños que le causa a Jim con la violencia que ejerce sobre él.



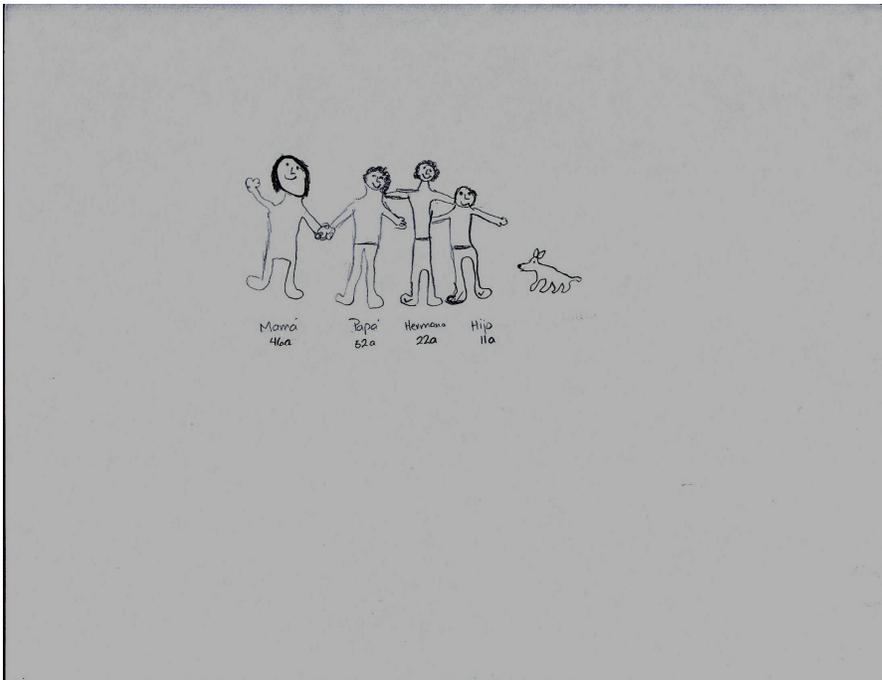
Test de Bender



Mi papá es como mi ídolo, me cae bien, me compra cosas, tiene 2 nietos, tiene 2 hijos, bueno 4 con mi perra y lo veo los domingos y tiene 52 años.



Mi mamá para mi es la mamá 2º mejor de todo el mundo, tiene 46 años, tiene muchas amigas y amigos.



TEST DE LA FAMILIA

- Orden

El dibujo fue realizado comenzando con los elementos que aparecen a la izquierda y siguiendo en orden hacia la derecha.

- Nombres y edad

Mamá (46 años), Papá (52 años), Hermano (22 años) e Hijo (11 años)

- ¿Dónde está la familia?

En un pueblo.

- ¿Qué están haciendo?

Están tomándose una foto para recuerdo.

De esta familia

- ¿Quién es el más bueno y por qué? Mi papá porque es mi favorito, porque lo quiero, porque.... No sé.
- ¿Quién es el menos bueno y por qué? Ninguno, nadie... creo que yo porque quiero a toda mi familia.
- ¿Quién es el más feliz y por qué? Yo, porque estamos juntos todos.
- ¿Quién es el menos feliz y por qué? Nadie, porque todos nos queremos, porque nos amamos.
- ¿Qué persona te cae mejor y por qué? Mi papá porque es mi ídolo, porque lo quiero, porque tengo la misma sangre que él, nunca le salí a mi mamá.
- ¿Qué persona te cae menos bien y por qué? Nadie, porque hay un Dios, porque no viviría...
- ¿Quién está triste y por qué? Mi mamá porque mi papá no está.
- ¿Quién está enojado y por qué? Nadie porque todos nos queremos.

Imagina que ésta familia tiene que hacer un viaje, pero uno de los miembros tiene que quedarse.....

- ¿Quién se queda? Yo... no es cierto.... Hermano, se queda a trabajar.. mejor nadie.
- ¿Por qué? Por que sí (pero alguien se tiene que quedar) no

Alguien de la familia hizo una travesura.....

