



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

CUANDO APRENDER DUELE ... CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

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

P R E S E N T A:

VIOLETA LIZETTE GARCÍA ALVAREZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

COMITE TUTORIAL: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO
DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ
MTRA. SUSANA EGUÍA MALO
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

VIOLETA LIZETTE GARCÍA ALVAREZ



CUANDO APRENDER DUELE ...

**CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE NIÑOS
CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE**

*Para Alfredo,
tamally maak, habibi dah*

A mi mamá, un logro más que no pudiste ver

*A mi papá, para quien no hay palabras que expliquen
la dicha de tenerlo*

*A Claudia y a Pepín porque seguimos
creciendo juntos*

*A mis sobrinos Jessy, André, Sebastián y Peponcito
por sus juegos y sus risas*

*A mi abuelita, a Elo y a Jesús por su aliento
y compañía en los momentos más significativos*

Quiero agradecerle a la UNAM y al Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, por darme la oportunidad de ser mejor profesionista. A CONACYT, por el apoyo brindado durante los dos años que duró la maestría, al CISAME, por permitirme entrar en contacto directo con los niños para quienes el aprender duele.

A mi tutora, la Mtra. Fayne Esquivel, por devolverme la confianza en mí en los momentos más difíciles.

A la Dra. Bertha Blum, quien me abrió la puerta de la escucha del niño.

A la Mtra. Verónica Ruíz, por haberse comprometido conmigo y apoyarme en este trabajo.

A la Lic. Eva Esparza y al Lic. Sergio Velásquez, mil gracias.

A los niños y papás que atendí en CISAME y en la Facultad, les agradezco la confianza que depositaron en mí y el haberme permitido trabajar juntos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	1
<i>Centro Integral de Salud Mental (CISAME).....</i>	<i>1</i>
II. LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.....	7
<i>¿Cuándo el aprendizaje se vuelve un problema?.....</i>	<i>7</i>
<i>¿Para quién el aprendizaje es un problema?.....</i>	<i>7</i>
<i>¿De quién es el problema de aprendizaje?.....</i>	<i>9</i>
<i>Evolución del concepto.....</i>	<i>10</i>
<i>El campo de los problemas de aprendizaje.....</i>	<i>12</i>
<i>La aportación de la psicopedagogía.....</i>	<i>14</i>
III. CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.....	17
<i>¿Por qué el psicoanálisis?.....</i>	<i>17</i>
<i>Deseo y aprendizaje.....</i>	<i>18</i>
<i>Cuando el aprendizaje es imposible...</i>	
<i>Fallas en la constitución del aparato psíquico.....</i>	<i>19</i>
<i>Inhibición, síntoma y aprendizaje.....</i>	<i>21</i>
<i>Intersubjetividad y problemas de aprendizaje.....</i>	<i>27</i>



IV. METODOLOGÍA.....	31
<i>Objetivo.....</i>	31
<i>Participantes.....</i>	31
<i>Características del espacio físico y de los materiales.....</i>	32
<i>Diseño.....</i>	33
<i>Procedimiento.....</i>	33
<i>Cuadro 4.1 Datos de los pacientes atendidos en CISAME.....</i>	35
V. CASOS CLÍNICOS.....	39
<i>José Manuel.....</i>	39
<i>Berenice.....</i>	60
VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	76
<i>Los problemas de aprendizaje en el contexto institucional.....</i>	76
<i>La aportación del psicoanálisis.....</i>	77
<i>Sobre el estudio clínico.....</i>	78
<i>Sobre las competencias profesionales.....</i>	80
BIBLIOGRAFÍA.....	83

INTRODUCCIÓN

La finalidad del presente Reporte de Experiencia Profesional, consiste en dar cuenta de mi formación como Psicoterapeuta Infantil dentro del marco del Programa de Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. En este sentido, su elaboración cumple con objetivos académicos, ya que es el producto terminal contemplado dentro de los requisitos de este mismo plan de estudios; sin embargo, más allá de eso, este reporte constituye sobre todo una constancia del proceso que me ha ayudado a crecer tanto en el ámbito personal como en el profesional.

Gran parte de mi formación profesional como psicoterapeuta infantil, consistió en el trabajo clínico directo, con niños en edad escolar, y con sus padres dentro de un marco institucional, el del Centro Integral de Salud Mental (CISAME). Lo que ahí pude corroborar es que el trabajo psicoterapéutico está constituido como un proceso de investigación constante, misma que permite la adecuación de la intervención clínica, tanto al niño como a sus padres, preservando por una parte, la especificidad de cada caso, y por otra, el perfeccionamiento y revisión constante del cuerpo teórico a partir del cual se fundamentan las intervenciones.

Gracias a la intervención terapéutica realizada en varios casos, pude observar que entre las demandas de atención más frecuentes se encuentran los “problemas de aprendizaje”, mismos que generalmente se traducen en uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes, el “trastorno mixto de aprendizaje”. Poco a poco, al atender a estos niños, me fui convenciendo más y más de que para el trabajo psicoterapéutico, el diagnóstico psiquiátrico debe de ser tomado como un punto de partida desde el cual se abordará la subjetividad del niño para el cual el aprendizaje es un problema.

El dicho popular recuerda, “la letra con sangre entra”, y si bien, afortunadamente, ya está superada la violencia física en el aula, aún se puede desprender una enseñanza profunda de esta formulación. Como el psicoanálisis señala, el aprendizaje específicamente humano, al estar imbricado con la subjetividad del niño, en numerosas ocasiones estará relacionado con el dolor y el sufrimiento. En todos aquellos casos, cuando el aprender duele y deviene un problema existe una posibilidad de escucha que puede ser retomada por el trabajo psicoterapéutico, posibilidad que será retomada en el presente reporte.

INTRODUCCIÓN

Se propone así un abordaje de los problemas de aprendizaje, que implica la comprensión de la vivencia subjetiva del niño, partiendo del supuesto de que, cuando el aprendizaje deviene un problema, es sólo como una manifestación de carácter observable de un conflicto aún mayor que está latente.

Para poder abordar en el campo de los problemas de aprendizaje, me valí del estudio clínico mismo que, siguiendo a Rodolfo (1991), se puede definir como una herramienta metodológica que permite revalorizar la práctica clínica como un espacio en el cual la reflexión teórica se puede desplegar y ponerse a prueba. Mi experiencia clínica vertida en los reportes de caso se constituirá en el material que me ayudará a reflexionar sobre algunas concepciones teóricas básicas relacionadas con los problemas de aprendizaje. Lo anterior permitirá fundamentar un marco de referencia sólido que me permita seguir orientando mi práctica clínica en este campo.

La estructura del presente trabajo comprende un primer apartado titulado “Contexto Institucional” en el cual se describe la organización y funcionamiento del CISAME, así como también se mencionan y analizan en las actividades profesionales que como residente de psicoterapia infantil realicé en esta institución. En este apartado, también se realiza una primera aproximación a los problemas de aprendizaje señalando cómo es la intervención multidisciplinaria que se brinda en este centro. El segundo apartado, consiste en la revisión del cómo y el por qué se ha constituido el campo de los problemas de aprendizaje. Partiendo desde lo más elemental se llega a la definición y evolución del concepto, pasando además por la educación especial, hasta llegar a las aportaciones de la psicopedagogía, disciplina que tradicionalmente se ha encargado de su abordaje. En el tercer apartado se expone la clínica psicoanalítica de los problemas de aprendizaje, misma que implica la interrogación por el deseo de aprender y la constitución del aprendizaje específicamente humano. Aquí se consideran tres áreas de reflexión, la primera de ellas, cuando el aprendizaje es imposible porque hay fallas en el proceso de constitución psíquica, la segunda contempla la relación del sujeto ya constituido con los problemas de aprendizaje en tanto síntomas e inhibiciones y la última explora el papel que la intersubjetividad juega en las dificultades para aprender. En el cuarto apartado, se describe la metodología que se siguió en el estudio clínico mismo que se consigna en el quinto apartado. Por último el sexto apartado está dedicado a la discusión y a las conclusiones. Una vez explicado lo anterior, no queda más que poner lo que sigue a su consideración.

Violeta García Álvarez
Octubre, 2006

I. CONTEXTO INSTITUCIONAL

CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL (CISAME)

Que el presente trabajo se ocupe de los problemas de aprendizaje, sólo puede explicarse a raíz de mi estancia, como residente en el Centro Integral de Salud Mental, CISAME. Dentro de las actividades del programa de formación como psicoterapeuta infantil, tuve la oportunidad de atender a niños diagnosticados con esta dificultad. Aunque mi interés teórico por esta temática provenía desde mucho tiempo antes, sólo me fue posible profundizar en él hasta que el trabajo clínico me lo permitió.

Como resultado de mi experiencia profesional en el CISAME, pude observar muy ampliamente que de los motivos de consulta más frecuentes entre los niños escolares que atendí en el Centro, se encuentra el de problemas de aprendizaje. En la práctica, esta denominación se traduce, casi automáticamente, en el diagnóstico psiquiátrico de “trastorno de aprendizaje”. Pero, al ver más de cerca la realidad clínica a la que refiere dicho diagnóstico, se observa que se termina agrupando bajo esta denominación, casi todas las dificultades que pueden ocurrirles a los niños en relación a la escuela, que afectan su desempeño académico y sobre todo sus calificaciones. De esta forma, bajo el término “trastorno de aprendizaje” quedan agrupadas la gran mayoría de situaciones que provocan un malestar en la escuela, y esto es así porque casi todo lo que le pasa al niño, se ve reflejado en su desempeño escolar. Es un hecho que al hablar de problemas de aprendizaje, existe una dificultad en el niño para alcanzar los criterios requeridos por la institución escolar, pero esto no agota el problema.

Así, una aproximación clínica, nos exige que necesariamente se profundice en la comprensión de la situación de todo niño que haya sido diagnosticado de esta manera. Estas breves consideraciones, señalan que para intervenir de forma adecuada dentro del campo de los Problemas de aprendizaje, es necesario adoptar una postura reflexiva, misma que nos permita ir más allá de las convenciones aceptadas y poder entender así, la implicación subjetiva del niño.

Ya que los casos que presento en este reporte fueron atendidos en esta institución, resulta necesario hablar de la forma en que este Centro organiza su

CONTEXTO INSTITUCIONAL

trabajo, para que así se comprenda plenamente el papel que tiene la intervención psicológica en la atención integral que reciben los niños con problemas de aprendizaje. Aunque el CISAME cuenta con una historia de más de 20 años, sólo es hasta julio de 1999 cuando adopta este nombre. El CISAME depende de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos. Además, forma parte del Modelo Hidalgo de atención en Salud Mental que surgió en de Noviembre del año 2000 y representa un cambio en el concepto de la atención a personas con enfermedad mental, ya que busca, dignificar los servicios que reciben. Su estructura de atención es ambulatoria. Busca prevenir la enfermedad mental mediante un diagnóstico temprano y una atención oportuna que garantiza un tratamiento adecuado, además de brindar un tratamiento integral médico-psiquiátrico para elevar la calidad de vida del usuario.

El CISAME atiende problemáticas relacionadas con alteraciones de conducta, aprendizaje, emocionales y de violencia intrafamiliar. Es un Centro creado para la atención integral de problemas de salud mental para niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Profundizando un poco más en el funcionamiento de la Institución, se puede señalar que el CISAME está compuesto por tres áreas de atención, mismas que comprenden diferentes clínicas, que atienden a diferentes grupos de edad, de la siguiente manera:

1.- **Menores de edad**, donde se brinda atención integral y se atiende principalmente problemas de conducta, aprendizaje, lenguaje, desarrollo, trastornos emocionales y psicológicos. Se divide en tres clínicas.

- Paido I, que se ocupa de niños desde el nacimiento hasta los 6 años de edad.
- Paido II, que se encarga de la problemática de niños de 6 a 12 años de edad.
- Adolescentes, donde se recibe a jóvenes de 12 a 18 años de edad.

2.- **Adultos**. Los principales problemas que atiende son ansiedad, depresión, psicosis y violencia familiar. Además se pone especial énfasis en la atención de enfermedades geriátricas. Cuenta con dos clínicas.

- Adultos I cuya población va de los 18 a los 55 años y;
- Adultos II cuya población va de los 55 años en adelante.

3.- **Atención especial**. Aquí se encuentra los programas de atención a la violencia familiar y al abuso sexual.

Cada una de las clínicas está conformada por un equipo multidisciplinario que guía y coordina sus esfuerzos en función de un diagnóstico inicial. Debido al perfil profesional de la maestría, los Residentes en Psicoterapia Infantil realizábamos nuestra práctica en el área de menores de

edad en la clínica de Paido II. En esta clínica se organiza el servicio de la siguiente manera:

En primera instancia, el servicio de paidopsiquiatría realiza una entrevista tanto al niño como a sus padres; luego, en función del diagnóstico que emite, se determina el futuro del niño y de sus padres en la institución. A saber, canalización a otras instituciones o, después de pasar por trabajo social, ingreso a la lista de espera. En trabajo social se realiza un estudio socioeconómico que aporta datos sobre la situación familiar del niño y sirve para determinar la cuota que se le va a asignar. Posteriormente, tomando en cuenta este mismo diagnóstico y dependiendo de la disponibilidad de recursos, es que se inicia la atención específica del niño, ésta consiste en la asignación a los diferentes servicios, que pueden ser: estudios de laboratorio, terapia de aprendizaje, pediatría, neurología, escuela para padres y por supuesto, psicología.

Se puede decir, que desde el primer contacto del niño con la institución, al momento en que efectivamente inicia un tratamiento, pueden pasar aproximadamente de tres a seis meses. Uno de los principales motivos de esta demora, es el hecho de que CISAME cuenta con poco presupuesto y por lo tanto no cuenta con el personal suficiente para atender la demanda que recibe. Algunos niños que requieren de un tratamiento integral, pueden esperar periodos muy prolongados, inclusive de más de un año.

En el caso específico de los niños diagnosticados con “trastorno de aprendizaje”, la asignación típica a los diferentes servicios es ésta: se pide que se les realice un electroencefalograma para así localizar algún posible daño neurológico o una disfunción cerebral que pudiese explicar su estado; se les envía a terapia de aprendizaje para resolver los problemas instrumentales específicos de cada niño; en pediatría, se les realiza el llamado “control del niño sano”(talla, peso, vacunas etc.) para asegurarse que su estado general de salud sea el adecuado y en dado caso, tomar las medidas preventivas pertinentes; en el servicio de psicología, se le practica una evaluación psicológica, cuya función es doble, aportar elementos para contrastar el diagnóstico psiquiátrico inicial y ponderar la posibilidad de que el niño reciba tratamiento psicoterapéutico. En mi calidad de residente de maestría en Psicoterapia infantil, realizaba precisamente estas dos funciones: evaluación psicológica y tratamiento psicoterapéutico.

Dependiendo de la atención y de los recursos institucionales, la frecuencia con la que se puede llegar a requerir tanto a los niños como a sus familiares asistir a alguno de los servicios, puede ser:

- única, por ejemplo, cuando se trata de estudios de laboratorio;
- semanal, cuando son tratamientos, como es el caso de los servicios de terapia de aprendizaje y psicología; o
- más espaciada, (de aproximadamente cada dos meses), cuando se trata de los seguimientos pediátricos y paidopsiquiátricos.

De esta forma, se busca que la atención que se brinda en CISAME a las diversas problemáticas y, en nuestro caso en particular, a los problemas de aprendizaje sea completa e integral.

Esta forma de organización busca que cada profesional dominando un campo bien delimitado de conocimiento, “aporte su grano de arena” para ayudar al niño y a sus padres a resolver aquello que los aqueja. Sin embargo, este ideal resulta difícil de alcanzar. Por principio de cuentas, el carácter multidisciplinario¹ de la intervención, tal y como se describe aquí, requiere de una comunicación constante entre los profesionales que las mismas cargas de trabajo impiden, así que, la mayoría de las veces, la atención integral no puede coordinarse del todo.

La organización del Centro y la planeación de los tratamientos integrales están a cargo de los médicos psiquiatras, quienes coordinan las acciones de los otros profesionales, (denominados paramédicos bajo el modelo médico); sin embargo, la principal dificultad que se puede observar en la coordinación de los tratamientos, consiste en que dichos profesionales difieren en su formación y por lo tanto, en la forma de recortar las problemáticas a las que se enfrentan, lo cual influye directamente en la forma en que cada uno interviene sobre ellas.

Así, uno de los principales retos a los que se enfrenta el profesional que coordina la atención integral, consiste en construir espacios de comunicación que permitan a los distintos profesionales el poder ajustar su quehacer al modelo médico que rige el funcionamiento del Centro, pero conservando la especificidad de su intervención. Otro de estos retos, tiene que ver con la coordinación temporal de las intervenciones. El que se brinde una atención integral no significa que todos los servicios se den al mismo tiempo, al contrario, implica que los tratamientos se coordinen tomando en cuenta cierta organización y jerarquía en la atención, que varían de caso en caso dependiendo de su naturaleza, así primero se debe brindar al niño ayuda para resolver las problemáticas que se encuentran en la base de su malestar y sólo una vez que éstas han sido atendidas es cómo se puede proceder al siguiente tratamiento.

Ahora bien, con relación al profesional coordinado, la principal dificultad a la que se enfrenta consiste precisamente en saber integrar su práctica al trabajo conjunto sin que esta pierda la especificidad que la caracteriza y que constituye la razón por la cual se encuentra contemplada en el plan del tratamiento integral. Por ejemplo, en el caso particular que nos ocupa, el de los problemas de aprendizaje, la intervención bajo el modelo médico considera necesario el diagnóstico psiquiátrico para implementar, llegado el caso, un

¹ Entendemos como enfoque multidisciplinario la concurrencia de diversas disciplinas que mantienen su especificidad con el fin de aclarar un problema complejo y multifacético, por ejemplo la resolución de un problema de salud. En contraste, el enfoque interdisciplinario es aquel que hace surgir un nuevo campo donde antes no la había, como resultado de las relaciones y abducciones que se establecen entre diversas disciplinas. Un ejemplo de lo anterior sería el surgimiento de campos tales como la neuropsiquiatría, la psicofisiología o la psicopedagogía.

tratamiento farmacológico. Sin embargo, en el caso de la intervención psicológica, el diagnóstico psiquiátrico sólo adquiere el carácter de dato descriptivo que aunado a otros, nos permite alcanzar una comprensión de carácter clínico de aquellos niños para los cuales el aprender es un problema, comprensión de la que depende la especificidad del tratamiento psicológico

Así, en el momento en que me encontraba realizando las evaluaciones psicológicas a los niños diagnosticados con problemas de aprendizaje, y por otra parte, cuando estaba tratando de comprender la forma compleja en que esta problemática está determinada de forma diferente en cada uno de los niños que traté, fue como empezaron a surgir preguntas sobre el sentido que debe adquirir la práctica de la psicoterapia infantil en el campo de los problemas de aprendizaje y sobre la especificidad de la intervención psicoterapéutica en aquellos niños para los cuales el aprender duele. ¿De qué forma se puede conseguir que la intervención psicológica realmente represente un medio para conocer y comprender la situación particular de cada niño atendido?, ¿Cómo elegir qué forma de intervención es la más adecuada?, ¿se debe de hablar de factores emocionales causales con el fin de resolver y prevenir el trastorno, o bien, hay que hablar del impacto emocional de un hecho dado e inmutable con el fin de reducir sus efectos en las otras esferas del niño?

Con estas preguntas en mente y conforme iba reflexionando al respecto, observe que entre más comparaba los resultados de las distintas evaluaciones practicadas a los niños, con los diagnósticos de trastornos de aprendizaje que les habían asignado; entre más profundizaba en el trabajo clínico con ellos y entre más profundizaba en las demandas de tratamiento de sus padres, comencé a observar algo completamente desconcertante. Salvo por los diagnósticos y por las quejas escolares que se refieren a sus dificultades para aprender, su único punto en común consistía en que para todos ellos el aprender representa un problema, pero más allá no había otros elementos que los niños compartieran entre sí, sus cuadros clínicos no eran parecidos y mucho menos se correspondían con los criterios diagnósticos establecidos. Poco a poco pude observar que el grupo conformado por estos niños no era un grupo homogéneo, y que sus características no eran del todo similares. Las diferencias que existen entre ellos son las mismas que existen entre ellos y todos los demás niños. Es decir, observé que cada problema de aprendizaje es diferente y único para cada niño, al punto que no pude establecer una definición específica del mismo, al menos desde el campo de la psicología clínica.

En la práctica profesional se espera que al tratar a niños que comparten un diagnóstico se van a encontrar muchos elementos en común entre ellos, sin embargo, en lo relativo a los “trastornos de aprendizaje”, entre más profundizaba en los casos, más me daba cuenta de que era muy poco lo que tenían en común, e inclusive, también observé que era muy frecuente que los niños no cumplieran con uno o varios de los criterios diagnósticos del trastorno de aprendizaje. En cambio, entre las pocas cosas que compartían, lo que

CONTEXTO INSTITUCIONAL

siempre pude observar, fue un enorme malestar de diversos orígenes, que sólo se podía manifestar en la relación del niño con el aprendizaje. Observé también que el ámbito escolar representaba para ellos un lugar en el que dicho malestar se desplegaba, todo lo que tenía que ver con la escuela terminaba confrontándolos tanto a ellos como a sus padres y maestros.

Así, no fue en la reducción tranquilizadora del diagnóstico, sino en la dispersión de la escucha del motivo de consulta, en la que se manifiesta la subjetividad, como pude entrar en contacto con dicho sufrimiento, donde se abrió la posibilidad, tanto para mí como para ellos de poder hacer algo al respecto. El leer “F81.3” en el expediente no me permitía ir más allá; en cambio, al escuchar cosas como éstas, es que se pueden vislumbrar otras posibilidades:

Una madre dice: *“desde que ella va en primero de primaria vienen las dificultades, problemas para acceder a los contenidos del grado; pero fue en segundo año cuando me doy cuenta que no formaba palabras y la profesora la calificaba bien... se le olvida lo que aprende, no retiene y se le dificulta analizar y comprender”*. Por su parte la niña agrega *“lo que se me dificulta en la escuela son las materias español y matemáticas, soy muy lenta, no termino la actividad y por miedo a que me regañe la maestra no la llevo a calificar y tampoco cuando no hago la tarea”*.

Otra madre señala: *“me preocupa que [mi hija] nunca llegue a ser capaz, que no pueda adquirir los conocimientos ni habilidades, ya que tiene 11 años y todavía sigue en 2° año de primaria”*.

Así, mi primera consideración clínica consistió en tratar de entender a cada niño en su individualidad.

II. LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

¿CUÁNDO EL APRENDIZAJE SE VUELVE UN PROBLEMA?

La posesión más valiosa de toda sociedad es su cultura, misma que ha de transmitir a las nuevas generaciones con el fin de que ésta pueda perdurar. En este sentido, se puede afirmar que la educación es la responsable de dicha transmisión lo cual hace a través del proceso enseñanza-aprendizaje. Así, se puede decir que el aprendizaje es un proceso continuo de adquisición de conocimientos por parte de cada sujeto, y que, como resultado del mismo, también se encuentra en un estado de constante modificación.

Aunque el aprendizaje se da en todos los ambientes y a todo lo largo de la vida del sujeto, es durante la infancia y en el ámbito escolar donde este adquiere una mayor importancia. En la escuela, todos los niños deben de seguir una normativa, deben uniformarse ya que esto es uno de los fines de la educación (Delval, 1990). Partiendo de la idea de que al ingresar a la escuela todos los niños, por tener la misma edad, cuentan con las mismas características biológicas, psicológicas y culturales, se propone que deban aprender los mismos contenidos académicos y desarrollar las mismas habilidades a un ritmo semejante y en tiempos previamente acordados. Pero es necesario mencionar que esta pretendida uniformidad de origen no se puede dar del todo y que cada niño en particular debe realizar su propio y único ajuste a los requerimientos escolares. Algunos niños lo logran, pero otros, debido a una gran cantidad de factores, no, y por lo consiguiente se separan de la norma. Cuando esto ocurre, el proceso de aprendizaje se ve alterado en ellos, los objetivos educativos se ven comprometidos y su desempeño académico cae por debajo de lo que cabría esperar para su edad y circunstancias, es decir, el aprendizaje se ha vuelto un problema, pero cabe preguntarse ¿para quién?

¿PARA QUIÉN EL APRENDIZAJE ES UN PROBLEMA?

La respuesta a esta pregunta es la siguiente: el aprendizaje necesariamente se vuelve un problema para todos, es decir, para la institución educativa, para los maestros, para los padres, para el niño mismo y para aquellos profesionales a los que se les demanda soluciones, porque todos están implicados en él.

De esta forma, para la institución educativa las dificultades para aprender resultan un problema porque primeramente evidencian su fracaso y a la vez, reclaman de ella costosas medidas correctivas mismas que puede ser: la dedicación de una mayor cantidad de recursos, tanto materiales, económicos y humanos a los niños que son identificados con estas dificultades, o la modificación de los planes y políticas de manejo e intervención.

Para los maestros, las dificultades para aprender son un problema porque implican una evaluación poco favorable de su propio desempeño profesional mismo que será juzgado tanto por sus jefes inmediatos como por los padres de sus alumnos. Por otra parte, la falta de uniformidad de un sujeto puede retrasar y comprometer el funcionamiento total del grupo tornando aún más difícil su labor docente.

Para los padres, las dificultades para aprender detectadas en sus hijos se insertan en la relación que guardan con ellos. La mayoría de las veces, el reconocimiento de dichas dificultades provoca una herida narcisista que al ser enfrentada de múltiples formas influye de forma particular en el trato que los padres dispensan a sus hijos y en la concepción que puedan tener de ellos. Muchos padres consideran que la única forma en que pueden remediar los problemas de aprendizaje de sus hijos, consiste en convencerlos, regañarlos, forzarlos o disuadirlos para que dejen de ser “flojos”, para convencerlos de que “en lugar de vagar, mejor se dediquen a estudiar”. Otros adultos, se explican las dificultades para aprender de los niños como el resultado de que prefieran lo “fácil”, es decir, “estar jugando o viendo la televisión” en lugar de lo “difícil” “leer, estudiar, o hacer la tarea de una buena vez”. Así, los padres consideran que su hijo es “malo”, que no aprecia lo suficiente sus esfuerzos para “darle escuela y sacarlo adelante” y culpabilizan al niño haciéndolo totalmente responsable de una situación que lo rebasa y sobre la cual tiene poco control. Situación que le dicen los adultos que debería de controlar fácilmente o que puede solucionar “sólo echándole ganas”.

Para los niños, la situación resulta aún más dolorosa, ya que las dificultades para aprender les atañen directamente. Más allá de los posibles factores que pueden estar en el origen de la dificultad, cuando ésta ya está presente, los niños que la sufren experimentan un malestar profundo porque se les demanda que realicen algo que se supone pueden hacer y que sin embargo, está fuera de su alcance, quieren aprender pero no pueden. En algunos casos reconocen sus dificultades, se comparan con los que no las tienen, pero no saben el por qué de las mismas lo que les produce un dolor intenso. Se sienten “burros”, “tontos” o “estúpidos” y esto desgraciadamente es confirmado por los dichos y las actitudes de los demás hacia ellos. Su autoestima baja, se aíslan de los otros, o bien, pueden intentar conductas disruptivas para afirmarse en otro sentido.

Por último, para los profesionales que responden a la demanda de atención las dificultades para aprender resultan problemáticas en tanto que representan una interrogación abierta con respecto al cómo solucionarla lo cual implica interrogarnos sobre los factores que la conforman, las modalidades de evaluación e intervención y la puesta a prueba de nuestro bagaje teórico-práctico para enfrentarla.

¿DE QUIÉN ES EL PROBLEMA DE APRENDIZAJE?

De entrada, la respuesta podría parecer sencilla, el problema es del niño, es él el que lo está presentando, es él el que no puede aprender; sin embargo, un examen más atento a la situación, muestra que no es tan sencillo afirmar lo anterior, por ejemplo: hay personas que piensan que hay niños que “salieron listos y buenos para la escuela” y otros que simplemente “no les entra nada”. En el CISAME llegué a escuchar a una madre que decía “*ya ve uno me salió tontito y el otro listo*”; bajo esta concepción, el que un niño vaya mal en la escuela y no aprenda, no es culpa de nadie, sino que “así salió y hay que resignarse”. En este caso, la responsabilidad recae en el destino, en la suerte o en Dios y por lo tanto no se puede hacer nada.

Otra situación muy diferente se observa cuando se considera que el problema de aprendizaje se debe a la voluntad del niño. Si se parte del supuesto de que el niño que no aprende se encuentra en condiciones iguales a las de sus compañeros que sí aprenden, se puede concluir que la causa del problema es que el niño no quiere aprender debido a que es “flojo”, “rebelde” o que simplemente “le vale”. En esta situación la culpa del problema de aprendizaje recae sobre el niño y las medidas que se adoptan para solucionarlo consisten en convencerlo, regañarlo y amenazarlo para “que le eche ganas”. De esta forma, era común escuchar en el CISAME frases como las siguientes: “*sólo hace la tarea cuando quiere*”, “*tengo que estar tras de él para que se ponga a estudiar*”, “*hace las cosas cuando ella quiere*”. En algunas ocasiones, el padre está efectivamente convencido de que el problema de aprendizaje depende únicamente de la voluntad del niño, pero en otros casos, esta creencia le sirve al padre para no enfrentar una realidad que le resulta dolorosa, el que su hijo tenga dificultades para aprender.

Otra situación que es importante considerar, es que en algunas ocasiones las quejas tanto de los niños como de sus padres, se dirigen a la escuela y a los profesores, lo cual implica que son ellos los que tienen la culpa del problema de aprendizaje. En CISAME frecuentemente me comentaban:

“Es que le tocó una maestra muy prepotente”, “se le veía en la cara que le caía gordo”, “es que la maestra le ayuda, le da los exámenes para que los conteste en la casa”, “en su boleta no hay calificación”, etc.

Cuando se profundiza en la comprensión de estas problemáticas, se puede apreciar que efectivamente tanto la escuela como los profesores también llegan a contribuir en la conformación y mantenimiento de los problemas de

aprendizaje, por lo que resulta importante considerar a la escuela en una doble vertiente: por una parte, como el ámbito externo más inmediato del niño, donde necesariamente se manifiesta su problemática y por la otra, como una institución que al proyectar elementos propios en el niño, contribuye en la génesis de la problemática del niño para aprender.

Que la escuela contribuya en la conformación de los problemas de aprendizaje es una realidad que se ha aceptado, y desde diversas aproximaciones se ha cambiado la forma en que la escuela enseña a los niños. Desde el siglo XVIII, diferentes educadores (García, 2003). Comenzaron a buscar nuevos métodos y técnicas para que el niño se interesara más, comprendiera mejor e integrara eficientemente los conocimientos recibidos. Así, tanto el educador como el niño se hicieron co-responsables del aprendizaje. Sin embargo, aunque se ha avanzado en el ámbito educativo y se ha mejorado sustancialmente en los métodos y técnicas de enseñanza, aún sigue habiendo niños para los cuales el aprender es un problema y por lo tanto la interrogante sobre el porque de los problemas de aprendizaje sigue abierta.

Ahora bien, si se parte del supuesto de que todos los niños, a la misma edad, pueden y deben aprender lo mismo y si además se da por sentado que la escuela funciona bien, entonces, cuando un niño no aprende, aún queda preguntarnos ¿qué es lo que realmente está pasando?, ¿de quién es este problema que insiste? A partir de estas interrogantes, tal vez lo único que falta por considerar, es la posibilidad de que el problema esté en el cuerpo del niño, ya sea porque éste es diferente al de sus compañeros, ya sea que algo no le funcione bien; pero sea cual fuere el caso, dicha enfermedad imposibilita, impide o bloquea el aprendizaje, en resumen, parecería ser que la respuesta última a las preguntas sobre los problemas para aprender, es la siguiente: si existe un niño que no aprende, es porque seguramente está enfermo.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

Bajo esta nueva concepción orgánica, una de las primeras aproximaciones, a los problemas para aprender fue la elaboración del concepto de *debilidad mental* que contemplaba diferentes grados de gravedad, desde el más profundo, conocido como “idiotéz”, hasta manifestaciones relativamente leves como la “debilidad de espíritu”. La explicación que se le daba a estos estados, consistía en suponer la existencia de alguna lesión en el sistema nervioso que podía ser tanto de carácter exógeno (resultado de traumatismos y enfermedades) como de carácter endógeno (resultante de problemas hereditarios o congénitos). De esta forma, todo problema de aprendizaje que no pudiese explicarse por fallos en la situación escolar, tenía que deberse a una lesión o a un problema hereditario (Cordié, 2003) respecto al cual el docente del niño ya no podía hacer nada. En este sentido resulta muy ilustrativo lo que alguna vez relató una señora mayor con relación a uno de sus hijos quien a su vez era tío de uno de los niños que atendí en CISAME:

“Que bueno que existen Centros como éste, que atienden a los niños y que tienen gente preparada como usted, antes no era así y muchos niños se amolaban, cuando mi hijo, su tío de él, era chico, su maestro me dijo que me lo llevara de la escuela, que era un caso perdido. Dijo que mi hijo era un retrasado mental por ser hijo de alcohólicos, ¡pero ni mi esposo (que en paz descanse), ni yo tomábamos una gota de vino!. Lo cambie de maestro, uno muy bueno que lo apoyó y lo supo entender. Ya ve, ahora ya es licenciado. Es por eso que tengo fe en que mi nieto saldrá adelante con ayuda de ustedes”

Bajo esta concepción, lo único que faltaba era localizar las supuestas lesiones para poder entenderlas y tratarlas mejor. Al irse desarrollando nuevas y más precisas técnicas de diagnóstico, se tenía la esperanza de que se terminaría trazando un mapa donde cada problema de aprendizaje estaría representado por una lesión específica y localizable. Sin embargo, una gran cantidad de estudios practicados a niños con problemas de aprendizaje, resultaron ser clínicamente normales. Como el daño no era localizable con las técnicas disponibles, se supuso que debería de ser lo suficiente sutil para no aparecer en los estudios, pero lo suficientemente importante para que pudiese explicar la presencia de la problemática. Fue así como en la década de los 40's surgió el término de *“lesión cerebral mínima”* (Solloa, 2003).

A raíz de estos resultados se comenzó a proponer que era más probable que los problemas de aprendizaje se debieran a un mal funcionamiento de un sistema nervioso intacto. Pero, al tratar de probar esto, también se llegó al mismo dilema, hubo que postular que el mal funcionamiento era lo suficientemente pequeño para no ser detectado por las técnicas disponibles, pero lo suficientemente grande para afectar el desempeño del niño. Fue así como en los años 60's, se acuñó el término *“disfunción cerebral mínima”*.

A la par de este último desarrollo, los problemas de aprendizaje fueron denominados *“trastornos de aprendizajes”* por Samuel Kirk (citado en Solloa, 2003), quien los separó de los retrasos mentales y de los déficits sensoriales en las clasificaciones psiquiátricas. Para Kirk, los *“trastornos de aprendizaje”* como entidad clínica diferente se caracterizaban por manifestarse en niños aparentemente normales e identificó tres tipos de sub-diagnósticos dependiendo del área del aprendizaje en la que el pequeño presentara dificultades. De esta forma definió la *“dislexia”* o dificultad para leer; la *“disgrafía”* o dificultad para escribir y la *“discalculia”* o dificultad para realizar cálculos matemáticos.

Como señala Gearheart (1985, citado en Solloa, 2003), la definición del *“trastorno de aprendizaje”* solo se pudo comenzar a sistematizar a partir de la década de los 70's y los autores de ese tiempo que abordaron este punto coincidían en señalar que la etiología subyacente debería de ser una disfunción del sistema nervioso, aunque esto no se pueda demostrar y que cualquier trastorno emocional presente no era causa sino consecuencia del trastorno de aprendizaje.

LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Es decir, la sistematización de los trastornos de aprendizaje sólo se pudo realizar cuando se postuló que la causa siempre es orgánica por lo que cualquier trastorno emocional presente tiene que ser de carácter secundario. Esta postura, sin embargo, resultó insuficiente para explicar el fenómeno ya que no toma en cuenta el hecho de que el aprendizaje es un proceso complejo conformado por una serie de factores mismos que comenzaron a ser estudiados por psicólogos y pedagogos quienes comenzaron a postular teorías alternativas para poder explicar los problemas para aprender.

EL CAMPO DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

La ubicación tradicional del campo de los problemas de aprendizaje, es la siguiente: con este término se denomina una forma de discapacidad infantil que contribuye al fracaso escolar y de cuya intervención es responsable la educación especial (Saad, 1998).

La educación especial es a su vez, un campo médico-pedagógico, lo que se implica a partir de la suposición de que el no aprender tiene que ver con el cuerpo, de que es una enfermedad de carácter orgánico, misma que, generalmente se piensa como una alteración neurológica. De esta forma, se ha llegado a sostener que todas aquellas dificultades que experimenta el niño para desempeñarse adecuadamente ante los requerimientos de la situación escolar tienen su origen en una deficiencia fisiológica, lo cual a su vez, ha definido ciertas formas particulares de abordar e intervenir en esta problemática que buscan hacer productivos a los discapacitados. Estas son las medidas paliativas, correctivas e integradoras.

Como una medida de conmensurabilidad entre sus practicantes, bajo el modelo médico, los diagnósticos deben apegarse a ciertos criterios establecidos en textos de referencia. Para la psiquiatría estos textos son el DSM-IV y el CIE-10. En CISAME, el texto de referencia es el CIE-10 (1993), en el cual, los problemas de aprendizaje se encuentran contemplados dentro de la categoría de los **Trastornos Específicos del Desarrollo del Aprendizaje Escolar** que a su vez, están comprendidos dentro de una categoría más amplia, los Trastornos del Desarrollo Psicológico, los cuales son:

- a) *trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje*
- b) *trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar*
- c) *trastorno específico del desarrollo psicomotor*
- d) *trastornos específicos del desarrollo mixtos*
- e) *trastornos generalizados del desarrollo*
- f) *otros trastornos del desarrollo psicológico*
- g) *trastornos del desarrollo psicológico no especificado*

A su vez, los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar comprenden:

- 1) *Trastorno específico de la lectura o dislexia*
- 2) *Trastorno específico de la ortografía o*
- 3) *Trastorno específico del cálculo*
- 4) *Trastorno mixto del aprendizaje escolar*
- 5) *Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar*
- 6) *Trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar no especificado*

Como esta clasificación muestra, la psiquiatría se enfrentó a la dificultad de definir un cuadro clínico claro en el cual pudiesen caber muchos de los problemas de aprendizaje. Para hacer frente al problema, se crearon varias categorías residuales, que sirven para poner en ellas aquellos casos que no se pueden agrupar dentro de las otras categorías existentes. Estas categorías residuales son: el trastorno mixto del aprendizaje escolar; otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar; y los trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar no especificado. Sin embargo, aunque cabría esperar que el uso de estas tres categorías fuera moderado, ya que son residuales, esto no es así, por el contrario, el Trastorno Mixto de Aprendizaje Escolar es el diagnóstico más frecuente en los expedientes del CISAME. Todo esto señala la dificultad que se tiene para diagnosticar de forma precisa los problemas de aprendizaje.

Para aproximarse al Trastorno Mixto de Aprendizaje Escolar de una forma más precisa, es necesario mencionar que en el CIE-10 (1993), bajo la clasificación F81.3 a esta categoría se le define de la siguiente manera:

“Se trata de una alteración, mal definida y sin embargo necesaria como categoría residual, en la cual están alterados de un modo significativo tanto el rendimiento aritmético como el de lectura u ortografía y en el que la inteligencia general está dentro del rango normal y no está presente una mala enseñanza escolar”.

La realidad clínica a la que apunta esta definición es la siguiente: el profesional de la salud se enfrenta a una demanda continua de atención a causa de dificultades tangibles que surgen en el ámbito escolar. El niño en cuestión tiene bajo rendimiento escolar comparado con sus pares, pero, en una gran cantidad de casos, no se tiene una explicación de lo que realmente está pasando. Obviamente se pueden descartar algunas cosas, por ejemplo, hay elementos que nos llevan a pensar que el problema no está en la capacidad intelectual del niño (ya se le hicieron pruebas y esto se descartó). También se supone que la situación pedagógica es adecuada (ya que hay otros niños en su grupo que van bien y la maestra se muestra preocupada por el caso); y por último, se le realizaron estudios neurológicos que aseguran que todo anda bien. No obstante de todo esto, el niño lee mal, escribe peor y no entiende las matemáticas.

Ahora bien, el profesional de la salud no sólo ha visto y atendido a un único niño con estas características, sino que tiene frente de sí a un grupo de casos con las mismas alteraciones en el aprendizaje que presentan ciertos

elementos comunes (sobre todo en lo relativo a la demanda de atención), pero que no puede definir del todo, sintiendo que algo importante se le escapa. Sin embargo, no puede negar la importancia del problema y por lo tanto termina poniendo a todos estos casos en una misma categoría, porque sospecha que tienen algo en común, que sólo podrá abordar hasta que reúna los elementos que le permitan comprenderlos y clasificarlos mejor. Y este es precisamente el punto a partir del cual la psicología clínica puede aportar algunos esclarecimientos que ayuden a solucionar el problema.

LA APORTACIÓN DE LA PSICOPEDAGOGÍA

Independientemente de cualquiera que pudiese ser la causa de los problemas de aprendizaje, los profesionales que más directamente se ven enfrentados a ellos son los profesores y los pedagogos, mismos que necesitan contar con herramientas que les permitan hacer frente a estas dificultades, dificultades que también son suyas, en tanto que no les permiten alcanzar las metas educativas que les son requeridas por la institución y sus superiores.

Ante esta realidad, en muchas ocasiones, el saber pedagógico ha tenido que recurrir a otros campos de conocimiento para poder hacer frente a la demanda que se le formula, surgiendo así, nuevos campos de confluencia, entre ellos, el de la psicopedagogía, mismo que se destaca por su aportación al tema de los problemas de aprendizaje.

Lo que la psicología le puede brindar a la pedagogía son modelos más precisos sobre la naturaleza del proceso de enseñanza-aprendizaje para que, posteriormente, pueda tomar medidas encaminadas a remediar el déficit detectado en éste mismo proceso. La forma en que la psicopedagogía aborda los problemas de aprendizaje, consiste en poner en juego el saber que toma prestado de la psicología, para así detectar qué partes del proceso de aprendizaje pueden estar fallando. Una vez hecho esto, ya se puede implementar las medidas necesarias para remediarlo, medidas que por supuesto tendrán un carácter pedagógico.