- ¿Quién fue? Yo
- ¿Qué hizo? Hacer algo y no decirlo, como pegarle a un niño porque estaba molestando.
- ¿A quién van a castigar? Me castigarían porque yo hice esa travesura

Si te pidiera que hicieras de nuevo tu dibujo ¿Qué le cambiarías? Nada.

Si te pidiera que borraras a alguien ¿A quién borrarías? Nadie.

FRASES INCOMPLETAS PARA NIÑOS

1. Si yo fuera más grande dijera hola.
2. Me gustaría tener novia.
3. Si yo supiera solamente tuviera un oso.
4. Odio a mi her...amigo.
5. Cómo me gustaría tenerte.
6. Una vez te agarré la mano.
7. Lo que me entristece es que ya no estás conmigo.
8. Algún día te casarás conmigo.
9. Extraño tanto tu cara.
10. Quiero ir a tu casa.
11. Cuando estoy solo pienso en ti.
12. Quiero ver un Ferrari.
13. Antes me gustaba tener muchas novias.
14. Me gustaría ser súper héroe... para volar y llegar más temprano a la escuela... ser el más rápido como Flash y tener hielo en las manos.
15. Si yo fuera más inteligente le ganaría a todos.
16. Quiero a mi familia.
17. Las niñas me caen bien.
18. Mis amigos creen que sé jugar... porque sé jugar futbol y todos me quieren, meto unos golazazos de cancha a cancha.
19. Lo que más me gusta jugar futbol.
20. Deseo saber si me quieres.
21. Cuando sea mayor voy a trabajar.
22. Mi papá y mi mamá están juntos.... Los fines de semana.
23. Me siento como un jugador.... Cuando sea grande me gustaría ser un deportista.
24. Me enoja porque me enojan... diciendo groserías los niños malos... mi mamá me grita por tonto y porque me porto mal.
25. A veces pienso que seré otro jugador.
26. Yo sueño con ser jugador.
27. Mi madre no le gusta que ande con amigos que están en problemas... como las drogas.
28. Cuando me despierto otra vez tengo sueño... a veces siento que dormí solo una hora.
29. Dios es ... sí existe.
30. Los niños son jugueteros.
31. Tengo miedo de una adrenalina... tener potencia.
32. Lo que me enoja es tú.
33. A otros niños y niñas son mis amigos.
34. Mi padre no es malo.
35. Estoy celoso de mi perra... porque siempre está con mi papá y la abraza.
36. Me parezco a mi papá y a mi mamá.

37. Pienso mucho en mi novia.
38. Estoy orgulloso de todos.
39. Otra gente piensa mal.... Que estás retrasado mental, que eres tonto.
40. Me da pena decirte si quieres andar conmigo.
41. Yo trato de quererte.
42. Me divierto con tigo.
43. A veces me siento desdichado porque no estás conmigo.
44. Cuando llegue a mi casa voy a presentarle a mis papás.
45. Cuando alguien de mi familia está enfermo hay que apoyarlo.
46. Si otra persona me golpea yo le pego.
47. Cuando la gente viene a visitarme a casa les invito un vaso de refresco.
48. A la hora de la comida comemos.
49. Me asusta las películas de miedo... como el exorcista.
50. Si yo veo a un perrito quejándose en el frío lo meto a mi casa y le doy un cafecito, no es cierto le doy agua calientita y una cobijita.
51. Me gusta ser jugador de futbol o béisbol.
52. Cuando juego estoy feliz.
53. Si no obtengo lo que quiero en casa lo tendré en otro lado, aunque es difícil.
54. Cuando me lastimo en algún lado me quejo.
55. Creo que tengo habilidad para la natación y el futbol y para los golpes.
56. Lo que menos me gusta de la gente que sea chocante y fresa.
57. Yo pienso que mis amigos son buenos, igual que mi jefe.
58. Me gustaría cambiar de aspecto.... Ya no ser tan latoso.
59. A veces me castigan porque tonto... mi mamá me regaña y yo por tonto, estoy tonto.
60. Comparada con otras familias, la mía es más chida.... Porque me dan todo, depende si me porto bien me dan cosas.