En consecuencia Sara Paín, en su libro “Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje” (2002), define a la psicopedagogía como la técnica de la conducción del proceso psicológico del aprendizaje, con el fin de que se cumplan los fines educativos.

El punto de vista de la psicopedagogía consiste en enfocar el funcionamiento normal del aprendizaje. Para comprender el aprendizaje, primeramente hay que considerarlo como un proceso complejo que está compuesto por los siguientes factores:

- Orgánicos; son aquellos que dependen de la biología del sujeto, conocerlos nos sirven para estimar la adecuación del sujeto a las demandas de aprendizaje que se depositan en él. De esta forma, para la psicopedagogía, las perturbaciones orgánicas no configuran por sí solas

las dificultades para aprender, sino el desfase que pudiese haber entre dichas perturbaciones y la demanda de aprendizaje que se le hace al sujeto que las porta.

- Psicógenos; son aquellos que tienen que ver con el funcionamiento psíquico subyacente al sujeto, mismo que puede bloquear, inhibir e incluso hacer imposible el proceso de aprendizaje
- Específicos; dentro de esta categoría de factores se pueden considerar a todos aquellos que dependen de la integridad anatómica y funcional del sistema nervioso. Por ejemplo, la lateralidad del sujeto y la presencia de algunos tipos de afasias bien definidas.

Uno de los puntos cruciales que aporta la psicopedagogía a la comprensión de los problemas de aprendizaje es el siguiente: para definir al problema de aprendizaje, no se debe tomar como referencia el grupo de edad, sino las propias características del sujeto. En otras palabras, un niño con dificultades para aprender es aquél que no desarrolla todas sus capacidades y no es aquél que aún desarrollando todas sus capacidades, no alcanza a sus pares. Por lo tanto, la aportación de la psicopedagogía radica en comenzar a pensar al niño en función de su individualidad y también de sus características.

Así, Sara Paín define al problema de aprendizaje como todo aquello que no permite al niño aprovechar sus capacidades, sin importar cuáles sean éstas, incluyendo el nivel cognitivo del niño.

Por último, es conveniente mencionar que a partir de la postura que se adopte ante las demandas educativas y la realidad del sujeto que presenta dificultades para aprender, es que se puede hacer la diferencia entre de dos tipos de psicopedagogía:

- Una de carácter adaptativo, que consiste en fortalecer y remediar las fallas del niño a nivel cognitivo, para sí colocarlo en el lugar asignado que debería ocupar.
- Y otra de carácter integrativo, que consiste en ayudar al sujeto a asumir sus propias características para transformarse e integrarse a la sociedad, la que a su vez resultará transformada como efecto de esta operación.

La gran aportación de la psicopedagogía al campo de los problemas de aprendizaje, consistió en el abordaje individualizado de la problemática para cada niño; sin embargo, las medidas pedagógicas adoptadas para solucionar las dificultades de aprendizaje, son por definición de carácter instrumental. Como resultado de la intervención psicopedagógica, el aprovechamiento del niño mejora, ya que se logra un balance más adecuado entre sus características y la demanda educativa. En algunos casos con esto es

LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

suficiente, pero en otros no, y es cuando la intervención psicoterapéutica tiene lugar. A través de la mirada clínica proporcionada por el psicoanálisis, que permite profundizar más en el por qué de las dificultades para aprender, se puede observar que en una gran cantidad de casos, esta problemática manifiesta, es tan sólo la pequeña parte visible de una dificultad aún mayor, dificultad que no sólo compromete el aprendizaje, sino la integridad psíquica y el bienestar del niño. En el siguiente apartado, se enfocará a los problemas de aprendizaje bajo la perspectiva psicoanalítica.

III. CLÍNICA PSICOANÁLITICA DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

¿POR QUÉ EL PSICOANÁLISIS?

Una vez que se ha aceptado que los problemas de aprendizaje constituyen una realidad compleja en la que están implicados múltiples factores, se hace posible el acercamiento a esta problemática desde diferentes saberes y también se inaugura la posibilidad de practicar diferentes recortes a esta realidad, es decir, existen diferentes opciones teórico-metodológicas desde las cuales se puede realizar aproximaciones a las dificultades que experimenta un niño para aprender.

Un punto que llama la atención con relación a los problemas de aprendizaje, es que generalmente no se aborda la vivencia subjetiva del niño y por lo tanto, tampoco se articula el sufrimiento que genera y es generado por la situación de que el niño no aprenda. Del dolor del niño y de sus otros casi no se dice nada, y es que tal vez, no se sabría qué hacer con eso; en otras palabras, la preocupación se enfoca en solucionar los problemas de aprendizaje, pero se habla poco, casi nada, de escuchar el sufrimiento del niño para el cual el aprendizaje es un problema.

Poco a poco y debido a la práctica directa con niños que sufren al aprender, me fui convenciendo de que a pesar de ser un camino arduo y con obstáculos, el atender el sufrimiento del niño, es la opción clínica que más se adecua a mi postura ética y a mi formación profesional. En concordancia con lo anterior, fue como encontré en el psicoanálisis la mejor manera de llevar a cabo esta opción, ya que dicha disciplina permite en este caso en particular, interrogar al sujeto y a su deseo en el acto de aprendizaje (Saad, 1998).

¿Por qué el psicoanálisis? Bueno, que mejor que esta disciplina a la que podemos calificar, sin miedo a exagerar como una forma de pasión, de pasión

por el saber, ya que entre sus objetivos contempla el develar ese saber que no se sabe que se sabe, pero que está ahí, articulado entre el lenguaje, hablándose sin que se quiera y dejando sentir sus efectos en el cuerpo. Pasión de saber que a quien atrapa no lo suelta, y que por lo tanto resulta tan diferente del saber-deber y del deber-saber de la escuela. ¿Por qué el psicoanálisis? porque escucha a un sujeto que la educación tiene que reprimir para articularse (Follari, 1997; Cifali, 1992; Mannoni; 1990).

DESEO Y APRENDIZAJE

Desde el psicoanálisis, la cuestión de los problemas de aprendizaje no puede sino entenderse en función del deseo de aprender y de sus avatares, por lo consiguiente, es fundamental que se formule una pregunta que puede parecer sencilla pero que tiene importantes implicaciones tanto clínicas como teóricas: ¿este niño desea aprender?

De esta pregunta inicial, se pueden derivar otras igualmente importantes, por ejemplo: ¿será que quiere aprender, pero no puede hacerlo?, o bien, ¿A lo mejor sí puede pero lo que pasa es que no quiere?

A pesar de su relevancia, es poco lo que se dice sobre el papel del deseo en el aprendizaje, generalmente se le da por sentado, ya que es uno de los *a priori* educativos. No hay lugar para “el no querer” porque hablando del aprendizaje sólo cabe “el tienes que poder”. La cuestión del deseo queda abolida y sólo es a través del psicoanálisis y de la escucha del sujeto que se puede volver a plantear. Cordié (2003) habla del deseo de la siguiente manera:

“Para que un niño aprenda es necesario que lo desee, pero nada ni nadie puede obligar a alguien a desear. El lenguaje popular lo dice: El deseo y el amor no se ordenan. Sin embargo, esto es lo que creen muchos padres que quieren motivar a sus hijos y hacer todo lo posible para que se interese por la escuela...te ordeno que desees aprender” (Pag. 27)

El psicoanálisis sólo puede abordar la cuestión de los problemas de aprendizaje si considera al mismo tiempo el deseo de aprender que le es subyacente, ya sea que este deseo esté inhibido, desviado, e incluso, que no exista ni el deseo ni el sujeto.

Freud (1905), en sus “tres ensayos sobre teoría sexual”, habla de una pulsión en particular a la que denomina *epistemofílica* y que es responsable del deseo de saber que el niño experimenta. Freud explica el origen de la pulsión epistemofílica de la siguiente manera: en el niño pequeño existe una pulsión de apoderamiento, misma que lo lleva a querer tocar, manipular y poseer todo lo que está a su alcance. Poco a poco la pulsión de apoderamiento se va sublimando y el niño se conforma únicamente con ver las cosas para así poseerlas, pero sólo como representación simbólica de la cosa.

Entonces, siguiendo a Freud, tenemos que para el niño, aprender es un variante del poseer, donde el saber se constituye como una forma sustitutiva de posesión que resulta más acorde con el principio de realidad. Es también en el texto de “tres ensayos sobre teoría sexual (1905) donde Freud señala que la pulsión epistemofílica es inseparable de la pulsión sexual en tanto que está subordinada a ella.

El proceso al que se refiere Freud sobre cómo la sublimación de la pulsión de apoderamiento da lugar al nacimiento de la pulsión epistemofílica, consiste principalmente en el pasaje de lo real inmediatamente vivido a su simbolización en el lenguaje, y por lo tanto, esto nos remite inmediatamente a los procesos de estructuración del psiquismo del niño, mismos que le permiten su advenimiento como sujeto, operación en la que reconocemos a la represión originaria, proceso fundamentalmente estructurante que, como señala Dor (1997), hará posible, entre otras cosas:

- El acceso del niño al orden simbólico;
- La inauguración del inconsciente con la consecuente división del psiquismo en los sistemas que lo constituyen (Consciente-Preconsciente, e Inconsciente);
- El manejo, por su parte de la lengua materna;
- Y por supuesto, la posibilidad de articular un saber del cual él, en tanto que sujeto, será referente.

CUANDO EL APRENDIZAJE ES IMPOSIBLE...

FALLAS EN LA CONSTITUCIÓN DEL APARATO PSÍQUICO

Para empezar este apartado, tal vez es necesario partir de la postura que sostiene Bleichmar (2003) de que el pensamiento humano no es una función innata, y sólo se puede pensar esto, gracias a los desarrollos del psicoanálisis que permiten observar en el funcionamiento del psiquismo algo que, como ya se dijo, va más allá de lo autoconservativo y que se liga con la sexualidad. En este sentido, la novedad del Freudismo consiste en suponer al pensamiento no como una función adaptativa, sino como un efecto de la construcción del sujeto en la cual participa el Otro.

Que el pensamiento no sea una función innata, significa que no basta únicamente con el impulso del desarrollo para que éste se despliegue y se exprese totalmente. Tampoco cabe esperar que las dificultades en el pensamiento puedan ser explicadas únicamente como retrasos madurativos o carencias biológicas de base. Por el contrario, es necesario considerar que la posibilidad de la existencia del pensamiento y del aprendizaje humano se deben a un proceso de estructuración delicado y complejo, que precisamente por esto, puede ser fallido y por lo tanto, comprometer la existencia misma del niño en tanto que sujeto.

Para que exista el pensamiento y el aprendizaje en tanto humanos, siempre es necesario que un sujeto esté implicado, ya que no se puede conceptualizar un saber que no se vea atravesado por la subjetividad, en otras palabras, sólo se puede hablar de conocimiento, si éste adquiere sentido para alguien, si éste es articulado desde un sujeto y para un sujeto. El sujeto, cabe recordar, es el producto de un proceso de constitución en el que necesariamente está implicado el Otro y por lo tanto, no es un *a priori* del organismo.

La relación que el sujeto guarda con el objeto siempre está mediada por el Otro, que funciona como un lugar privilegiado en donde el sujeto habrá de encontrar el código signifiante que le permita romper con lo real, en tanto que inmediatez de lo vivido, y acceder así al orden simbólico. De esta relación accidentada con el Otro, también dependerá la instauración del inconsciente y el nacimiento del sujeto en tanto que, al conformarse el inconsciente, a su vez también se conforma la totalidad del aparato psíquico, mismo que constituye la posibilidad fundante de toda actividad del pensamiento.

Una vez que la represión primaria ha tenido lugar y mediante el mecanismo de la resignificación, el inconsciente se funda como habiendo existido desde el principio ya que aquellos trazos primitivos adquieren un nuevo estatuto. Otra forma de aproximarse a lo anterior, ya no de forma temporal sino tópica, consiste en pensar al inconsciente, en su calidad de discurso del Otro, como algo que preexiste al sujeto, pero al mismo tiempo, como algo a lo que cada sujeto, al inscribirse en él habrá de fundar para existir. Considerando lo anterior, cuando se habla del surgimiento del inconsciente, esto se hace a partir del recorte del proceso desde el lado del sujeto, para quien el inconsciente no existe desde el comienzo.

Una vez constituido el psiquismo, el inconsciente deviene condición del saber, ya que el corte que tiene lugar entre el sujeto y la inmediatez de lo vivido es lo que permite que el hombre interrogue a lo real constituido en realidad por la intervención de los registros simbólico e imaginario. A su vez, si el saber ha de articularse es mediante la represión del inconsciente puesto que se constituye a partir de la ausencia del objeto, de la metaforización de lo real (Dor, 1997). La pulsión epistemofílica, es un patrimonio específicamente humano en tanto que el sujeto está constantemente atravesado por enigmas que activan permanentemente el inconsciente (Bleichmar, 2003)

En el caso extremo de aquel niño en el que se encuentra severamente comprometida su estructuración psíquica, que no se ha humanizado, que no ha devenido sujeto, pueden darse ciertos esbozos de pensamiento y de cognición, pero tendrán características diferentes porque estarán desbordados por la inmediatez con el objeto (Bleichmar, 2003)

Como señala Bleichmar (2003), con relación a las dificultades para aprender, las fallas de base, tales como la no constitución de la lógica identitaria o de la lógica Aristotélica, la imposibilidad de la negación y la

incapacidad para fundar categorías de clasificación y de temporalidad, deben ser consideradas con sumo cuidado, ya que pueden señalar la posibilidad de una no constitución del psiquismo a una imposibilidad para aprender que se remite a la ausencia de sujeto. Es importante prestar atención a los trastornos profundos del lenguaje y de la inteligencia donde las categorías lógicas del pensamiento se encuentran perturbadas, ya que constituyen la manifestación clínica de las fallas en el proceso de estructuración del sujeto.

INHIBICIÓN, SÍNTOMA Y APRENDIZAJE

Ahora, es momento de suponer que aquél barco que constituye el niño ha llegado al buen puerto de la inscripción en lo simbólico y con esto ha devenido sujeto. Supóngase también que el proceso de estructuración psíquica ha concluido y dado como resultado la división de los sistemas inconsciente, consciente-preconsciente y por ende, las categorías lógicas del pensamiento están presentes.

Una vez que han quedado atrás todas las posibles fracturas y contingencias que se han identificado en la constitución del psiquismo y que pueden tornar imposible el aprendizaje, resta preguntar, ¿esto asegurará por sí sólo que para el sujeto, el aprendizaje ya no sea un problema? La respuesta lamentablemente es un contundente no, ya que, como señala el psicoanálisis, en la especie humana, todo aquello que tiene que ver con la sexualidad, y por supuesto que se ha de incluir al aprendizaje entre ello, tiene un carácter fallido, mismo que se desprende de la existencia del inconsciente.

El aprendizaje específicamente humano, exige la presencia de un aparato psíquico que funcione, lo que implica, que sea capaz de reprimir. La represión, ahora secundaria, es la que regula el flujo abrumador de representaciones, evitando así que la conciencia sea inundada por los contenidos del inconsciente, lo cual haría imposible que el pensamiento siguiera un curso.

Como Freud señala en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926), texto en el que ya introdujo su segunda tónica, la función económica de la represión secundaria, consiste en regular la cantidad de energía que puede ligar, es decir, manejar el sistema consciente-preconsciente, sin ser desbordado. Este aumento desmesurado de energía que resulta traumática para el aparato psíquico es experimentado como angustia por el yo. El aparato psíquico logra regular la producción de angustia automática mediante la generación de un afecto que avisa del aumento de energía y lo detiene mediante la intervención de la agencia placer-displacer. Dicho afecto es la angustia señal que consiste en un pequeño displacer que produce el yo a manera de advertencia, con el fin de ahorrarse un gran displacer.

Existen varias formas en las que el sujeto se enfrenta a la angustia, una de ellas consiste en la formación de síntomas. El síntoma se forma cuando una satisfacción pulsional que amenaza con provocar angustia es interceptada por el proceso represivo, mismo que coarta el devenir consciente de la

representación que era portadora de la moción desagradable generándose una producto que es una formación de compromiso entre la moción pulsional y la instancia represiva.

La inhibición, que consiste en una limitación funcional del yo, es otra forma en la que el sujeto se hace cargo de la angustia y que puede tener múltiples causas:

- La primera de ellas, consiste, en el caso de las inhibiciones especializadas, en la erotización de los órganos requeridos para esas funciones, así, el yo renuncia a estas funciones porque para él representa simbólicamente la satisfacción pulsional a la que ha renunciado para evitar la aparición de angustia.
- La segunda de ellas, se encuentra ligada a una necesidad inconsciente de castigo. El yo se guarda de realizar todo aquello que le proporcionaría éxito, ya que su severo superyó se lo niega.
- Por último, las formas más globales de inhibición tienen que ver con un mecanismo diferente, aquí, el yo se encuentra abstraído por un proceso que requiere de toda su energía y por lo tanto no puede ocuparse de otras funciones.

Por definición, la sexualidad específicamente humana excede los límites de lo biológico por lo que necesariamente guardara un carácter traumático para el sujeto. La pulsión epistemofílica, que siempre tiene en su base la curiosidad sexual, estará, por este simple hecho, condenada a tener que vérselas con la instancia represiva. La pulsión epistemofílica buscará una forma de saber sobre el sexo que pueda burlar la represión, y lo logrará, pero sólo a través de formaciones de compromiso, síntomas, inhibiciones, que tornaran al aprendizaje humano, en un proceso fallido. En vista de lo anterior, se puede considerar que el aprendizaje en general, es en sí mismo un síntoma, un efecto de la represión, la cuál forzará al niño a mostrar interés por otros temas que no serán manifiestamente sexuales, pero que estarán ligados simbólicamente a la sexualidad. De esta forma, es como el deseo de saber se extiende a otros contenidos, es decir, se sublima y consigue por fin eludir la instancia represora.

En algunas ocasiones, la pulsión epistemofílica no consigue sublimarse del todo dando lugar a ciertos síntomas e inhibiciones que tornan difícil el aprender. Con relación a estas dificultades, se puede encontrar en los escritos de Freud algunas consideraciones teóricas.

El pequeño Hans (Freud, 1909), fue uno de los primeros niños que se psicoanalizaron. En un principio, inspirados por el psicoanálisis, la intención de los padres de Hans consistía en educar a su primer hijo en un clima de confianza, que implicaba no mentirle ni engañarle sobre los asuntos importantes de la vida. Pero, poco tiempo después, todo este asunto terminó

desembocando en el análisis formal de Hans, que fue supervisado, vía carta, por Freud y conducido por el padre. El tratamiento psicoanalítico de Hans inició cuando el padre observó las primeras manifestaciones de la neurosis infantil de su pequeño que incluían algunos síntomas relacionados con el aprendizaje.

No obstante de constituir una experiencia inédita, el análisis de Hans dice muy poco con relación a los problemas de aprendizaje, lo cual probablemente se debe, a que el posterior desarrollo de la fobia de Hans, no desencadenó en una marcada inhibición para el aprendizaje o en una franca sintomatología relacionada con éste. No hay que olvidar que en aquellos tiempos, Hans aún no se encontraba en la edad escolar.

En este sentido, tal vez los escritos tempranos de Melanie Klein, donde aborda el caso de Fritz, son los que constituyen la primera aproximación directa (y en carne propia) que el psicoanálisis tiene con el campo de los problemas de aprendizaje. Klein se ocupa del caso de Fritz casi diez años después de que Freud hiciera lo mismo con Hans y en esos diez años la teoría psicoanalítica había avanzado mucho y por lo tanto, este análisis rindió nuevos frutos teóricos con relación a los síntomas y las inhibiciones relacionadas con el aprendizaje. Es más, se puede señalar que el enfoque Kleiniano y el abordaje psicoanalítico de los problemas de aprendizaje surgieron en el mismo momento y a partir de la misma experiencia originaria, el trabajo psicoanalítico con Fritz. En vista de lo anterior, creo que este caso de Melanie Klein puede constituirse como un buen punto de partida para nuestra indagación sobre la forma en que el psicoanálisis aborda la cuestión de los niños para los cuales el aprendizaje es un problema.

La experiencia de Klein, que se seguirá en este texto, es aquella que es conocida bajo el nombre de “La educación psicoanalítica de Fritz” (Petot, 1989) misma que se consigna a lo largo de varios artículos que fueron escritos en un periodo comprendido aproximadamente entre 1919 y 1922. Por principio de cuentas, es necesario señalar que bajo el seudónimo de Fritz se puede reconocer fácilmente a Erich, el hijo menor de Melanie Klein nacido en 1914 y que contaba con cuatro años y nueve meses al inicio de la experiencia. Si bien actualmente puede parecer extraño que una madre se encargue del tratamiento psicoanalítico de su hijo, en ese momento Freud lo consideraba adecuado, e incluso aconsejable (1909) en vista de que por una parte sólo un padre podría conjugar en sí el respeto y la confianza necesaria para que un niño entre en situación psicoanalítica, y por otra parte, hay que considerar que aún eran escasos los psicoanalistas a los que se les podía confiar un niño.

Por principio de cuentas, hay que señalar que Melanie Klein se sintió atraída por el psicoanálisis debido a motivos tanto científicos como personales. En primera instancia, Klein busca en el psicoanálisis una forma de enfrentar sus dificultades y por la otra, también busca una forma de comprender el mundo que la rodea. Una vez que Klein se hubo acercado al psicoanálisis, y como mucha gente de su generación, ella comenzó a contemplar la posibilidad

de implementar intervenciones profilácticas de inspiración psicoanalítica que pudieran prevenir en los niños daños mayores a futuro, entre ellos, el poco amor al saber y la falta de curiosidad científica.