CAT-A

1. Que habían 3 pollitos y su mamá les había llevado de comer y la sopa del primer pollito estaba muy fría, la sopa del segundo pollito estaba muy caliente y la sopa del tercer pollito estaba ... no le gustó y ya no me imagino más.

(¿Qué pasó antes?) Estaban lavándose las manos.

(¿Qué pasó después?) se sentaron a ver la TV mientras que se les bajaba la panza, la comida.

(¿Qué habrá sentido el primer pollito de que su sopa estaba muy fría?) ya no le gustaba y a lo mejor sintió frío. (¿Qué podría haber hecho para no sentir así?) calentarla con el microondas

(¿Que habrá sentido el 2° pollo?) se quemaba y le metió unos hielos para enfriarla (¿Que habrá sentido el tercero?) le gustó mucho su sopa al tercer pollito.

La mamá los estaba vigilando que no hicieran travesuras.

El papá se fue a trabajar (¿en qué trabajaba?) en la pollería (¿qué hacía ahí?) vende pollos. (¿el papá es un gallo y vende pollos?) no, no es cierto, era futbolista. No eran ni tan pobres ni tan ricos, siempre esperaban a su papá para cenar.

Su papá iba a llegar muy tarde y por eso cenaron sopa.

2. Están jugando a la cuerda, a ver quien gana. Hermano y hermano contra papá; ah no, mamá osa, hijo oso, contra papá oso. Están con la cuerda jalándola (quién crees que gane?) papá oso (¿a quién se le ocurrió ese juego?) a ellos o a mí.

(antes) pensando a qué jugarían (cómo decidieron que jugarían a eso) pusieron opciones (cuáles eran) jugar cuerda, atrapadas o cazar animales y ganó la cuerda.

(cómo se sienten de que su papá les ganó) bien porque nada más es un juego

(después) descansar un rato, porque la mamá osa estaba cansada y también el niño y el papá y ya estaba ganando el papá oso porque a ellos les quedaba poca cuerda y al papá le quedaba mucha.

(por qué estaban cansados) por jalar y les quemaban las manos.

3. El león es muy rico y está pensando cazar un ratón y el ratón está acá abajo. Está en su silla y está pensando cómo lo va a cazar y con un puro, una pipa, una pipa de gas (cómo crees que vaya a cazar al ratón) va a estar así haciéndose el dormido y corre el ratón y que le pone su manota y se hecha shampoo para que ya no se le esponje (el pelo).

(antes) vio al ratón y se le antojó mucho y trató de cazarlo; después lo cazó y se lo comió y fin. A pero era cojo porque hay un bastón (por qué se quedó cojo) por una lucha que tuvo con dos leones más, se peleó y

esta pierna la tenía mal (por qué se peleó con esos leones) por comida y él les ganó nada más que le lastimaron la pata.