En este espíritu, es que Klein señala que la “enfermedad” más difundida de la humanidad es lo que ella llama “inhibición intelectual”, misma que sólo podría ser combatida por el psicoanálisis. La forma en la que Klein se propone hacer esto, es a través de la implementación de una educación de inspiración psicoanalítica, que estaría basada en unos principios muy sencillos, a saber: Ausencia de educación religiosa; supresión de los tabúes referentes a la curiosidad sexual del niño; educación sexual; lucha contra la megalomanía humana y la creencia en lo maravilloso (Petot, 1989).

Tal vez, todos estos principios podrían resumirse en uno solo, que podría enunciarse así “al niño hay que hablarle con la verdad”. Este principio es el mismo que posteriormente guiará el trabajo de otra importante psicoanalista de niños, Françoise Dolto (1981) quien nos señala que: “aunque el niño no tiene derecho a saberlo todo, siempre que nos dirigimos a él hay que hablarle con la verdad”.

Con relación a Fritz-Erich, el principal motivo de que se intentara una intervención psicoanalítica con él, podemos encontrarlo en el deseo y en la angustia de su madre. En efecto, como Petot (1989) nos señala, Melanie Klein sentía una gran inquietud a causa de éste, su tercer hijo, ya que consideraba que su desarrollo intelectual estaba retrasado en relación a sus hermanos, por lo que se sintió impulsada a hacer algo al respecto. Utilizando las mismas herramientas que ella había comprobado eficaces para sí misma, fue que se decidió a abordar terapéuticamente a su hijo.

Antes de empezar, cabe hacer notar que actualmente aún existen controversias sobre la gravedad del estado de Erich. Por ejemplo, Silvia Bleichmar (1993) se pronuncia al respecto, señalando que posiblemente las dificultades del niño podrían deberse a fallas en su estructuración psíquica. En cambio, otros autores opinan lo contrario, Petot (1989) considera que las preocupaciones de Klein hacia Erich eran infundadas, ya que el desfase descrito en el niño es el esperado para su edad. En vista de esto, hay que considerar que los temores de Klein son infundados. La preocupación que Klein manifestaba por Erich, se originaba principalmente en ella, en sus propios miedos y no tanto en el estado real del niño, ni mucho menos en su desempeño verdadero. Esta preocupación infundada, dicho sea de paso, es algo que también suele ser común en algunos de los casos de problemas de aprendizaje. La lectura crítica de los textos Kleinianos originales, así como de los comentarios de Petot y Bleichmar me inclinan a tomar partido por la siguiente posición. La estructuración psíquica de Erich no se evidencia como comprometida y sus manifestaciones clínicas parecen ser neuróticas, es decir del orden de la inhibición y el síntoma.

Entrando en materia, se puede consignar que lo que Klein señalaba desde el psicoanálisis, es que la educación moral y religiosa puede traducir la inhibición del deseo de aprender en los niños. Así, para tratar de evitar este efecto pernicioso y para poder remediar los posibles daños que ya tuviese el niño, Klein se decide a poner en práctica con él una “educación psicoanalítica”. La finalidad de la educación psicoanalítica era muy sencilla, a saber, consistía en liberar la curiosidad del niño y preservarlo así de la represión. Como resultado de esta práctica, Erich se mostró más curioso y despierto. En efecto, la pulsión epistemofílica del niño se expresaba libremente, pero esto no representó una solución, porque el niño no dejaba de hacer y de decir cosas que aunque inteligentes resultaban inquietantes para los adultos de su entorno no acostumbrados a escucharlas.¹

En 1919, Klein comunicó este trabajo en la Sociedad Psicoanalítica de Budapest, pero ocultando la identidad de Erich y su parentesco con ella. Antón von Freund, después de felicitarla, le señaló que aunque las explicaciones dadas al niño eran exactas, su carácter no podía considerarse del todo psicoanalítico, puesto que no interpretaban las fantasías inconscientes del pequeño². Klein sólo pudo aceptar esta observación tiempo después, cuando se percató de que el niño insistentemente le volvía a preguntar una y otra vez la misma cuestión de la que ya sabía la respuesta consciente. Sin embargo, y aunque podía captar su significado, Klein no se decidió a interpretar las fantasías inconscientes de Erich, mismas que estaban en el fondo de sus preguntas insistentes. Como resultado de lo anterior, poco a poco e inevitablemente, el estado de Erich, y su relación con el aprendizaje empeoraron.

Aquí es importante hacer notar que un examen más atento del texto de Klein, muestra que gran parte de las fantasías formuladas inconscientemente en las preguntas de Erich, y que por eso mismo, eran responsables de la insistencia del niño, parecen guardar relación con contenidos reprimidos en la propia Klein, a los cuales ella aún no se había enfrentado. Este es un punto importante al que más adelante se regresará ya que ilustra de qué forma el problema de aprendizaje se crea en un espacio intersubjetivo y por lo tanto, sólo puede ser resuelto con la participación de los otros del niño.

Más adelante, y tal vez gracias a un progreso en la comprensión de su propia persona, Melanie Klein pudo interpretar dichas fantasías, y en consecuencia, tanto el aprendizaje del niño como su actitud en general mejoraron. Para ese entonces, las fantasías de Erich constituían el material principal del proceso terapéutico que por el hecho de interpretarlas ya se podía denominar analítico.

¹ Otro resultado que tiene la educación excesivamente represiva del niño, consiste en preservar al adulto de la angustia que despierta en él las manifestaciones de los complejos infantiles, mismos que evocan los suyos, puestos que estos sólo han sido sofocados a medias y con un gran costo energético de su parte. En otras palabras, la educación represiva del niño, es un esfuerzo de reaseguramiento de la propia represión del adulto.

² Posteriormente Klein basó su trabajo en la interpretación de la fantasía inconsciente del niño

En este punto del tratamiento de Erich, Klein ya había renunciado a la prosecución de un ideal y en cambio había comenzado a ocuparse de la escucha del niño, es decir había pasado de una postura pedagógica a una postura psicoanalítica.³ Gracias al análisis de las fantasías inconscientes de Erich, él pudo superar sus inhibiciones en la escritura y en la aritmética, sorprendiendo incluso a sus maestros con asombrosas mejorías, que se manifestaban de la noche a la mañana revelando el carácter sintomático e inhibitorio de sus dificultades. Estas experiencias le sirvieron a M. Klein para postular ciertos principios con relación a las dificultades de aprendizaje de carácter neurótico que aún hoy siguen resultando vigentes y útiles (Petot, 1989).

Resulta difícil dar cuenta de las fantasías inconscientes subyacentes a las inhibiciones intelectuales tanto de Erich como de los otros niños que Klein consigna a lo largo de varios artículos, por ejemplo en “El papel de la escuela en el desarrollo libidinal del niño” (1923), “análisis infantil” (1923) y “Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual” (1931), lo cual puede deberse a dos motivos de naturaleza distinta:

- El primero de ellos consiste en que para el adulto, al resultar dichas fantasías tan ajenas, arcaicas y reprimidas, se negará a aceptarlas a menos de que haya un trabajo de análisis previo que lo conecte con sus núcleos infantiles reprimidos.
- El segundo, consiste en que sólo el trabajo directo con niños nos convence de lo universal de dichas fantasías.

Melanie Klein (1923,1931) propone que el primer objeto de interés epistémico del niño es el interior del cuerpo de la madre, posteriormente, entrará dentro de esta esfera de interés el pene del padre y el cuerpo del niño, para desembocar en un interés en el coito y la concepción. De manera general, ella sostiene también que de una forma más o menos desplazada, todos los intereses intelectuales del niño, tiene su base inconsciente en estos primeros objetos epistémicos. La represión secundaria al operar en la curiosidad sexual del niño, terminará por extender su dominio a aquellos intereses intelectuales sublimados y desplazados, razón por la cual se puede asegurar que cualquier dificultad con el aprendizaje, está constituida por una inhibición que se origina en la angustia de castración. Resumiendo, el niño inhibe la función intelectual porque dicha actividad ha devenido para él un sustituto inconsciente de un interés sexual prohibido, que, de llevarse a cabo, despierta la angustia de castración. El procedimiento correcto para encontrar el significado inconsciente, responsable de una inhibición intelectual en particular, debe ser colegido vía asociativa en el trabajo analítico particular de cada niño.

³ Este es, precisamente el punto de divergencia entre educación y psicoanálisis. La primera persigue un ideal, el segundo es un ejercicio de comprensión de lo que es.

Algunas de las conexiones inconscientes de carácter típico que Klein y otros autores señalan, son las siguientes: Sadger (1920, citado en Klein, 1923) vincula el temor a los exámenes como temor a la castración. Strachey (1930, citado en Klein, 1931) señala que la lectura tiene el significado inconsciente de tomar conocimiento del cuerpo de la madre y que el temor a robarla o lastimarla es responsable de la inhibición de la lectura. Los maestros, según Klein (1923) son sustitutos del padre. El interior de la escuela, el pizarrón, la cátedra y el escritorio, representan el cuerpo de la madre. Los instrumentos de escritura, representan el pene; y las tareas escolares, representan tanto el coito, como la actividad masturbatoria.

Por otra parte, las diferentes ramas del saber, también tendrían significados inconscientes que Klein reseña: la geografía se relaciona con la exploración del cuerpo de la madre; las matemáticas son la sublimación de pulsiones agresivas y egoístas; la historia satisface la curiosidad inconsciente del origen; el trabajo manual, en general, tiene que ver con la concepción y la capacidad genital. Sin embargo, hay que guardarse mucho de suponer que lo anterior constituye una tabla unívoca de correspondencias.

INTERSUBJETIVIDAD Y PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

La concepción tradicional de los problemas de aprendizaje parte del supuesto de que este únicamente se encuentra en el niño, que en él está su causa y que toda intervención posible debe estar orientada a modificar o corregir los factores internos que condicionan el problema.

Esta concepción también contempla algunos factores externos en los problemas de aprendizaje, pero no considera que sean suficientes, ni necesarios para explicar su génesis, (Saad, 1998). Sin embargo, si se aspira a alcanzar una comprensión clínica de esta situación, es necesario replantear el papel que lo externo al niño juega en la conformación de la dificultad para aprender, al punto de que se debe ubicar a los problemas de aprendizaje como la manifestación de una situación intersubjetiva en la que han entrado en conflicto varias instancias entre las que se encuentran: el deseo y la subjetividad del niño, la subjetividad de los padres y maestros, así como la demanda que tanto ellos, como la institución educativa y la sociedad en su conjunto le hacen al niño.

Cualquier intento de aproximación clínica al campo de las dificultades para aprender, tendrá que considerar esta característica, a saber, que las dificultades para aprender sólo se pueden construir con base en una importante participación del Otro. Como señala Dreifuss (2003), el problema de aprendizaje tiene implicaciones más complejas que cualquier otra manifestación clínica, porque no sólo se agota en el cuerpo y del inconsciente del niño, sino también hace participar al cuerpo y al inconsciente del otro. Por ejemplo, en el historial de "Fritz", se puede observar claramente... la institución de una norma arbitraria que sirve para comparar al niño (el desarrollo de sus hermanos); la demanda del Otro del niño, que se origina en

otro lado (en este caso el malestar y la preocupación de Klein); y por último, habremos de esperar un poco, para que la presencia del tercer elemento se evidencie, a saber, el malestar que el problema de aprendizaje recubre (y que en este caso tiene que ver con la situación intrapsíquica de Klein).

Se puede decir que, como categorías clínicas, tanto los problemas de aprendizaje como el fracaso escolar, sólo surgieron hasta que se institucionalizó la educación pública obligatoria, porque sólo bajo esta nueva circunstancia, fue posible que coincidieran y se enfrentaran en una misma situación el malestar sin palabras del niño y la demanda desmedida que la sociedad hace de él.

No hay que olvidar que la sociedad le exige mucho al niño, lo que le ofrece no es gratuito, a cambio de ello, la sociedad espera que el niño, convertido en adulto sea quien pueda salvarla, reformarla, darle sentido y al final justificarla. Ese es el sentido de lugares comunes tales como “los niños son el futuro” o “una buena educación forma mejores ciudadanos”.

El mero hecho de que se hable, de que tal niño padece un problema de aprendizaje, señala la presencia de un otro, un padre o maestro que compara el desempeño del niño con el de los demás, y decide que ahí hay algo que no anda bien. Esta comparación se da a partir de un criterio arbitrario, e implicará una demanda de una normalización.

Hay casos, que no son pocos, donde es el mismo niño quien “detecta” su problema, donde es él y no otro, el que reacciona ya sea con temor, angustia o indiferencia ante su situación, pero, basta señalar que aún en estos casos, el problema de aprendizaje sólo se inaugura en el momento en que el niño se juzga a sí mismo, desde un ideal y como diferente a sus pares que comienza a pensarse en desventaja con ellos.

A propósito de lo anterior, resulta muy ilustrativa la siguiente viñeta. Un niño preescolar me fue referido por su escuela por problemas de lenguaje y aprendizaje. Su padre, quien niega cualquier posibilidad de que algo ande mal con su hijo, “ya que es muy inteligente en relación con sus compañeros”, comparte en la entrevista, este recuerdo de su propia infancia:

“Yo me sentía muy feliz en la escuela, ya que era más fuerte, más grande y más alto que mis compañeros, les ganaba en todo y así fui muy feliz por un rato, bueno, por lo menos hasta que después de un tiempo me di cuenta de que ¡como no les iba a ganar! si mis compañeros eran más chicos que yo, ¡yo era el más grande porque me habían reprobado un chorro de veces en el mismo año! Y nadie me lo había dicho...”

Con relación a la demanda, en el caso de los padres, el problema con el aprendizaje de su hijo siempre representara otra cosa en su economía psíquica. La demanda de atención que se formula en el tratamiento provendrá de los otros, irá dirigida al psicoterapeuta pero será vehiculizada por el niño. En este sentido, no es la resolución del problema instrumental del pequeño lo que

inconscientemente demandan los padres, sino una respuesta al nivel de su propia falta (Cordié, 2003).

La demanda en la institución educativa se articula un tanto diferente a la demanda de los padres, no importa que sean los maestros, los directores o los psicólogos de la escuela quienes la vehiculizan, es a través de ellos que una instancia social solicita atención, la demanda en este caso consiste en ayudar al buen funcionamiento del engranaje, y por lo tanto, se pide la normalización del niño, y de no ser ésta posible, se solicita los argumentos para su exclusión.

En lo referente a los problemas de aprendizaje, se puede considerar que la escuela posee una doble vertiente, por una parte, es el ámbito externo más inmediato del niño, donde necesariamente se manifiesta su problemática y por la otra constituye una institución que proyectar elementos propios en el niño y contribuye así en la génesis de la problemática del niño para aprender. En la situación escolar, como señala Anzaldúa (1996), no es posible separar los aspectos subjetivos de los meramente académicos e inclusive que lo verdaderamente trascendente son las relaciones entre maestros y alumnos quedando los contenidos en segundo término.

Ante la disyuntiva que plantea el problema de aprendizaje, misma que consiste en atender al sufrimiento del niño, y solucionar la demanda de los padres o maestros: la mayoría de las aproximaciones han optado por la segunda opción, ya que es la que más resalta, aunque esto lamentablemente implique obviar, ignorar e incluso olvidar al niño supuesto soporte de la problemática. De esta forma, el niño atrapado por los problemas de aprendizaje desaparece como sujeto de su decir y de su sufrimiento, y se erige como prolongación del Otro, se convierte en esa zona donde se localiza la falta que la demanda de los otros señala, y que la mera intervención instrumental promete colmar o al menos silenciar. De esta forma, se puede aprender de la experiencia de Melanie Klein que lleva implícita una paradoja, a saber: el psicoanálisis sólo puede ayudar a la pedagogía si logra poner entre paréntesis toda preocupación pedagógica. O en términos más actuales, que para poder resolver los problemas de aprendizaje, hay que poder olvidarse de la demanda que plantean estos mismos problemas.

En este sentido, un abordaje terapéutico de los problemas de aprendizaje que no tuviese en cuenta estas particularidades de su demanda de solución, sería extremadamente parcial. Si bien, es imprescindible la participación de los padres y maestros en el proceso terapéutico, por otra parte, no significa que siempre se debe intervenir a nivel paterno y escolar porque se disolvería la especificidad de la intervención.

Así ante este entrecruce de subjetividades que implica el problema de aprendizaje, es decir, el sufrimiento del niño y la demanda del Otro educativo, es muy fácil, como señala Cordié (2003) para el experto “psi” que toma a cargo el tratamiento el caer en dos situaciones que ella denomina trampas, a saber:

- a) La trampa pedagógica. En sus primeras manifestaciones el problema de aprendizaje se muestra únicamente en su aspecto intelectual, y es ahí donde el experto “psi” se ve presionado a resolverlo. Basta recordar que dichas manifestaciones son secundarias y que enmascaran un sufrimiento que espera ser subjetivado. Aquél que cae en esta trampa, está condenado a repetir la situación escolar sin resolverla.

- b) La trampa de la bondad. Contrariamente a la creencia popular, los problemas de aprendizaje no se resuelven por “echarle ganas” ni con “porras”. Si bien es necesario cierto grado de confianza en el niño y sus capacidades, los elogios y reaseguramientos desmedidos son vividos por el niño como una negación de sus dificultades y cómo la demanda de otro imposible de colmar.

A lo largo de este capítulo se ha desplegado parte del saber del psicoanálisis en su relación con las dificultades para aprender, resta pues su puesta a prueba, su articulación con la clínica de niños, tarea a la que se dedicarán los siguientes apartados.

IV. METODOLOGÍA

OBJETIVO

La finalidad del presente reporte de experiencia profesional, consiste en dar cuenta de mi formación como psicoterapeuta infantil. Para tal efecto decidí realizar una lectura clínica de enfoque psicoanalítico al campo de los problemas de aprendizaje. Esta lectura propone un abordaje del sufrimiento de los niños para los cuales el aprender duele, que implica una mayor comprensión de su vivencia y su subjetividad, todo esto bajo el supuesto de que si para un niño en particular el aprendizaje se ha constituido como un problema, es sólo en calidad de manifestación observable de un conflicto mayor que espera resolverse. Así, este estudio clínico pretende interrogar los procesos terapéuticos que aquí se presentan para desprender de ellos reflexiones y conclusiones teóricas que enriquezcan la comprensión clínica del campo de los problemas de aprendizaje y que permitan un adecuado abordaje terapéutico.

PARTICIPANTES

Este reporte está constituido por el estudio clínico derivado de dos procesos psicoterapéuticos escogidos entre los que atendí en un periodo comprendido que va de finales del año 2003 hasta mediados del 2005, teniendo como contexto institucional, las actividades de residencia que realicé en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME). Se trata de un niño de nueve años y una niña de diez años de edad, y que tienen en común el haber sido diagnosticado psiquiátricamente con “Trastorno Mixto del Aprendizaje Escolar”

Entre los *criterios de elección* para este estudio, uno de los más importantes es el grado en que la problemática de aprendizaje configura la demanda de atención. Otro de los criterios, es el número de sesiones que comprendió el proceso terapéutico, a razón del cual fue posible un mayor tiempo de trabajo directo con el niño y una evolución más clara del motivo de consulta. Por último, a pesar de ser insoslayable la participación del otro en la conformación del problema de aprendizaje, se escogieron aquellos casos en donde, se puede analizar mejor la relación que el trabajo con los padres tiene en la comprensión y resolución de la problemática del niño. En la medida de lo posible, se buscó también aquellos procesos que permitían alguna posibilidad

METODOLOGÍA

de diálogo con la dimensión institucional de la escuela. Aunque de todos los procesos terapéuticos atendidos, se pueden desprender elementos importantes para la comprensión de nuestro campo clínico, en este reporte sólo se procederá al análisis escrito de unos cuantos; sin embargo, la comprensión alcanzada en los demás procesos que no están directamente reportados, necesariamente se reflejará en el trabajo.

En el cuadro 4.1, se presentan los datos relacionados con los procesos psicoterapéuticos de los 11 pacientes que atendí durante mi estancia en el CISAME. Los nombres de los niños han sido cambiados con el fin de proteger su privacidad. Algunos procesos fueron tan breves que sólo comprendieron 2 sesiones, pero la mayoría duraron más tiempo, incluso hasta 47 sesiones. En muchos casos se tuvo que cerrar el tratamiento porque llegó a su fin mi estancia en la institución. El proceso psicoterapéutico generalmente estuvo constituido por tres fases, una de evaluación psicológica, una de intervención y otra de cierre. La primera fase, comprendía la elaboración de la historia clínica del niño, la aplicación de pruebas psicológicas, tanto psicométricas como proyectivas y la devolución de resultados al niño y a los padres. La segunda fase constituía el tratamiento propiamente dicho, e implicaba el trabajo clínico directo con el niño y en algunos casos con los padres. La tercera y última estaba constituida por la evaluación conjunta del proceso terapéutico, Aunque en cada momento se evaluaba los avances en el proceso. En esta fase final se hacía un recuento de todo lo trabajado partiendo del motivo de consulta y de los resultados de la evaluación y se contrastaban con el estado actual del niño y la observación que los padres hacían de éste.

CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO FÍSICO Y DE LOS MATERIALES EMPLEADOS

La atención psicoterapéutica que se brinda en el CISAME en muchos aspectos suele ser similar a la que podría recibir un niño en consulta privada. Uno de los principales aspectos en el que se dan estas similitudes, es precisamente en el espacio físico. En CISAME se busca que cada profesional cuente con su propio cubículo y que pueda disponer de él, como si de un consultorio privado se tratase; sin embargo, en mi caso, al principio no conté con un espacio físico fijo para trabajar, lo cual me complicaba tanto los procesos de evaluación como los de psicoterapia, porque generaba incertidumbre e interrumpía la continuidad del espacio terapéutico. Esto se resolvió a partir del tercer semestre cuando ya se me asignó un cubículo. De forma general, se puede decir que la mayoría de los cubículos son lo bastante amplios para permitir la terapia de juego, están bien iluminados, cuentan con un escritorio, sillas, archivero, armario y sanitario con lavabo.

En cuanto a los materiales de trabajo, había unos cuantos aportados por CISAME, en especial, una casita de muñecas con muebles, juguete que resulta fundamental en los procesos terapéuticos; y otros, que eran aportados por el mismo terapeuta. En mi caso, contaba con recipientes, material de dibujo y pintura (hojas de diferentes colores y manufacturas, lápices de colores, crayolas, gises, plumines, pinturas de agua y digitales), material no

estructurado (plastilina, masa, fichas, plástico, bloques), miniaturas (animales terrestres y marinos, soldados, carritos, pistolas, alimentos) títeres (animales, oficios, familia, personajes fantásticos), muñecos (bebés, barbies, figuras de acción, robots), kits (supermercado, juego de té, médico, herramientas) y unos cuantos juegos de mesa (palitos chinos, memorama, Lince, lotería). Trataba de mantener despejado el espacio del consultorio para que el niño pudiese usarlo lo más libremente posible. Los juguetes se encontraban en el armario donde el niño los tomaba y donde debía de regresarlos al terminar de jugar. Los juguetes eran compartidos por todos los niños. Conservaba los dibujos de cada niño en una carpeta especial, pero no conservaba las construcciones ni los modelados.

DISEÑO: ESTUDIO DE CASO

Se puede mencionar brevemente que el estudio de casos es considerado un método de investigación cualitativa, que implica un proceso de indagación y se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad de un objeto de interés (García, 1991; citado en Rodríguez et al, 1999). Lo que distingue al estudio de caso es el descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos que surgen con base en un razonamiento inductivo que realiza un examen minucioso del material.

Los procesos de psicoterapia que fueron elegidos y que en su momento tuvieron un objetivo principalmente terapéutico, ahora, en este texto, deviene material clínico en el cual se basarán las reflexiones teóricas

La principal razón para la elección de este método, aparte de la tradición, consiste en que el estudio de caso se acopla de manera natural a nuestro objeto de estudio, reflejando tanto la subjetividad del niño como el sentido teórico que se va encontrando con el trabajo clínico. El resultado de un estudio clínico, permitirá nuevas configuraciones de sentido, donde tanto los conceptos de base como el material clínico, y por supuesto, las nuevas intelecciones encuentran un mejor acomodo que permite *a posteriori* una mayor penetración en el campo clínico y un afinamiento de las herramientas tanto teóricas como terapéuticas con las que ya se contaba, así como la creación de nuevas.

PROCEDIMIENTO

Se procederá al análisis individual de cada proceso psicoterapéutico tomando en cuenta aspectos tales como:

- La demanda de atención, misma que en el caso de los niños resulta aún más compleja porque está conformada por la demanda del niño, la de sus padres y la de la escuela, creándose así una situación compleja con múltiples equívocos y desencuentros.
- El diagnóstico psiquiátrico, que constituye nuestro punto de partida e interrogación de aquello por lo que está pasando el niño.

METODOLOGÍA

- La evaluación psicológica, que es una poderosa herramienta que nos permite adentrarnos en la subjetividad del niño, brindando luz sobre aquellos aspectos relevantes, permitiéndonos afinar hipótesis y descartar posibilidades. En suma, anticipando en su indagación algunos rumbos fundamentales de la futura intervención.
- La historia del niño, que sólo es completa cuando contempla también la historia de sus padres y de su familia. Historia que no puede entenderse sin un contexto y que al desplegarse revela a la dificultad para aprender como plena de significado y sentido.
- Los aspectos transferenciales y contratransferenciales, que no pueden dejarse de lado ya que son una importante fuente de información tanto en la elaboración teórica como en la intervención clínica.

Por último, para la elaboración de este análisis se tomará como dato principal el desarrollo del proceso terapéutico. De esta forma, de la totalidad de un proceso psicoterapéutico que se guió por la subjetividad del niño, este estudio clínico representa sólo un segundo momento, tiempo en el cual el material clínico es reorganizado en un informe en función de un interés teórico, que consiste en acercarse a la subjetividad de aquellos niños para los cuales el aprendizaje es un problema. En este sentido, el material proveniente de los procesos psicoterapéuticos se constituye en una posibilidad abierta para la reflexión teórica, misma que permite encontrar nuevos caminos terapéuticos.

CUADRO 4.1
DATOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CISAME

Los niños marcados con √ son aquellos que se escogieron para el estudio de caso.

Niño	Motivo de consulta	Impresión DX Psiquiátrica	DX Psicológico	Foco Psico-terapéutico	Principales Avances Psicoterapéuticos	#S Tx
JOSE MANUEL √ 9 años 2do repetido (antec.epilepsia)	<i>La madre refiere: “a mi hijo se le olvida rápido lo que aprende y lo hace muy lento, es un niño tachado, también tuvo problemas con sus compañeros, ya que lo rechazan y le pegan, pero él no dice ni hace nada. Además es muy chillón, hubo un tiempo que se la pasaba llorando”.</i>	Trastorno mixto ansioso depresivo [F:41] Trastorno mixto del aprendizaje escolar (F.81.3)	El conflicto familiar relacionado con la separación y divorcio de sus padres, así como la reconstitución familiar al lado de su madre y cambio de apellido, condicionan un clima emocional poco favorable para el desarrollo del niño	-Ayudar a que el niño elabore los sentimientos que le provoca su situación familiar. -Abordar la negación del pasado que se observó en la madre -Trabajar las problemáticas de socialización y aprendizaje.	-se resolvió la negación del pasado, lo que dio lugar a la manifestación de todo el odio y resentimiento que sostenía la madre -se trabajó con el niño la diferencia entre sus sentimientos y los de su madre. -se mejoró la situación social y escolar no reprobando como la madre lo pronosticaba	47
BERENICE √ 10 años 5to	La escuela reporta que es muy distraída, no participa en clase, es callada, insegura tiene bajas calificaciones y el padre observa que no se relaciona con otros niños	Trastorno mixto del aprendizaje escolar (F.81.3)	Los padres muestran angustia hacia el desempeño escolar de su hija, siendo ellos mismos quienes la subestiman y sobreprotegen.	-Ayudar a que la niña comprenda y elabore las causas de su angustia. Trabajar las problemáticas de socialización y aprendizaje.	- La niña pudo identificar a sus padres como la fuente de su angustia y por lo tanto su propia angustia disminuyó, resolviéndose su síntoma. - a pesar del temor de los padres, la niña ingresó a secundaria.	33
MARISOL 9 años 3ro	Madre “desde que va en primero de primaria vienen las dificultades, problemas para acceder a los contenidos del grado; pero fue en segundo año cuando me doy cuenta que no formaba palabras y la profesora la calificaba bien”. “se le olvida lo que aprende, no retiene y se le dificulta analizar y comprender”. Marisol “lo que se me dificulta en la escuela son las materias español y matemáticas, soy muy lenta, no terminé la actividad y por miedo a que me regañe la maestra no la llevo a calificar y tampoco cuando no hago la tarea”.	Trastorno mixto del aprendizaje escolar (F.81.3)	-Confusión dentro del entorno familiar y falta de diferenciación e individuación que se refleja en sus dificultades académicas.	- ayudarla a comprender y aceptar su situación familiar de tal manera que pueda desarrollar recursos que le permitan enfrentarse - tratar aquellos factores emocionales que afectan su desempeño escolar.	-Se consiguió que la niña tenga una adecuada comprensión de su entorno familiar, permitiéndole así una mayor diferenciación. - Se trabajó con la niña la forma en que la confusión que experimenta en casa se refleja en sus dificultades académicas. Se observaron cambios en su conducta en la escuela.	17

METODOLOGÍA

<p>JORGE 10 años 4to</p>	<p>Madre <i>“llegué aquí a CISAME cuando tenía 7 años para tratar lo de su nerviosismo y porque le cuesta trabajo la escuela”</i>.</p>	<p>trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F.93); Trastorno mixto del aprendizaje escolar (F.81.3) y descartar trastorno de estrés postraumático (F.43.1)</p>	<p>Como resultado de la angustia de la madre, el niño desarrolló una fobia (temor a desangrarse hasta vaciarse).</p>	<p>-Trabajar con el niño la angustia que está en la base de la fobia.</p>	<p>- Reducción de la angustia y la sintomatología fóbica.</p>	<p>15</p>
<p>MARIA 11 AÑOS 4TO</p>	<p>Madre <i>“Me preocupa su aprendizaje; reprobó 2º año, no lee ni toma dictado. No pronuncia bien y se come las letras. Cambia la d por la b. Ya la he mandado a regularización. Todo lo hace pero cuando ella quiere”</i>. Niña <i>“Vengo a echarle ganas, a trabajar para ya no venir aquí. No pongo atención y se me olvida lo que me enseñan”</i>.</p>	<p>Trastorno mixto del aprendizaje escolar (F.81.3)</p>	<p>- Presencia significativa de indicadores de daño neurológico en todas las pruebas psicológicas. - Duelo no enfrentado ni elaborado en toda la familia por la muerte de un hermano bebé. - Dificultad de la madre para enfrentar las problemáticas de la niña.</p>	<p>-Comprensión de la niña de su probable condición neurológica. -Trabajo con la madre para elaborar e integrar la condición de su hija y la muerte de su hijo.</p>	<p>- Se consiguió cierto grado de aceptación por parte de la madre. Se consiguió cierto grado de comprensión de su probable situación neurológica por parte de la niña. -Comprobación clínica de las dificultades de la niña.</p>	<p>17</p>
<p>FERNANDA 8 años 2do año repetido</p>	<p>La madre refiere que <i>“le cuesta trabajo ponerse a estudiar, no entiende lo que le explican en la escuela, no cuida sus cosas, no hace caso, va mal en todas las materias y tal vez repruebe de nuevo”</i>. La niña supone que acude al CISAME porque <i>“hace travesuras y porque se tiene que poner a estudiar”</i>.</p>	<p>Trastorno mixto del aprendizaje escolar (F.81.3) trastorno mixto ansioso depresivo (F.41.2); enuresis nocturna (F.98) y familia reconstruida.</p>	<p>Es una niña que se encuentra en una situación familiar sumamente difícil, en pocas palabras, la madre es incapaz de proporcionarle las condiciones mínimas para su desarrollo, lo cual ha originado una problemática severa que compromete todas las áreas evaluadas.</p>	<p>Las áreas prioritarias de atención son: La modificación de su contexto familiar, y Las fantasías de salida a calle.</p>	<p>Se canalizó a Trabajo Social para que evalúe la situación de la menor.</p>	<p>6</p>

<p>PABLO 10 años 5to</p>	<p>Escuela “agresivo, desobediente, no atiende a las indicaciones y además miente para justificar diversas actividades, ocasionando así mayores conflictos para él y sus compañeros”. Madre le preocupa que sea “peleonero” y que “tenga la tendencia de agarrar las cosas, que no obedece y se hace pipí”. Pedro dice que asiste a consulta debido a su “mal comportamiento, porque soy peleonero e inquieto”, pero a él lo que más le gustaría es poder “poner atención en las clases y obedecer”.</p>	<p>Trastorno de Déficit de la Atención con Hiperactividad (F.90), Enuresis nocturna (F.98) y Trastorno mixto del aprendizaje escolar (F.81.3)</p>	<p>- El niño presenta los efectos de una situación prolongada de violencia familiar que se puede rastrear desde varias generaciones. Aparte su entorno social favorece y fomenta la conducta agresiva. No hay indicadores de disfunción fisiológica que condicione su conducta.</p>	<p>-Ayudarlo a comprender su situación familiar de tal manera que pueda desarrollar recursos adecuados diferentes a la violencia para enfrentar y solucionar problemas.</p>	<p>Se trabajó los efectos que la violencia familiar tiene en él, así como también las causas que lo llevan a agredir a sus compañeros y las consecuencias que esto tiene. Se encontraron alternativas para que exprese sus sentimientos y se relacione con los demás. - Las peleas disminuyeron y tiene una mejor comprensión de los motivos que lo impulsaban a ello.</p>	<p>14</p>
<p>JESÚS 9 Años 4to</p>	<p>A la madre le preocuparon y confundieron los resultados de un estudio psicológico de práctica donde se concluye que tiene TDA . Existen reportes escolares en ese sentido. Temor a dormirse solo</p>	<p>Trastorno de déficit de atención</p>	<p>El trabajo clínico no encuentra elementos que apoyen el diagnóstico de TDA, pero se observa una problemática relacional en el salón de clases. También existen ciertas dificultades en la dinámica familiar.</p>	<p>- Tener elementos clínicos para abordar con la madre la preocupación que le originó la posibilidad del TDA. -Trabajar con el niño su temor a dormir solo.</p>	<p>- Se resolvió la angustia de la madre con relación al TDA. - A partir de la comprensión de la dinámica familiar, se encontraron las causas del temor del niño.</p>	<p>18</p>
<p>JOCELYN 11 años 2do año multirepetido</p>	<p>Madre “me preocupa que nunca llegue a ser capaz, que no pueda adquirir los conocimientos ni habilidades, ya que tiene 11 años y todavía sigue en 2° año de primaria.</p>	<p>Trastorno mixto del aprendizaje escolar (F.81.3) y trastorno de adaptación reacción depresiva prolongada (F.43)</p>	<p>Desempeño escolar detenido. no ha desarrollado habilidades básicas, (lecto-escritura, operaciones aritméticas elementales). En la escuela, todo está paralizado. Importante averiguar por qué los intentos de solución anteriores no han tenido éxito.</p>	<p>Canalización de la niña a una institución que brinde educación a niños con necesidades especiales.</p>	<p>-Se llevó a cabo una devolución exhaustiva de los resultados de la evaluación a la madre de forma tal que pueda apoyar y ayudar a la niña. -Se trabajó con la madre la aceptación de la necesidad de canalizar a la niña. -Se ubicó el deseo de la madre de conseguir beneficios económicos a partir de la situación de su hija.</p>	<p>13</p>

METODOLOGÍA

BLANCA 10 años 5to	Madre "Por aprendizaje, se para, no lleva la tarea, y es enojona"	Trastorno mixto ansioso depresivo [F:41] Trastorno mixto del aprendizaje escolar (F.81.3)	DEJÓ DE ASISTIR	2
IKER 8 Años 3ero	Madre sospecha abuso sexual. Pone las letras al revés, es agresivo y llora	Trastorno mixto del aprendizaje escolar (F.81.3)	DEJÓ DE ASISTIR	2

V. CASOS CLÍNICOS

JOSÉ MANUEL

“QUE NO RECUERDE PARA QUE NO SUFRA”

Dentro del trabajo clínico, se observa que en muchos de los casos, los padres buscan lo mejor para sus hijos, sin embargo, por lo común, esto constituye más un deseo que en un verdadero actuar. Por lo general lo que más les preocupa es su aprovechamiento escolar, sin importarles el costo que conlleve; es muy claro que los padres muchas veces tratan que el niño tenga y haga lo que ellos no hicieron, o bien los culpan de sus propios fracasos sin la capacidad de diferenciar lo que es suyo y lo que es del menor.

José Manuel de nueve años, se encontraba cursando el segundo año de primaria cuando Rosa, su madre comenzó a buscar ayuda. La dificultad no era nueva, Rosa había notado que su hijo tuvo problemas desde el primer momento en que entró a la escuela, pero ahora, gracias a un familiar que la orientó, supo a donde dirigirse. Enterada de la atención integral que el CISAME brinda a los niños, fue como tomó la decisión de llevar a su hijo a esa institución.

Después de la entrevista inicial con la paidopsiquiatra, a José Manuel se le dio un diagnóstico de “Trastorno Mixto del Aprendizaje Escolar y Trastorno Mixto Ansioso Depresivo”. En el lapso de un año, al niño, se le practicaron dos electroencefalogramas, mismos que hicieron sospechar entre otras cosas de inmadurez neurológica, la paidopsiquiatra decidió medicarlo con Valproato¹, esta medida se mostraba prudente tomando en cuenta los antecedentes heredofamiliares del niño. Así, además del fármaco, José Manuel también comenzó a recibir terapia de aprendizaje. Posteriormente, me fue referido para que le practicara una evaluación psicológica y decidiera, con base en esto, la conveniencia de que también recibiera tratamiento psicológico.

En Noviembre de 2003, recibí a la señora Rosa por primera vez. Esto ocurrió casi simultáneamente con mi ingreso a CISAME. La señora Rosa acudió puntual a la cita y me resultaba evidente que ella estaba muy nerviosa. Hasta

¹ El Valproato es un fármaco antiepiléptico de acción anticonvulsivante. La señora Rosa está diagnosticada con epilepsia y la psicóloga escolar sostenía que José Manuel presentaba “crisis de ausencia”

CASOS CLÍNICOS

cierto punto yo compartía este sentimiento con ella, ya que era el primer proceso que atendía en CISAME y aún no conocía muy bien su funcionamiento. Lo que en ese momento tenía en mente era que con anterioridad, al contactar con ella por teléfono, tuve la impresión de que manifestaba una mezcla de alivio y de reproche, que se podía captar en una sola de sus frases, *“por fin voy a recibir la atención que pedí desde hace mucho tiempo”*.

Al empezar la entrevista, me sentí inundada por el mar de sus quejas sobre José Manuel:

“a mi hijo se le olvida rápido lo que aprende y lo hace muy lento, es un niño tachado, también tuvo problemas con sus compañeros, ya que lo rechazan y le pegan, pero él no dice ni hace nada. Además es muy chillón, hubo un tiempo que se la pasaba llorando”.

Estas quejas que demandaban de mí la solución omnipotente tanto de los problemas del niño, como, tal vez los de ella, eran las mismas quejas que servían para no reconocer responsabilidad alguna en la problemática de su hijo. En ese momento yo aún no sabía nada de lo mucho que Rosa insistiría en estas quejas a lo largo de todo el proceso terapéutico y mucho menos sospechaba aún su temprano e importante carácter transferencial. En el futuro, casi todo encuentro con ella estaría precedido por el recuento de los fallos del niño, *“mire que calificación me sacó”, “no es posible, me bajó de calificación”, “qué cree que hizo en la escuela”*. Esto me hacía pensar que la madre experimentaba *“las fallas de su hijo”* como propias, confrontándola así con su propio sentir de insuficiencia e impotencia, pero sin asumirlo como propio y culpabilizando así a los otros.

Por otra parte, estos *“fallos”* que implicaban indirectamente mi insuficiencia como psicoterapeuta, me colocaban en una posición desde la cual le resultaba posible a Rosa operar una identificación de mi persona con el padre biológico del niño lo que resultó en uno de los principales elementos de su transferencia como se verá más adelante.

Pero sí Rosa era abrumadora en su demanda con relación al niño, cabe señalar que ella no era la única fuente de quejas, también los maestros tenía cosas que decir de él. A través de Rosa me enteré de lo siguiente: *“es muy distraído, parece que está y no está, deja todo a medias, anda entre las nubes; se esperaba 9 o 10, le pasa algo, se está volviendo flojo y se aísla”*. Al oír lo anterior, tengo la sensación de que estos significantes de su insuficiencia, en su flujo abrumador caen sobre él desde varios lados creándole una piel que no le pertenece y llamándolo a una responsabilidad que no es la suya.

Mi encuentro con el niño se dio hacia la tercera sesión. Las otras dos, que fueron dedicadas por entero a conformar la historia clínica, me dejaron la incomoda sensación de que lo fundamental del proceso terapéutico del niño se iba a jugar en la comprensión a la que se pudiese arribar del rencor sordo y profundo que Rosa experimentaba hacia el padre biológico del pequeño. Al

conocer a José Manuel, lo primero que llamó mi atención es que aparentaba menos edad, y no sólo era por su delgadez y su baja estatura, sino por un encogimiento resignado del cuerpo que lo empequeñecía aún más. Observo también una pequeña cicatriz queloide en su frente, marca de una caída a los tres años, edad significativa pues es la que tenía cuando sobrevino el rompimiento de sus padres.

De entre su cabello castaño claro y ondulado, su tez blanca y su cara enmarcada por unas cejas pobladas, de las que se hablarán más adelante, sólo resaltaban unos ojos almendrados café claro que paradójicamente rehuían mi mirada. Y es que el físico de José Manuel no se puede anticipar conociendo a su madre, a la sazón, cuando el proceso estaba más adelantado, le pregunté a Rosa, no sin intención, si José Manuel se parece a su papá, a lo que Rosa contestó abrupta y tajantemente *“se parece a mi familia, el más chico es el vivo retrato del otro señor”*. “El otro señor”, pongamos atención en este significante siempre pronunciado en voz baja y con secreto ya que más adelante revelará toda su importancia en el sufrimiento y el síntoma del niño.

¿QUÉ DICE ROSA DE SU PROPIA HISTORIA Y DE LA HISTORIA DEL NIÑO?

Cuando comenzó el proceso de José Manuel, Rosa tenía treinta y seis años de edad y trabajaba como cajera en una tienda de autoservicio. Ella es la sexta hija de un total de ocho hermanos, y además es la única que sólo estudió hasta la secundaria. Al respecto recuerda que también tuvo dificultades para aprender y comenta:

“Mi papá esperaba de sus hijos lo mejor, lo decepcionaron todos menos yo, y eso que de mí no esperaba nada, ya que no estudiaba, andaba siempre en la calle y de noviera. Eso sí, mis hermanos todos llegaron a la licenciatura y de que les sirvió, si metieron la pata, todos se tuvieron que casar, ya no estudiaron, yo sí salí de mi casa virgen, pura y de blanco.”

Es interesante observar en este relato la relación que se establece entre logro académico y castidad o, en el otro extremo, entre fracaso académico y sexualidad. Para poder triunfar en la escuela, se necesita renunciar al sexo y permanecer casto. En cambio, el ser noviera es lo que distrae de los estudios, lo que condena al fracaso en la escuela.

Este sistema de equivalencias le permite a Rosa llegado el momento, poder descalificar a sus hermanos. El éxito académico les aseguraba a los hermanos la admiración del padre, misma que ella no tenía. Pero resulta que, de buenas a primeras, sus hermanos por “meter la pata” ya no logran el éxito escolar y pierden, al igual que ella, la estima del padre. En este momento todos son iguales ante él.

Pero al final y precisamente gracias a esta misma ecuación simbólica, Rosa logra reivindicarse ante los ojos del padre, pero sus hermanos no. Ella le da la prueba de su castidad, se “casa de blanco”. La castidad es lo que al fin de

CASOS CLÍNICOS

cuentas, ella supone de escondido y deseado por el padre bajo el oropel de los diplomas y del éxito académico.

Habrán otras ocasiones en las que se verá trabajar de nuevo esta equivalencia, tal vez, una de las más ilustrativas ocurre hacia la tercera sesión de tratamiento en la cual, la madre se queja del siguiente incidente en el que se vio envuelto su hijo:

“José Manuel me dijo que un niño y una niña de su salón se mandaron cartas en las que el niño le decía a la niña que le quería hacer el amor. Este niño le platicó a José Manuel, yo me enojé mucho y le dije que nunca vaya a hacer eso, que eso es de niños tontitos”

Lo anterior me lleva a preguntarme, si esta equivalencia está presente, entonces ¿A qué conclusión llegaba Rosa con relación a la sexualidad de su hijo cuando a éste le iba mal en la escuela? ¿Qué otra demanda estaba en juego tras de su deseo de que el niño fuera bien en la escuela?

Por otra parte, Rosa dijo lo siguiente del padre de José Manuel:

“Proviene de una familia desintegrada, siempre lo veía en la banqueta afuera de una tienda con sus amigos y me preguntaba ¿qué, no hace nada, no trabaja, no estudió algo?”

El noviazgo de los padres de José Manuel duró dos años, durante los cuales el padre de Rosa se opuso a la relación porque decía que el muchacho era un “flojo”. Tal vez, aquí se puede ver que lo dicho por parte de otros, “la flojera” iguala a padre e hijo. En ambos casos es alguien más quien le dice a Rosa que ellos son “flojos”.

Los novios decidieron casarse sólo por lo civil², Rosa argumenta que si esto fue así es porque una boda religiosa implicaba muchos gastos y ellos, aunque no contaban con mucho dinero, no querían pedirle “nada a nadie”.

Rosa se embarazó al año de casada, dice que José Manuel fue un niño planeado y deseado, pero que no pudo amamantarlo debido al medicamento con el que ella controla su epilepsia.

De pequeño, José Manuel sufrió una serie de accidentes, al mes de nacido, fue hospitalizado porque se comió su propio excremento. Posteriormente, hacia los tres años de edad, lo atienden de emergencia porque se tomó el medicamento de su madre, y por último, en casa de su abuela cuando ésta lo cuidaba, se cae de las escaleras golpeándose en la frente, de ahí la cicatriz que tiene en el rostro.³

² Generalmente la expresión “casarse de blanco” que Rosa utilizó para describir su salida de casa, en nuestra cultura se suele utilizar como sustitución metonímica de boda religiosa y sustitución metafórica de pureza virginal.

³ Toda esta serie de incidentes necesariamente me lleva a pensar en una actitud de negligencia hacia el niño.

Cuando José Manuel tenía tres años de edad, sus padres se separan. En este punto el relato de Rosa pierde consistencia, habla del suceso con nerviosismo y marcada vaguedad, pareciera que desea terminar lo más rápido posible para no hablar ya más de él. Su voz entrecortada y temblorosa me daba la impresión de que aún sufría mucho al evocarlo y que por lo consiguiente es algo que no desea recordar en lo absoluto, *“Eso ya pasó, no quiero recordarlo”*. Así, en un primer momento, Rosa puede relatar lo siguiente:

“Fue de la noche a la mañana, el otro señor y yo estábamos bien, teníamos relaciones y todo, pero de repente me daba la espalda, así estuvo cómo quince días y después me entero de la infidelidad. Cuando llegó a la casa le aventé sus cosas, ropa sucia con limpia y le dije que se fuera, que ya no iba a ver a sus hijos, y que ya no quería saber nada de él. Fue precisamente el día del padre cuando se fue. A la semana siguiente, vino por sus cosas, no lo quería ver y le pedí a mi mamá que no lo dejara ver al niño, pero de todos modos lo vio y le pidió al niño que le diera la ropa que le faltaba”.

La historia que reconstruí a lo largo de varios encuentros y con dificultad, ya que surgían datos que se contradecían, bien puede ser la siguiente:

El matrimonio tenía problemas económicos, José Carlos⁴ (quien es *“el otro señor”*) no tenía empleo, así que la familia de ella los apoyaba con los pañales para José Manuel. Rosa se embaraza por segunda vez sin esperarlo, pero *“no pensó en abortar”*, así que ambos dijeron *“ni modo, vamos a tenerlo”*. Después del parto, José Carlos no se acercó al recién nacido, nunca lo cargó ni se ocupó de él, por lo que un día ella le reclamó *“por qué a José Manuel si lo cargas y a él no”*. Aunque su esposo no le contestó, ella sintió que varias veces le dio a entender que *“ese niño no era de él”*. Rosa sintió que este segundo embarazo y la falta de dinero fue lo que los separó.

Posteriormente, para mejorar su situación económica, José Carlos consigue entrar a trabajar en un restaurante en el cual se hace muy amigo de una cajera. Esta compañera comenzó a pasar en su camioneta por él para así poder irse juntos al trabajo. La relación era tan estrecha, que inclusive José Carlos llegó a prestarle dinero a pesar de las dificultades económicas de la familia. Cuando le organizaron su *“presentación de tres años”* a José Manuel, José Carlos invitó a su amiga junto con otros compañeros a la fiesta. Ese día, Rosa se enojó mucho con él y no atendió a *“sus invitados”*. Jamás hablaron del tema, tres meses después, Rosa le pidió a José Carlos que se fuera de la casa de sus padres y de ahí en adelante nunca cruzaron una palabra al respecto.

A partir de este momento, se comienzan a identificar los problemas de José Manuel. Por principio de cuentas, su control de esfínteres se vio retrasado ya que no lo logró hasta los cuatro años de edad. Después de la separación, el

⁴ Aunque todos los nombres son seudónimos, debido a su carácter significante, se respetó el hecho de que José Manuel comparte su primer nombre con su padre José Carlos. También, como se señalará más adelante, y debido a este carácter significante, se respetaron similitudes equivalentes en otros nombres.

niño comenzó a llorar mucho y decía que extrañaba a su papá. Se puede inferir que esto ha de haber resultado difícil de afrontar para Rosa quien aunque trataba de olvidar⁵ no podía hacerlo porque su hijo se lo impedía al recordar constantemente a su padre. Los intentos de Rosa por olvidar incluyeron la quema y desaparición de todas las fotografías y objetos relacionados con José Carlos. No era como si él se hubiera muerto, más bien es como si nunca hubiese existido y en este sentido, es que se puede entender el posterior cambio de apellido de los niños.

Al principio, Rosa le justificaba a José Manuel esta ausencia, tal vez, cabría hablar de que la madre, le explica esta “crisis de ausencia”, diciéndole que, si no veía a su papá era porque él llegaba muy tarde, cuando ya estaba dormido y en este mismo tenor, también le decía que su papá se iba muy temprano a trabajar antes de que él se despertara. Esta mentira, que parece blanca, pudo tener un efecto devastador en el niño ya que relegó la existencia de su padre al mundo onírico, es cómo si se le dijera, “tu papá sólo existe cuando duermes, pero cuando despiertas se desvanece, deja de existir”.

En este momento, en el que su padre “dejó todo a medias”, en el que merced del discurso de su madre “su padre, está y no está”, bien pudo comenzar a gestarse lo que después devendrá los problemas de José Manuel con el aprendizaje, mismos que retornan a Rosa en estos mismos significantes articulados en los dichos de los maestros y la psicóloga de la escuela: “está y no está”, “deja todo a medias”, “padece crisis de ausencia”.

Rosa sostuvo esta ficción durante un año, pero después pensó en decirle “la verdad” al niño: “*si te hubiera querido no se habría ido con otra mujer*”. Ésta es una frase pesada, que arroja la responsabilidad de Rosa más allá de donde puede hacerse cargo, la arroja en la subjetividad de los otros, pero sobre todo en la subjetividad de su hijo que al verse rebasado queda aplastado por ella e insertando al niño en una dialéctica de la culpa a la que se volverá más adelante.

Pero, ¿cómo llegó Rosa a esta conclusión, si en su propio relato sostiene que hubo un momento en que parecía que para José Carlos su hijo era el único que le importaba? Esta formulación acepta múltiples lecturas, por ejemplo: ¿se articula desde ella o es la repetición de lo escuchado para sí desde alguien más? A qué sujeto se está refiriendo este enunciado, ¿es José Carlos quien no quiso a José Manuel, y por eso se fue?; ¿es acaso Rosa quien no quiso al niño y por eso su marido se fue con otra que supiera amar?, e incluso, tal vez sea necesario puntuar para descubrir dos frases condensadas, primera [dirigiéndose a José Carlos] “si te hubiera querido” y después, [dirigiéndose a los demás] “no se habría ido con otra mujer”.

⁵ Tal vez el término “olvidar” no sea lo suficientemente preciso, ya que implica sepultar algo que pasó, en cambio, con respecto a José Carlos, Rosa se comporta como si deseará que “eso” nunca hubiese pasado.

Ante esta, su “Verdad” tan contundente, José Manuel “ya no quiso hablar de eso”, concretándose de golpe en la subjetividad y en el síntoma del niño, todo aquello que había de sintomático en el discurso de la madre, precipitando así en él toda una serie de identificaciones fantásmicas⁶ (Nasio, 1994), que lo dejaron en posición de objeto del deseo de su madre sin otra función que sostener con su ser esta “Verdad” (Lacan, 1988). Así, realizada esta operación, Rosa podrá agregar *“ya más grandecito José Manuel decía que no se lo quería encontrar porque si no lo iba a matar”*, comparece entonces lo anterior con lo dicho por la madre en la séptima sesión *“estoy muy enojada quiero encontrármelo [a José Carlos] para decirle todo lo que no le dije en su momento, que no le importaron sus hijos”*. En este discurso de la madre, resulta fácil reconocer como, las inhibiciones intelectuales del niño, son identificaciones fantásmicas, que lo llevan a “no hablar”, “olvidar todo lo que aprende”, “estar y no estar” etc.

Sin embargo y a pesar del deseo de Rosa de no saber nada de él, José Carlos insistía en buscar a sus hijos en fechas significativas y además les daba pequeños obsequios. Estas visitas, desde el punto de vista de Rosa, comenzaron a ser muy frecuentes, quien por temor de que se los llevara comenzó a pedirle a su mamá que le negara a los niños. Algunos vecinos y conocidos en común le dijeron que efectivamente José Carlos andaba buscando a sus hijos, *“tal vez, para llevárselos con él”* y Rosa comenzó a vivir en constante temor de que *“el otro señor se encuentre a José Manuel en la calle y se lo jale para no volverlo a ver”*.

Al año de separada, Rosa conoció a Hugo, su actual pareja, quien trabaja para una compañía de refrescos. Hugo relata una extraña historia con relación a su padre, quien a pesar de que tenía una familia reconocida de la cual él formaba parte, siempre terminaba por procurar más a la “casa chica”, es decir, a la otra familia que tenía.

Después de año y medio de noviazgo, decidieron vivir juntos, la familia de él se oponía, ya que *“no aceptaban a una mujer con hijos, que aparte ya no puede embarazarse de nuevo”*. Una vez que consiguió el divorcio necesario, se casó con su actual pareja y los problemas con la familia de él desaparecieron. Además, sin que José Carlos se enterara, iniciaron trámites para que los niños lleven el apellido de Hugo, *“Mi esposo dijo: yo no voy a estar manteniendo hijos de otro, que bien, que cuando sean grandes y terminen una carrera el otro se va a parar el cuello, por eso, hay que ponerles mi apellido”*.

Al entrar José Manuel a primaria comenzaron las quejas de los maestros y los problemas con sus compañeros, pero su desempeño académico aún no se encontraba comprometido, ya que pasó de año con promedio de 8. En 2° año, le

⁶ J.D. Nasio en su libro “Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis” define a la identificación fantásmica como la relación entre el sujeto del inconsciente y el objeto a, relación que puede leerse desde Freud como una identificación inconsciente con el goce de la pareja. En el caso de José Manuel, este goce toma la forma de un odio mortal de Rosa hacia José Carlos, y es precisamente este odio el que se actualiza en los síntomas del niño.

CASOS CLÍNICOS

tocó la misma maestra, “*quien lo reprobó.*” José Manuel comenta al respecto “*sí, me reprobó porque se le veía en la cara que le caía gordo*”. Durante este periodo, aumentaron los conflictos con sus compañeros ya que no querían jugar con él, por lo que poco a poco se fue aislando.

José Manuel recuerda que, cuando la maestra Rosaura⁷ salía del salón, sus compañeros le sacaban sus cosas de su mochila y lo empujaban. Él no hacía nada para defenderse, sólo lloraba mientras los niños le decían que era un “burro”, una “gallina”, un “buey” y un “puto”. Al preguntarle sobre el significado de esta última palabra, dice “*puto es que no te defiendas y que no hagas nada*”. Cuando se quejaba con la maestra, ésta no le hacía caso pero sí estaba pronta a castigarlo cuando él cansado de tanto abuso terminaba por pegarle a sus compañeros.

Durante este año escolar, también presentó enuresis y encopresis, lo que trajo como consecuencia que se burlaran más de él. Precisamente durante este periodo, ocurrió el divorcio necesario de sus padres en completa ausencia de José Carlos, así como el matrimonio de su madre con Hugo. Por esas fechas, Rosa recuerda que José Manuel se despertaba llorando porque soñaba que “su papá o su “nuevo papá” iban a venir a pegarle”. José Manuel, al iniciar el tratamiento le tenía miedo a las brujas y no podía conciliar el sueño si no estaba acompañado por su hermano menor.

Cuando lo atendí por primera vez, estaba recursando el segundo año en la misma escuela sólo que en el turno vespertino, seguía teniendo problemas con sus compañeros, pero sus calificaciones habían mejorado algo, ya que su profesor lo apoyaba. Al respecto cabe señalar que hacía la mitad del tratamiento, cuando José Manuel se encontraba en tercer año, su madre insistía en cambiarlo de grupo e incluso de escuela ya que había reprobado dos exámenes. Dice que el niño necesita que su maestro sea “hombre, para que le hable más fuerte, para que lo regañe, y lo presione porque solamente así José Manuel hace bien las cosas” agrega que “el grupo donde va es de puros burritos, y es que la maestra no los regaña”. Todo este incidente me hace pensar que de alguna forma se está implicando un importante aspecto transferencial. Yo, al igual que la maestra, soy una mujer que no regaña a los niños y de la que se podría creer que trata con “puros burritos”, por lo tanto sería mi responsabilidad que José Manuel reprobara. Y sin embargo, aún habría algo más, es como si no aceptara que en la vida de su hijo haya más mujeres y a la vez, parecería que ella estuviera Reclamando la presencia y la aprobación de un hombre, que pudiese funcionar en el lugar de su propio padre.

La señora dice consentir demasiado a José Manuel, “*hay que tratarlo bien por su problema*” y al decir esto, ella se refiere a la supuesta organicidad del niño, rasgo que ambos comparten. La impresión que yo tengo y que se acrecentó a lo largo de la terapia, por el contrario es que Rosa no suele

⁷ Aquí también los seudónimos respetaron la similitud fonética original entre la madre y la maestra.

consentir al niño. Entonces, esta frase se puede leer en todo su alcance, es a ella a quien hay que consentir, y tratarla bien por su problema. Probablemente el carácter orgánico de su padecimiento epiléptico se ha constituido en una fuente de ganancia secundaria que le permite exigir un trato preferencial, controlar vía chantaje a los demás y sobretodo escurrirse de su responsabilidad.

En cambio, de su hijo menor, asegura que el trato con él es más lejano, *“porque es autosuficiente”*. A lo largo del tratamiento se podrá observar la serie de fantasías de omnipotencia que Rosa elabora con relación al niño pequeño, quien es el que *“le explica a su hermano”*, el que *“puede resolver lo que José Manuel no”*, el que *“si obedece a la primera”*. En sesión, José Manuel desmentirá estas fantasías, *“no es cierto que Gabriel supiera, no supo nada de esa hoja”*. Casi al final del proceso, Gabriel deja de ser el soporte de estas fantasías ante la angustia, el enojo y el estupor de Rosa, *“Ahora Gabriel me sacó seis en español y ¡que le pego!, le di una buena para que se le quite, le dije si tú puedes para qué me bajas de calificación”* La postura con Gabriel se plantea desde otro discurso, del *“tú puedes”*, mientras que el otro ya sea el *“otro hijo”* o el *“otro señor”* representa *“su falta”*, tanto Gabriel como Hugo representan su fuente de gratificación. Rosa suele poner la responsabilidad en el otro, tanto de lo malo como de lo bueno pero no consigue asumirse a si misma como la responsable tanto de sus propias faltas como de sus gratificaciones... Rosa se queda sin nada, vacía y proyectando todo en el otro.

José Manuel pasa mucho tiempo en casa sin compañía alguna. Debido a que frecuentemente se queda solo por las mañanas, él se ocupa sin ayuda de su desayuno y antes de irse a la escuela cumple con su quehacer, a él le toca lavar los trastes, trapear y barrer.

Para Rosa, las comparaciones no sólo implican a sus dos hijos, también suele comparar constantemente *“al otro señor”* con Hugo señalando que éste sí *“hace cosas que él otro jamás hizo”*. Más allá de esta idealización de Rosa, después pude observar que la pareja se deja mutuamente tanto la responsabilidad de los niños, como el manejo de los límites, los castigos y la disciplina. Ella sostiene que sólo lo obedecen a él y él dice que como llega muy cansado de trabajar y que al ser su esposa quien pasa más tiempo con ellos, es ella tiene que cuidarlos.

En algunas ocasiones tuve oportunidad de hablar con Hugo, ya que frecuentemente llevaba al niño a consulta. Comentaba que él es *“muy estricto y exigente en cuanto a las calificaciones”*, varias veces me sorprendió desagradablemente la forma tan despectiva en que se expresaba de José Manuel *“es un bruto y abusivo, se desquita con su hermano de todas las cosas que le pasan en la escuela”*. Rosa les exige puro 9 y 10 a los niños y los regaña y les pega si no lo consiguen. Sólo queda imaginar ¿qué habrá pasado con José Manuel que casi nunca lo logra?

LA INTERVENCIÓN

Al igual que lo hago con los demás niño, una vez que empecé a trabajar con José Manuel, lo primero que hice fue indagar cuál era la idea que tenía sobre el hecho de que yo lo estuviese atendiendo, cómo se explicaba el por qué venía conmigo. He observado que muchos niños y padres también llegan a tratamiento suponiendo que la psicoterapia es una extensión de la escuela, que los procedimientos terapéuticos son de índole pedagógica y esto es aún más frecuente cuando en la demanda está en juego una dificultad con el aprendizaje. Si no se hace un deslinde y se anuncia una toma de posición diferente a la pedagógica, se corre el riesgo de que se presenten fuertes resistencias que incluso llegan a obturar cualquier posibilidad de intervención.

Así José Manuel contesta: *“vengo aquí porque no aprendo en la escuela, se me hace muy difícil las multiplicaciones y las tablas. No tengo amigos, en el recreo me como mi desayuno yo solito y se me quedan viendo, los otros niños no me dejan jugar y me siento triste”*. Después de esto, le explico lo que han observado tanto su mamá como sus maestros. Me detengo también a explicarle cuál es el propósito de la evaluación y de qué forma vamos a trabajar. Por último le digo, que tal vez, dependiendo de la evaluación, nos vamos a seguir viendo para tratar de entender aún más aquellas cosas que lo hacen sentir mal y tal vez pueda ayudarle para que ya no se sienta así.

Durante la evaluación psicológica, José Manuel se mostró muy cooperativo y tuve oportunidad de comprobar que, en efecto, le dedica mucho tiempo a cada actividad. Así también, durante este periodo observé que hablaba poco, sólo lo necesario y casi no iniciaba conversaciones. Cuando intentaba que tratáramos sobre su historia y sus sentimientos, simplemente se quedaba callado. En la primera sesión de evaluación expresó con dificultad la problemática que padece con sus compañeros de clase, llorando al recordarlo.