4. La mamá canguro, van a ir a comer al campo, el niño va en su bicicleta y el más chiquito va en la bolsa de la mamá y cuando llegan, llegan a comer y ven que una casa se está incendiando (por qué) a lo mejor tuvieron un problema, pero a lo mejor, quien sabe porque... pero me lo imaginé (que te imaginas que le pudo haber pasado a los de la casa) se han de ver muerto, (todos) a lo mejor y el niño no sabía y después de eso cuando vieron el humo se regresaron a la casa bien preocupados (qué hicieron) les ayudaron a echar agua (se pudo apagar ese incendio) no porque ya se habían tardado mucho y llevaban cubetas y no tenían manguera y por eso. (lograron llegar a comer al campo) no, al otro día y llegó su papá ese mismo día y vio lo que pasó se sintió muy triste porque era uno de sus familiares (qué pudieron haber hecho para salvar a su familiar) dejarlo (como) si me mejor dejarlo a que te mueras tú -y se parece a mi perra- (qué mas se te ocurre de este dibujo) nada (que hicieron después de que su familiar se murió en el incendio) se llevaron el cuerpo y lo cremaron y se los devolvieron y lloraron mucho.
5. Esta el papá y la mamá durmiendo y estaban los 2 ositos y ellos le tenían miedo a la oscuridad y no dormían porque un día los habían espantado y ellos creían que había fantasmas y los papás estaban bien dormidos pero se tapaban la cara y los bebés no podían dormir. (quien los espantó) un espíritu oso (por qué los espantó) porque andaba rondando, ellos vivían cerca del panteón y ellos siempre iban al panteón a hacer travesuras y le hicieron una travesura a esa tumba y los espantó y ya nunca volvieron a dormir, hasta que ya se durmieron con sus papás siempre (que podrían haber hecho ellos para que se les quitara el miedo) pedirle perdón e ir a su tumba y llevarle flores.
6. Dos osos y un oso; papá oso, mamá osa e hijo oso; los dos ositos, digo el osito, nunca dormía, no le gustaba, siempre comía pasto y los dos papás estaban durmiendo pero a él no le gustaba dormir de noche porque tenía miedo de que le pasara algo a sus papás como que los mataran y por eso mejor dormía de día y cuando salían el papás se lo llevaba en la espalda y fin, ah y vivían en una caverna (quién podría matar a los papás) un cazador porque habían muchos cazadores, habían matado a su hermanito, estaba bien triste, su hermano era el mayor (él tenía miedo de que lo mataran) no, le preocupaban mucho sus papás, los quería mucho, porque mataron a su hermano porque le iban a dar un balazo a su mamá o a su papá, no sé a cual de los dos, se atravesó y a él lo mataron y le quitaron la piel (él vio cuando pasó todo eso) se escondió porque a él también lo querían agarrar, bueno a él no, a sus papás y por eso (crees que algún día capturen a sus papás o a él)

no (crees que algún día él pueda dormir tranquilo) a lo mejor, cuando ya no existan los cazadores, pobres animales.

7. De que el tigre quiere cazar al chango, el chango no se deja, se trepa por las ramas, se va por todos lados, se va por los árboles y el tigre siempre lo quiere agarrar y nunca puede, nunca podrá, hasta que un día se resbaló y por suerte lo agarro pero lo agarró de la colita y le cortó un pedacito y le salió sangre pero nunca lo puede atrapar y aquí había un monote bien grandotote y los dos le tenía miedo al monote. Este era un chango valentón (del dibujo) y el otro un chango miedosón (¿los dos le tenían miedo al chango miedosón?) este era más valiente porque se le enfrentó porque iban a matar a su mamá y se le aventó, fue cuando este lo quería atrapar nada más se tropezó y le agarró la cola y luego y luego... ya me traumé. Y aquí por poquito el se iba a resbalar y lo iban a agarrar, pero se salvó cuando se agarró, le decían el tarzan después de eso, por lo rápido que era, le decían ¡oh, tarzan! Y este ya nunca se volvió a aparecer porque le hizo muchas maldades a este (como que) pegarle y todo y de eso fue cuando salvó el país de los monos y dijeron ¡oh, tarzan! Y su apodo era tarzan y este era miedosín, parece una planta pero yo me lo imaginé (a tarzan le gustaba que le dijeran así) si porque decía que era un superheroe (pudo salvar a su mamá) si, bueno su mamá se murió porque creía que iban a matar a tarzan, le dio un infarto (como se sintió de que se murió su mama) muy triste, la enterraron ahí luego, luego en su casa, a un lado de su casa y diario va y le entrega flores (con quien se quedó él) se casó, tuvo tarzanitos, su esposa era tarzanota.
8. (rie) Doña Petra, esta era hermana de esta, este era el papá, la mamá y el hijo, eta era doña Petra, era la mamá de este y era doña Petrita, el mono estaba bien tarado porque ve su cara, había echo una travesura y su mamá le decía quien sabe que y quien sabe que, y a este le apestaban las patas, bueno a todos y esta le estaba diciendo un chisme de la oreja; esta era la casa de doña Petra pero doña Petra se murió y se la dejó a su hijo el mayor y la mamá changa estaba embarazada de otro. (que están haciendo) era una fiesta (de quién) del babosito, así le decían todos sus amigos pero era bien inteligente, sacaba puro 10 (que travesura había hecho) ninguna su mamá se la creyó por eso estaba bien babosito, no hacía nada, nada más le sabía a la escuela. (antes) a doña Petra le decían la babosita 4 ojos, lo que estaban haciendo antes, sirviéndose el café y después empezaron a platicar a tomar cerveza y la fiesta se acabó a la 1 de la mañana (como crees que se sintió de que su mamá lo regañó) mal, le dijo yo por qué si yo no hice nada (y su mamá le creyó) no pero como vio que los otros niños se estaban riendo dijo, tenías razón babosin, estas bien baboso. Y doña Petra siempre movía los ojos, parecía que estaba viva (les daba miedo) nadie sabía, nada mas