Su desempeño intelectual estuvo por debajo del promedio (C.I. Total de 78), aunque la escala verbal era la más afectada (66), la escala de ejecución mostraba una discrepancia significativa (95). Cuando evalué su desempeño perceptual, éste también estuvo por debajo del promedio, pero no presentó indicadores de organicidad. Posteriormente, este punto se aclararía cuando se detectó que necesitaba lentes. Por último, a través del CAT y de las pruebas grafoproyectivas, se obtuvieron datos que sugieren que José Manuel no se permite expresar sus emociones, que tiene que guardar las apariencias para evitar desencadenar un conflicto en la familia por lo que ha tenido que desarrollar controles internos muy rígidos.

Durante el periodo de evaluación, por boca de la madre me enteré de que José Manuel presentó un *pasaje al acto* que reseño a continuación:

Estando él solo en la casa, procedió a arrancarse con unas pinzas de depilar parte de las cejas. El pensamiento asociado a este acto, cómo después

me lo relataría el niño fue el siguiente: “*que pasa si me arranco una ceja, ¿me dolerá?*” y después “*si me la arranco otra vez, me volverá a doler*”.

El significado de este pasaje al acto fue algo que me intrigó durante todo el tratamiento y aún lo sigue haciendo. De entrada puedo decir que condensa múltiples significados de los cuales algunos fueron aclarándose a lo largo del proceso, y sin embargo aún siento que su análisis aún no se ha agotado del todo. A pesar de esto, es necesario detenerse un poco en él en tanto que articula los espacios intra e intersubjetivos.

En el dicho de la madre, el relato del acontecimiento toma la forma de una queja dirigida a mí “*Con qué cree que me salió ahora...*”. Esta formulación supone que se trató de una ocurrencia, de una “locura” del niño que irrumpe en la realidad de la familia sin guardar relación con algo, con alguien. Sin embargo, esto no puede sino provocar la sensación de ominosidad en la madre y su pareja, así como de perplejidad en mí. No acaso Freud (1919) señala que se ha de reconocer en lo ominoso aquello superado que retorna, lo que lleva a preguntar ¿qué es eso que retorna aquí?

El incidente desató la producción fantásmica tanto de la madre como de su pareja quienes no acertaban a encontrar una representación a la cual amarrar su angustia, al final, acordaron en pensar que esta conducta pudiera ser un signo de homosexualidad en el niño. A partir de esta suposición, de la que luego me ocuparé, y de su puesta en palabras, poco a poco comenzaron a articularse aquellos puntos desde donde se leerá el significado, que supongo, dicho acto en particular, tuvo para el niño.

Hay que comenzar diciendo que este incidente no pasó en un día cualquiera, sino que ocurrió precisamente cuando Rosa había ido al juzgado para ver como iba la sentencia referente al cambio de apellido de sus hijos, y debido a esto, es que él niño se había quedado solo. José Manuel sabía a qué y a dónde había ido su mamá.

Reflexionando al respecto, bien se puede pensar que el que Rosa promoviera dicha acción legal puede entenderse como una maniobra suya que se origina en su deseo de negar su pasado. En otras palabras, es un esfuerzo para borrar de su historia cualquier resto, por pequeño que este sea, de la existencia del “otro señor”; sin embargo, esta es una tarea imposible ya que por esencia, la mera presencia de sus hijos, que por ser también hijos del “otro señor”, la vuelve irrealizable. En ese sentido, sus hijos son una memoria viva que testimonia tanto la existencia como la participación de ese alguna vez amado y ahora odiado en su vida. Para Rosa, la única manera posible de concretar este proyecto de reescritura de su vida, implicaría el desaparecer también a los niños, pero la voluntad de Rosa para concretar su deseo no es tanta, ni mucho menos llegaría a esos extremos ya que a su manera amó y tal vez, a pesar suyo, sigue amando a este “otro señor” de quien no se atreve a pronunciar el nombre. También, a pesar de lo difícil que le resulta, ama a sus

hijos y conscientemente les desea lo mejor, por lo que sólo pudo llegar a una solución de compromiso entre el odio y el amor que experimenta.

En cierta forma, y a través del cambio de apellido, es como Rosa logra que sus hijos dejen de existir pero, sólo en tanto que hijos de José Carlos. Gracias a este cambio es que en un segundo tiempo José Manuel y Gabriel pueden aparecer como unos “nuevos niños”, pero ahora hijos de Hugo, quien se presta a la maniobra merced de su propia historia. De esta forma, para Rosa, la negación de la existencia del “otro señor” se vuelve aún más feroz y enloquecedora por lo que comienza a retornar en forma de fantasías en las que José Carlos regresa para llevarse a sus hijos, para “jalárselos con él”.

Con relación a los niños, un hecho así no puede no tener consecuencias. Aunque la “transferencia” de hijos se opera a espaldas de José Carlos, y por si fuera poco legal y limpiamente, esta operación simbólica no se puede efectuar sin que haya pérdidas o desprendimientos para aquellos que participan en ella. Al estar el nombre tan estrechamente ligado al ser, el mero hecho de cambiarle a José Manuel su apellido paterno implica en cierta forma, cambiarlo también de ser.

José Manuel⁸, es el hijo más grande, y por lo tanto, el único que efectivamente convivió con José Carlos, es del que cabría esperar que guardase recuerdo de él. Por la propia Rosa se sabe que José Manuel fue el único al que su padre reconoció como propio y lo invistió con su amor. Por lo tanto, para el niño, esta operación legal de cambio de apellido no es cualquier cosa, al contrario lo implica en gran medida, ya que le representa tanto la pérdida de su identidad como de su historia, en otras palabras, mucho de lo que en José Manuel estaba ligado a su filiación, termina cayendo como residuo al punto que el niño simbólicamente no puede pronunciarse sobre si está vivo o muerto, y por eso busca en el dolor una prueba empírica de su existencia: es *decir, si me duele estoy vivo, existo*.

Analizando la situación con mayor detenimiento, se puede apreciar que este niño sufre dos pérdidas consecutivas, que se articulan al mismo tiempo en este pasaje al acto.

La frase inicial, “*que pasa si me arranco una ceja, ¿me dolerá?*”, habla de la primera pérdida, aquella que acontece en lo real, y que es cuando se “le arranca” físicamente a su papá con engaños para pretender que eso no pasó. José Manuel no puede saber si lo que experimenta es dolor ante la pérdida, porque el discurso de la madre lo pone a dudar de sus propias percepciones, “tu papá llega cuando ya estás dormido... se va antes de que despiertes”. De esta forma José Manuel no puede tener certeza de que la pérdida efectivamente tuvo lugar o bien es sólo algo que se está imaginando. Entonces, sólo el dolor

⁸ En varias ocasiones será el mismo José Manuel quien recuerde que a su hermano la situación del padre no le afecta tanto porque “*el no lo conoció*”

auto inflingido puede brindarle un punto de referencia para saber qué es real y qué no lo es.

De la segunda pérdida, la del apellido paterno, que es cuando “lo arrancan” de la filiación que lo constituye, es de la que habla la frase subsecuente, “*si me la arranco otra vez, me volverá a doler*”. Aquí vemos como opera en él esta misma duda, “me dolerá o no” pero con una significación agregada, ya que en él, en este momento, hay una oscilación entre manifestar sus propios sentimientos por la pérdida de su padre y así enfrentarse al rechazo de Rosa, “mi mamá me dijo que si escogía a José Carlos me iba a dejar de querer”, o bien, el sostenerse como garante del discurso ilusorio de la madre, a partir de la negación de su yo y de la anestesia de sus sentimientos, “no quiero a José Carlos porque me aconsejó mi mamá que no lo quisiera...”. Cabe señalar que ambas frases fueron pronunciadas en la sesión 24, cuando él quiso tratar los motivos por los que su papá se fue.

Posteriormente, hacia la sesión 25, que ocurre dos semanas antes de las vacaciones de Navidad, se vuelve a dar la oportunidad de relacionar el pasaje al acto con otro elemento de la vida del niño, esta vez con el recuerdo de un accidente. Durante la sesión, en el curso de un juego, un muñeco se le escapa de las manos y va a dar al suelo, al momento José Manuel exclama “*¡se va a volver loco!*” y después comenta que esta es la explicación que su madre le ha dado sobre las causas de la locura “*si alguien se pega en la cabeza se vuelve loquito*”.

Debido a la importancia que este significante⁹ tiene en el tratamiento, le recuerdo que de pequeño, cuando tenía tres años, se cayó y se pegó muy fuerte en la cabeza. Él me relata este accidente de la siguiente manera:

“estaba en las escaleras y ví una pluma, la pisé y me resbalé, rodé por las escaleras y me pegué aquí (en la frente) y me salió sangre”.

Le señalo que según la opinión de su mamá “*ese era un golpe para volverse loco*”, pero él contesta que no es así, porque se protegió con las manos, negando tajantemente la posibilidad de que haya algo mal en él, pero poco después de forma reflexiva agrega: “*los locos se pegan solitos en la cabeza contra la pared o la mesa porque están tristes*”. De esta forma vuelve a abrir la posibilidad de la falta, y de que ésta habite en él. Contempla la posibilidad de que pueda estar “loco”, sólo que su “locura” es un profundo dolor en el corazón.

Al preguntarle sobre las posibles causas de esa tristeza enloquecedora, guarda silencio, y es que como ha aprendido del discurso de la madre, de lo que provoca tristeza no se puede hablar. Luego, después de unos instantes de

⁹ Como tuve oportunidad de observar durante mi estancia en el CISAME, los significantes “loco”, “loquito”, “locura”, son una referencia común para los niños que son atendidos en el Centro. El discurso familiar y cultural hace que aquél que es atendido por un psicólogo sea un “loco”. Conocer el significado particular que estos significantes tienen para cada niño, da una idea bastante clara de la concepción que ellos mismos tienen de su malestar.

vacilación agrega: *“los locos se pegan en la cabeza para saber qué se siente”*. Ya que esta frase es la misma que utilizó para explicar el por qué se había arrancado las cejas, se lo hago notar. Responde riendo y brinda una nueva asociación *“un día un señor le dijo a su hijo, que es un tarado, este pinche escuincle se pega todo el tiempo”*.

Con esta asociación el niño confirma haber alcanzado cierta comprensión sobre algunas de sus acciones, que para él hasta este momento permanecían inexplicables. El arrancarse las cejas o el ir mal en la escuela, por ejemplo, no son cosas fortuitas, sino que están provocadas por un dolor que no sabe que lo sabe. Comprende que este tipo de cosas, son otras formas de hablar su dolor, sin que nadie más se entere y continua diciendo: *“todo duele, los golpes, las quemaduras, las cosas que te dicen y que un padre abandone a su hijo”*, de esto último, se corrige y dice que *“antes le dolía, pero ahora ya no”*, y sin embargo, al preguntarle *“cuándo te dejó de doler”*, las asociaciones faltan y guardó silencio.

Más adelante, también hablará del dolor que siente porque su “nuevo papá” le “pega por todo” y mientras dice esta frase, toma una pistola de juguete y dispara contra la pared. Por último, me interroga sobre si alguien más puede escuchar las cosas que dijo. Le contesto que sólo yo y sólo si él me las dice.

Ahora es momento de ocuparse del papel que el *pasaje al acto* de José Manuel ocupa en el fantasma de la madre. Después del estupor inicial que le provoca, Rosa le supone una explicación al acto lo cual frena su producción de angustia. Dicha explicación es la siguiente: *“si José Manuel se depila, me da miedo que de grande tenga esas tendencias raras¹⁰ de algunos hombres”*. Por sus gestos, intuyo que se refiere a la homosexualidad y se lo pregunto. Ella me contesta que sí.

Si bien es cierto, que el depilarse las cejas es una práctica femenina, en el caso de José Manuel no cabe hablar de depilación, las cejas fueron arrancadas de forma anárquica y el aspecto que le daba al niño no era femenino, sino grotesco y asocio algunas escenas de la película *“The Wall”* (1982) y de *“Un perro andaluz”* (1929). Esto me lleva a pensar cuál es la posible relación del *pasaje al acto* con la castración, y al hacer esto, necesariamente tengo que incluir la cuestión del deseo de la madre.

Me parece que si Rosa “llega a la conclusión” de una posible homosexualidad de José Manuel, es porque la actuación del niño responde a ciertas fantasías inconscientes en ella, mismas que entran en juego en otras ocasiones, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: una de ellas, a la que ya se hizo referencia, es aquella en la que le niega a su hijo la posibilidad de ejercer su sexualidad *“nunca vayas a hacer eso, es de niños tontitos”*. En otras ocasiones, se observa que la prohibición recae sobre actividades que

¹⁰ Nótese que la madre utiliza el diminutivo en aquellos significantes que la aproximan al objeto de su angustia, “tontito”, “loquito”, “burritos”, “raritas”.

implican una identificación del niño con su propio sexo, por ejemplo, amenaza con pegarle si se lastima jugando “aventaditas” con otros niños; y se molesta mucho de que él le pegue a otros niños (después de que una de las quejas iniciales era que no se defendía).

Tal vez cabría incluir aquí la idea de que necesita de un hombre para aprender. El hilo conductor de todas estas manifestaciones, bien podría ser el siguiente: Rosa, al tener la idea de que los hombres son malos, infieles, flojos, irresponsables e incapaces de amar, termina por interpretar las conductas de José Carlos en ese sentido, creando una brecha entre ellos que terminó por separarlos a la vez de “confirmarle” la certeza de sus impresiones y de alguna forma intenta que su hijo no se convierta en eso que ella tanto odia y teme; por lo tanto, no le deja al niño otra posibilidad más que ser hombre pero malo o bien, bueno pero no hombre, y de ahí su espanto al ver en la actuación, la realización de su deseo.

Así, el día en que ella le “arranca” el apellido a sus hijos, regresa para encontrar a José Manuel haciendo cosas que para ella no son de hombre. En ese mismo sentido, cuando su hijo tiene conductas que ella no identifica con lo masculino (llorar, no defenderse) se angustia. Toda esta situación tan compleja que se articula en el deseo de la madre, terminan por paralizar al niño, afectando su desempeño social, por lo que al final se aísla de sus pares y funciona únicamente como espectador pasivo de lo que ocurre.

Como muestra el análisis del pasaje al acto, para José Manuel, el cambio de apellido ocurre en una situación y en un contexto que lo vuelven particularmente traumático, ya que al realizarse arrastra al olvido fragmentos importantes del ser del niño, y de esta forma, la propia función del recordar queda comprometida. Cada vez que en la escuela se le pide recordar algo, José Manuel tiene que enfrentarse al hecho de que para él el recordar está prohibido, ya que es algo que lastima, “que (su madre) no recuerde para que no sufra”, y sin embargo, para él el olvidar es una forma de no existir, porque lo que su madre desea olvidar es lo que a él lo constituye.

La situación en la que se encuentra José Manuel no le deja salida alguna, sin importar la opción que elija se tendrá que enfrentara al dolor y a la pérdida, pero, aún así, tiene que tomar posición con respecto a ello.

¿Cuál es la postura que el niño adopta ante el cambio de apellido? Un par de dibujos elaborados en la novena sesión, cuando estaba a punto de concretarse la sentencia del cambio de apellido, permite dar cuenta de ello.

En aquella ocasión, José Manuel daba la impresión de estar cansado y comentó que no quería venir porque tenía sueño (hubo un festejo en su casa la noche anterior, que él niño no acertó a definir pero que implicó la presencia de su familia materna). Durante el inicio de la sesión le comento que su mamá me

CASOS CLÍNICOS

dijo que ya le habían cambiado de apellido¹¹. Como su desgano continuaba, le propuse que hiciera un dibujo sobre lo que le estaba preocupando. De entre los materiales para dibujar con los que contaba, escogió dos hojas de papel “kraft” y un crayón gris claro que contrastaba poco con el papel y volvía difícil apreciar lo dibujado.

El primer dibujo consistió en un cuaderno de matemáticas con su primer nombre (incluyendo el acento), pero omitiendo el segundo nombre, (aquel que lo diferencia del padre) y su apellido anterior (el que por cierto, escribe con una falta de ortografía). Fuera del cuaderno, abajo, escribe las letras “e” y “f” de las que asocia que *“son para escribir cosas de la escuela”* y también dibuja un círculo en la parte izquierda del cuaderno.

Observo que el cuaderno se parece más a uno que sirve para escribir y no para hacer cuentas. En la parte de atrás de la hoja, escribe la siguiente historia que presento con su redacción original:

*“José Manuel Hernández
es tatraste cuando
su papá seba es eno
gon y no le guta
el apeido Hernández”*

En la historia noto tantas dificultades para escribir correctamente, que considero importante analizarlas. Por principio de cuentas veo borrones en “Ernandez”, “tatraste” “seba” “enogon” y “guta”, estas palabras además de que presentan faltas de ortografía, coinciden porque poseen mayor carga emocional para el niño. El apellido de su padre biológico está ligado a la vieja historia, aquella que es negada por su madre, y que él identifica con la tristeza y el dolor de ser abandonado y en algunos momentos, parece que él también desea dejar este pasado atrás. Por último, distingo que sólo consiguió escribir correctamente el apellido “Hernández” después de afirmar que no le gusta. Cuando se implican sus sentimientos no logra escribir correctamente su apellido, pero cuando habla de un sentimiento que viene de otro lado, puede escribir su apellido sin errores. Es como si dijera, para mi madre es un error sentirme triste, para ella lo correcto es que no me guste el apellido. El dibujo y la historia de su nuevo apellido presentan también aspectos importantes de mencionar. Este segundo dibujo, lo elaboró con los mismos materiales que el anterior, consiste en su nombre correctamente escrito al centro de la hoja y en un renglón abajo, su nuevo apellido. Al lado izquierdo de éste hay un dibujo de una persona extremadamente rígida, con el rostro tachado y garras en lugar de manos.

¹¹ Por su puesto que los apellidos usados aquí no son los verdaderos pero, al igual que en otras ocasiones, se conservó el importante hecho del parecido fonético entre ambos.

La historia transcrita con su redacción original es la siguiente:

*“José Manuel Herre
ra. Es un niño le
guta es tar con
su papá y gugar”*

Aquí sólo hay un borrón en las palabras “un niño” y la “g” que pone en “gugar” parecería que está formada al mismo tiempo por dos “g” una mayúscula y una minúscula. Al respecto de los equívocos para con la “j” que cambia por “g”, se observa que en su nombre siempre la utiliza correctamente, pero al escribir el nombre de su padre biológico siempre comete la misma sustitución. ¿Qué leo en este dibujo? Pues que a pesar de su intento de sostener la verdad oficial de su madre, aquella en la que se supone que él es más feliz con su nuevo papá, él a raíz del cambio, se encuentra enojado (garras en lugar de manos) y sin identidad (el borrón sobre el rostro).

Al final de esta sesión, Rosa comenta que José Manuel bajó de calificación en “conocimiento del medio”, de 10 que tenía, reprobó con 5. Creo que es muy significativo que haya sido ésta, la materia reprobada, bajo esta situación se entiende que José Manuel se esté enfrentando a muchos conocimientos nuevos del medio que aún no está preparado para enfrentar. Esta circunstancia le da pie a Rosa para llevar aún más a fondo su deseo de cambio, quiere cambiar al niño de sistema escolar (de escuela regular a una de lento-aprendizaje) y si no se puede, al menos cambiarlo de plantel y turno.

En la siguiente sesión, José Manuel comenta que al terminar van a ir “con el licenciado” para recoger las actas, donde el cambio de apellido es un hecho. El niño no quiere hablar al respecto y se lo hago notar, contesta que no quiere recordar lo que pasó porque se pone triste, su hermano no quiere saber nada, pero él sí, porque de esa forma sabrá qué hacer. También manifiesta el miedo que tiene a todos los cambios que van a ocurrir, una nueva escuela, un nuevo horario, maestra y compañeros que no sabe cómo lo van a tratar. El resto de la sesión nos dedicamos a explorar estos miedos. A la siguiente sesión, llega muy contento porque el maestro felicitó a su mamá por subir de calificaciones, *“antes no podía leer y no podía con matemáticas, ahora salí con 8 y sí voy a pasar de año”*. A esta declaración le sigue otros esclarecimientos, uno de ellos es el de tener dos papás. Esta observación muestra como José Manuel, al reconocer su deseo de saber y la importancia que éste tiene para enfrentar la vida, es como al fin consigue expresar sus miedos, lo cual dio como resultado una disminución de su inhibición para el aprendizaje en general y enfrentar así la realidad de su historia expresada en el hecho innegable de tener dos papás.

Como ya se mencionó, al comenzar el trabajo terapéutico se observó que Rosa y José Manuel no mencionaban el nombre de José Carlos, ni tampoco usaban parentescos con él, la forma general en la que se referían a él era con “el otro señor”. Se me hizo evidente que atrás de este uso del lenguaje había algo más que ahora se puede identificar como el deseo de Rosa de borrar el

pasado, deseo que implicaba a José Manuel y que tenía una importante participación en las dificultades del niño. De esta manera, a la par del trabajo terapéutico y de la resolución de dichas dificultades, se observó un cambio progresivo en la forma en que José Manuel se refería a su padre, cambio que no se operó en Rosa, misma que siguió utilizando e giro verbal hasta el fin del tratamiento. Se puede mencionar que en el proceso terapéutico con el niño cada vez que este giro verbal aparecía, procedía a clarificarlo a través de preguntas ¿a quién te refieres?, ¿quién es?, ¿cómo se llama?, ¿qué es de ti?, etc. lo cual era una forma de restituirle al niño, aunque sea en parte, la filiación que el cambio de apellido pretendía arrancarle. Este trabajo fue gradual, al principio se consiguió que lo nombrara, así hablaba de José Carlos, después pudo relacionar el nombre con el parentesco “mi papá José Carlos”, lo cual sólo fue posible cuando se trabajó con él el cambio de apellido.