yo (los de esa familia sabían que movía los ojos) no, hasta que un día el babosín vio y los movía así (y le creyeron) no.

9. Ay la bruja de Blair, esta casa era abandonada y este conejo está bien macabro, bueno si era abandonada y unas señoras se fueron a vivir ahí aquí según estaba un niño, que esta era su cama y aquí era la cama del conejo, se llamaba Víctor y el niño se llamaba Manuel –Víctor Manuel, si queda- aquí estaba Manuel y vio a Víctor, era su amigo y dijo Víctor como estás, pero cuando supo que le dijo a sus amigos que vio a Víctor le dijeron que estaba muerto, el se quedó así sorprendido y cuando volteó para acá ya no estaba y nunca se volvió a dormir ahí y luego se llevaba muy bien con Víctor y Víctor se aparecía en una carretera porque ahí había muerto, iba en un camión y como iba muy rápido se volteó y todos los que iban ahí los mataba Víctor (por que) pues quería, bueno a los camioneros porque el señor se salvó y todos murieron y al señor lo quería encontrar y lo quería matar, se quería vengar (lo encontró) no, mañana lo va a encontrar y lo va a matar (se va a quedar tranquilo) si (va a matar a mas choferes de camión) no ya no, que no mató a ninguno nada más al que quiere matar es a ese (fue un accidente) no, le habían pagado para matar a sus papás de Víctor... sus ojos eran rojos porque era demonio, un día se cayó su abuelita, no, un día se le cayó su paleta y la abuelita le dijo no porque ya la chupó el diablo, y un día se cayó su abuelita y le dijo Víctor levántame, no porque ya te chupó el diablo.

10. Ay, no es posible, le va a pegar la mamá perra al hijo perro porque hizo una travesura, estaba tomando agua del bebedero, no es cierto, de la taza y agarro y le pegó la mamá (por qué tomaba agua de la taza) porque no sabía, era como el babosín bien tonto, pero este era bien abusado, puro 10 en la escuela, nada de travesuras pero es que tenía sed y no tenía de donde tomar, pues tomó aquí como vio, pero le dijo la mamá ‘no hagas eso hijo de tu mamá’ (cómo se sintió de que su mamá le pegara en vez de que le enseñara) mal pero después el perro, se llamaba Jim, era bien inteligente y le explicó a su mamá Livinia ‘es que tomé agua de la... no no es cierto’ y le pegó así, pum pum por qué haces eso y ya le explique yo, bueno el perro a su mamá le dijo que tenía mucha sed y no sabía de donde tomar y la mamá le dijo que tenía que tomar, que le diga y ella le servía agua y es que después estaba haciendo del baño e hizo aquí, pero le jaló y luego al otro día iba a tomar y dijo no mejor me echo un baño y se dio cuenta de que no le gustaba el agua y se salió. Fin. (tu crees que haya aprendido que de ahí no se toma) si, (sirvieron los golpes de su mamá para que él aprendiera) no, es que la mamá no sabía y le dijo perdóname es que no lo quise hacer y fin y punto.