A partir de la entrevista que el niño tuvo con el juez y gracias al trabajo terapéutico, fue posible que se fundara una temporalidad en la cual hubo cabida para la existencia de José Carlos. El niño distinguió entre un “papá nuevo” y un “papá viejo”. Aunque la madre y el juez lo pusieron a elegir entre uno y otro, la existencia de ambos no se pone en duda. A pesar de lo difícil que pueda resultar para el niño escoger, y más cuando le señalan que no puede tener dos papás, hay un avance significativo, y éste consiste en que puede comenzar a pensar a José Carlos, “su papá viejo”. A partir de este momento, una parte de mis intervenciones se dirigieron a señalar la diferencia entre ambos padres: *“Tu papá José Carlos hizo posible que tu mamá se embarazara; Tu papá Hugo es el que te cuida, te compra cosas, juegas con él; con tu papá José Carlos estás enojado porque se fue; con tu papá Hugo estás enojado porque te regaña y pega”*. En este mismo sentido, también trabajé con el niño la diferencia entre sus sentimientos y los de su madre, ya que Rosa le exigía que sintiera y pensara como ella con relación a José Carlos y a Hugo, tomando cualquier desacuerdo como una traición que castigaba amenazándolo con dejarlo de querer.

José Manuel se encontraba en 3er. año de primaria y afortunadamente los cambios que proyectaba la madre no tuvieron lugar. El maestro les aconsejó que no los hicieran puesto que el niño había salido bien; además, ya no hubo lugar en la nueva escuela. Todo esto coincidió con el hecho de que yo ya contaba con un cubículo fijo para trabajar. José Manuel poco a poco empezó a producir más material en sesión, sobre todo en la forma de relatos y juegos en lo que se podía leer las cuestiones que en ese momento le ocupaban, a saber, ¿quién tiene la culpa? y ¿cómo se le va a castigar?

Se puede explicar el hecho de que la culpa sea un tema recurrente en José Manuel en base a los sentimientos que experimenta a raíz de la separación de sus padres. En este sentido, el discurso de Rosa que sostenía que José Carlos se había ido porque no quiso a José Manuel, tuvo un efecto devastador en el niño, porque lo había llevado a asumir que él era el único responsable de la separación, dando como resultado que el niño experimentara una culpa que lo excedía, misma que al no poder manejarla, terminaba absorbiéndolo. Esto se

pudo observar claramente cuando al indagar los motivos de sus dificultades para resolver los exámenes, el niño señalaba que era porque había estado pensando en su papá y eso le ponía triste. Así la única carta que podía jugar a favor de José Manuel con su mamá, consistía en crear un espacio donde Rosa estuviese en posición de hablar de lo sucedido, de ser posible en presencia del niño para que la reconstrucción del pasado adquiriera así el carácter de una apertura al recordar en donde yo, en función de mi escucha me constituiría en ese tercero negado...aunque claro, en este aspecto, resultó mucho más sencillo teorizar que hacer porque todo se jugó en la transferencia-contratransferencia.

Al principio, la mayoría de los relatos que el niño hizo en terapia sobre su vida cotidiana, coinciden en un punto, en ellos, José Manuel es culpado de algo que no hizo. También este mismo tema se repetía en su juego. El desenlace común, consistía en que era culpado y regañado injustamente. A partir de este punto y como resultado del proceso terapéutico, el niño pudo reflexionar al respecto. Se partía de la convicción de la madre de que él tenía la culpa y una de las primeras conclusiones a las que llegó el niño, era que, como el asunto también le afectaba, podía dudar de esta convicción, alguien más puede tener la culpa, no obstante aun experimentaba tanto la necesidad de reparar lo sucedido como la necesidad de castigo. Durante esta etapa, el niño no podía abandonar la convicción de que era culpable debido a que sí lo era, pero sólo en sus fantasías.

Hacia la sesión 14, aparece un nuevo elemento, José Manuel comienza a considerar la idea que ese otro que es culpable, puede ser su padre biológico, lo que hace aparecer fantasías de castigarlo y perdonarlo, lo cual terminaría solucionando los problemas. En este momento, José Manuel puede diferenciar el hecho de que aunque quiera a su padre, también puede pensar que tuvo la culpa y que estos dos aspectos no se contradicen. Esta nueva forma de pensar la responsabilidad, le permite ampliar sus reflexiones e incluir a su madre en ellas. Así, cada una de las partes involucradas en el conflicto, tienen su parte de culpa y merecen un castigo acorde a ello. Poco a poco va deslindando más finamente, al punto que él se permite pensar que sus padres tienen gran parte de culpa y que él sólo se encuentra en medio de ellos. Pero además, considera que la culpa que le cabe podría ser el no hacer nada. Esta reflexión trae como resultado cambios en el niño, que desequilibran a la madre y permiten que se abra la posibilidad cerrada hasta entonces de que participe en el proceso terapéutico de José Manuel, lo cual se concreta en la sesión 17, que representa un punto de clivaje en el proceso terapéutico del niño.

En esta sesión 17, Rosa y Hugo acuden, aunque la invitación había sido únicamente para ella, ya que se esperaba que en esa sesión, pudiese hablar con ella sobre su historia de lo que aconteció con José Carlos, puesto que Rosa la comentaba fragmentariamente al final de las sesiones de su hijo, cuando la posibilidad de escucharla ya no era posible. Tuve la impresión de que al estar presente Hugo, esta posibilidad se obturaba. José Manuel al intuir que iba a hablar con su mamá sobre la separación, pidió que se le permitiera estar para saber lo que había pasado, para preguntarle a su mamá por qué su papá lo

dejó. El escuchar la historia de la boca de su madre, le permitió asumir una posición nueva y de la misma manera, hubo un cambio significativo en la postura de Hugo. Con relación a José Manuel, hay que señalar que lo que retuvo de la conversación, fue la confesión de Rosa de que había sido ella quién corrió a José Carlos y no como le había dicho al niño que fue el papá quién se quiso ir. Con relación a Hugo, comprendió la importancia de que José Manuel escuchara la versión de su padre biológico, misma que para él resulta imposible dar. Como resultado de esta conversación, hubo un cambio fundamental en el niño, se dio cuenta de que su mamá llega a mentir y que en el problema de sus padres, Rosa pudo haber tenido una participación activa. En las sesiones siguientes, se observa que José Manuel se permite criticar a su madre y el resultado inmediato es que comienza a defenderse en la escuela no dejándose inculpar, lo cual da por resultado que disminuya su aislamiento social. También es notorio el aumento general en sus calificaciones.

Los cambios en el niño, desequilibran aún más a Rosa, quien lo confronta diciéndole que si quiere, puede irse con su padre y recalcándole lo que ella supone, que su padre lo abandonó por no quererlo. Esto determina que repruebe los exámenes de español y matemáticas. Se observa que José Manuel puede identificar la causa de su bajo rendimiento. En este momento, su reflexión avanza y se da cuenta que a veces tiene que enfrentar cosas que aún a su mamá y a Hugo les da miedo, no obstante que es lo que les toca. La madre le prohíbe que comente cosas en sesión, le dice que *“la ropa sucia se lava en casa y ahí es donde se tiene que quedar”*, pero al parecer el niño va más allá de lo que ella puede manejar. Todo esto lleva al niño a tomar una posición que preserva su intimidad, interiormente él es libre de tener su propia opinión, pero exteriormente tiene que apegarse a la opinión de su madre para no sufrir las consecuencias, es decir, que lo deje de querer.

Encuentra una explicación alterna para explicar la conducta de su padre, no es que no lo quiera, es que a lo mejor él también tiene problemas, que lo orillaron a comportarse así. Al mismo tiempo, comienza a impedir la intromisión de su madre a su mundo interno. Estos cambios coinciden con un nuevo aumento en sus calificaciones y con el estreno de sus lentes que le permiten ver el mundo de forma diferente. En la última fase del tratamiento, se observa que el niño puede elaborar la diferencia entre su Hugo y José Carlos, los dos pueden ser sus padres, porque tienen diferentes funciones. Lo que resulta más evidente es que ya no toma como absoluto lo dicho por su madre, sin antes haberlo sometido a una reflexión.

Un año después de concluir el proceso terapéutico, me comuniqué a casa de José Manuel para saber cómo se encontraba, me contestó él y después de que me identifiqué, dijo *“¿la psicóloga Violeta?, ah sí, me acuerdo de ti”*, su voz denotaba alegría. Fue ahí cuando caí en cuenta que al hablarle, yo tenía el temor de que *no se acordara de mí*, que su olvidar persistiera, pero no, no fue así. Después de hablar con él y de que me contara que va en 5to. año y que le ha ido bien en la escuela, me despedí de él y pedí hablar con su mamá. La señora Rosa comentó que mi llamada le caía de sorpresa, que esperaba todo

menos que yo, después de tanto tiempo, me acordara de ellos y le sorprendió saber lo presente que los tengo y lo mucho que he reflexionado sobre lo que trabajamos. De José Manuel dijo que ahora es él que le ayuda a su hermano con sus tareas. A Rosa le parece que a José Manuel ya pone más atención en clase y no se le olvidan las cosas tan fácilmente. Se quejó de que es “muy amigüero”, que “sólo piensa en andar de novio” y que se ha vuelto “muy rebelde”. Sigue asistiendo a CISAME únicamente al servicio de psiquiatría.

Me sorprendió el carácter transferencial de la llamada. Me doy cuenta de que ya no dio tiempo de trabajar algunos puntos importantes, sobre todo con Rosa. Esta llamada me hizo pensar que tal vez, una capa muy profunda del deseo de Rosa por “olvidar”, “borrar” y “no hablar del pasado” estaba ligada al temor de ser ella misma la que sería olvidada, borrada y acallada por José Carlos. Capa que sólo pudo emerger cuando ella se percató de que es memorable.

Los cambios que se dieron en José Manuel desde la última sesión hasta el momento de la llamada, me hacen pensar que tal vez, la “pérdida” de su terapeuta le permitió tramitar la serie de “pérdidas” sucesivas a las que en algún momento se tuvo que enfrentar sin tener la posibilidad de elaborarlas, es como si ahora el recordar es lo que le permite no sufrir.

BERENICE

“NO PUEDE CON LA ESCUELA”

Una de los temas que revisten mayor importancia en el tratamiento de aquellos niños para los cuales el aprendizaje es un problema, es el del papel que tienen las calificaciones escolares en la subjetividad tanto del niño como de sus padres. La mayoría de los padres, quieren que sus hijos saquen buenas calificaciones, pero éstas significan cosas diferentes para cada uno de ellos. En algunos casos extremos, la calificación máxima ni siquiera es esperada, ya que es dada por hecho, en tanto que no representa el hacer, sino el ser del niño, así que, cualquier calificación inferior infringe una herida narcisista en los padres. En este contexto, la situación de Berenice representa el otro extremo, no es que sus padres deseen que a la niña le vaya mal en la escuela, sino que dan por hecho que le va a ir mal, no esperan más de ella, ya que como señala su madre *“Berenice no puede con la escuela”*.

La primera vez que atendí a Berenice era un “manejo de nervios” y continuó así durante el periodo de evaluación, permaneciendo callada, frotándose las manos y presa de una risa nerviosa que no la dejaba. En ese entonces ella tenía 10 años y cursaba el 5to. año de primaria. Era una niña bastante pequeña para su edad y este rasgo se acentuaba porque estaba “hecha bolita”. Posteriormente me platicaría que en aquella ocasión tenía mucho miedo porque no me conocía y no sabía cómo la iba a tratar. Yo podría agregar, que no sabía qué esperar de mí, ya que su experiencia en otros servicios del CISAME, tanto para ella como para sus padres, no había sido grata. Era difícil prestar atención a otra cosa, salvo a su estado de ansiedad, y desde ese momento, intuí que una parte importante del tratamiento tendría que ver con esta angustia que también se manifestaba en el motivo de consulta tal y como lo refirieron los padres: *“en la escuela notan que Berenice es muy distraída, no participa en clase, es callada e insegura, además de tener bajas calificaciones”*. A lo que el padre agrega *“tampoco se relaciona con otros niños”*.

Una vez que la relación terapéutica estaba establecida y que la angustia de la niña había disminuido, me fue posible apreciar su bello rostro moreno de grandes ojos negros y largas pestañas, siempre detrás de sus lentes de gran aumento. Sus padres hablaban de estrabismo, pero éste era muy sutil, casi imperceptible. Llamaba más la atención su cabello largo, negro y rizado, que, al igual que toda su persona, manifestaba un buen arreglo personal, situación que no era muy frecuente en otros pacientes que atendí. Físicamente, la niña se parece más a la madre, quien también mostraba un buen cuidado de su arreglo personal. Todo esto contrastaba con el padre, un hombre de edad mediana con un aspecto de descuido.

Al contactar telefónicamente con los padres de Berenice, la señora Carolina, recibió con agradecimiento la llamada, misma que había estado esperando vehementemente. En la entrevista, me resultó evidente que en cambio, el señor Jorge ya estaba harto de repetirle a cada profesional la misma letanía, sin que esto representara una ayuda para Berenice. Cuando les expliqué la especificidad de la intervención psicológica, el proceso que se habría de seguir y la utilidad de cada paso, así como la forma en que los datos que iban a proporcionar me ayudarían a comprender la situación de su hija, su actitud cambió. El señor, al caer en cuenta que el objetivo de la entrevista no era llenar un expediente, sino conocerlos más para poderlos ayudar, se disculpó y de ahí en adelante su actitud fue de cooperación al tratamiento.

No es extraño que el papá de Berenice estuviese fastidiado, y es que desde antes que sus hijos nacieran, de una u otra manera, siempre había algo de que preocuparse. Por principio de cuentas, los tres embarazos de su esposa, fueron de alto riesgo. El primero de ellos no se logró. Esta pérdida fue muy dolorosa para la pareja, aunado al hecho de que debido a este embarazo, ellos se casaron con premura a los tres meses de haber iniciado su relación. Más adelante, se regresará a este acontecimiento, debido a la importancia que cobrará para Berenice.

El segundo embarazo fue igual de difícil, Carolina, padeció preclampsia y el parto fue prematuro. De él nació Jorge y muy poco tiempo después, Carolina se embarazó de nuevo, esta vez de Berenice. Durante todo el periodo de gestación, la señora tuvo presión alta y la amenaza de preclampsia estuvo siempre presente. A los ocho meses, se volvió necesario practicar la cesárea, ya que la niña tenía el cordón umbilical enredado al cuello.

Berenice estuvo dos semanas en incubadora, su peso al nacer fue muy bajo (1.700 Kg). Los padres no esperaban que la niña sobreviviera y tenían miedo de que, si lo conseguía, fuera a ser con secuelas. La niña consiguió sobrevivir, pero el temor a las secuelas, como se aprecia a lo largo del proceso, nunca los abandonó del todo. El destete ocurrió a los tres meses, fue muy temprano y la madre no tiene más que racionalizaciones para explicar esto *“escuché que esta es la edad adecuada par dejarles de dar”*. Tal vez, lo que puede estar detrás de esta decisión, es el miedo constante de que a Berenice le pasara algo, recuerdo en especial algo que Carolina comentó sobre su hija: *“la veía tan pequeñita, frágil, sentía que se me iba a romper”*. La vivencia que tiene Jorge con respecto al desarrollo psicomotor de su hija es que *“siempre ha sido muy lenta para aprender”*, sin embargo, las edades en las que se fueron dando los hitos del desarrollo, están de acuerdo a la norma. Durante los primeros años de vida de Berenice, su tía materna fue una presencia muy importante, Carolina señala *“es como si fuera su segunda mamá, ella fue quien le enseñó a ir al baño”*. Creo que es conveniente mencionar que la niña logró el control de esfínteres a una edad muy temprana.

CASOS CLÍNICOS

Cuando Berenice tenía dos años de edad, ocurrió un accidente, al que los padres le dan gran peso en la entrevista. La niña se cae y se descalabra, la llevan al hospital y permanece internada un par de días. Berenice entra al Kinder a los tres años y medio, sus padres recuerdan que se le dificultaba relacionarse con otros niños y que no se quería separar de su hermano y de su prima. Cuando entró a primero de primaria, la niña no quería ir a la escuela, por lo que es referida al Instituto Nacional de Comunicación Humana (INCH) “*para saber qué es lo que tiene*”, pero después de la evaluación, no se detectó ningún trastorno en ella.

Los papás de Berenice “*se dieron cuenta*”, de que la maestra de la niña era una profesora “*muy prepotente*”, que trataba mal a los alumnos y debido a esto, la niña “*tenía una autoestima muy baja*”, por lo que tomaron cartas en el asunto, llevaron la queja a la inspección escolar y para el siguiente ciclo, deciden cambiar a la niña de escuela. En segundo año, la profesora les comenta a los papás que “*el rendimiento escolar de Berenice ha bajado, que es muy distraída y no tiene amigos*”. Ya en tercer año, su aprovechamiento empeora y Carolina decide llevarla a regularización.

La maestra de cuarto año es descrita por los padres como “*más exigente*”. Ella define las dificultades de la niña como “*falta de atención e incapacidad para retener las cosas*” y en específico, les menciona que “*le cuesta trabajo realizar operaciones aritméticas, comprender la lectura, además de juntar las palabras al escribir*”. Pasa a quinto año con promedio de 7. En este año, se vuelve a observar que “*no se relaciona con sus compañeros y que es muy insegura*”, por lo que su profesora la refiere a CISAME.

Berenice es atendida en el CISAME por primera vez en el servicio de paidopsiquiatría. La madre recuerda que en una de las citas “*la doctora que nos atendió estaba enojada, se desesperó y me alzó la voz diciendo – bueno señora, pero qué es lo que le preocupa de su hija, yo no le veo nada-*”. Por más que la señora trató de explicarle su preocupación no lo logró y ella siente que “*para que ya no estuviera molestando, la iba a mandar a terapia de aprendizaje y a hacer una evaluación*”.

El motivo por el cual paidopsiquiatría me refiere a la niña, es para conocer su coeficiente intelectual y contrastar impresión diagnóstica de Trastorno mixto de aprendizaje escolar.

SOBRE LA FAMILIA DE BERENICE

Carolina sólo cuenta con estudios de primaria y se dedica a realizar labores domesticas en otras casas. Jorge es artesano y muy dotado para el dibujo. Llegó a la secundaria, pero no la concluyó y señala que él también presentó “*problemas de aprendizaje*”. El entorno familiar de Jorge estuvo marcado por la violencia y el alcoholismo de su padre. A su vez, Jorge también fue alcohólico hasta que nació su hijo Jorge. Actualmente se encuentra en un

programa de recuperación (A.A.) Ambos padres provienen de familias muy numerosas. Carolina tiene seis hermanos y Jorge once.

La mamá de Berenice emigro a los Estados Unidos a la edad de veinte años, y permaneció en ese país durante un periodo de tres años y medio. Cuando regresó a México inició una relación con un hombre más joven que ella. Vivió en unión libre con él, algo así como poco menos de un año, pero se separaron debido a que ella tuvo dificultades con la mamá de él que no pudo superar.

Jorge y Carolina se conocían desde antes de que ella se fuera a Estados Unidos ya que eran vecinos. Una vez que ella regreso comenzaron a tratarse más porque también fueron compañeros de trabajo en la misma boutique. A los tres meses de relación, Carolina se embarazo y decidieron casarse, como ya se mencionó, este embarazo no llegó a término.

A Jorge, el hermano de Berenice, su padre lo percibe como “*autosuficiente e independiente*”, la madre dice de él que, “*lo regaña mucho pero que también lo apapacha más*”. Con relación a Berenice, sus padres comentan que “*la sobreprotegen*” y esto, debido al miedo que les provocó su estado de salud al nacer. Los señores no quieren que a la niña “le pase algo” y sin embargo se enojan cuando la niña no quiere hacer cosas ella sola. Carolina esta convencida de que tiene que estar más al tanto de Berenice. El padre explica la conducta de su hija de la siguiente manera: “ella se siente insegura de si misma por lo que no hace las cosas”. Agrega que, “aunque no se adapta bien a la escuela en la casa no es así salvo cuando hay visitas”.

LA INTERVENCIÓN

Uno de los datos más importantes para entender la problemática de Berenice, fue proporcionado de forma indirecta al aplicarle el WISC-R. El C.I que la niña obtiene, la sitúa en la categoría limítrofe con respecto a su grupo de edad, pero la observación clínica de su desempeño durante la evaluación, apunta hacia un dato muy importante, la ansiedad que experimenta ante la situación de prueba es tan intensa, que se bloquea, quedándose callada y sin contestar. A lo largo de las preguntas, se observa la siguiente situación: sólo hay aciertos y omisiones y en muy pocas ocasiones, respuestas erróneas, es decir, da la impresión de que sólo contesta cuando está segura de que su respuesta es correcta y cuando no posee esta certeza, prefiere permanecer callada o declara que no sabe. En aquellos subtests que toman en cuenta el tiempo, su ansiedad es aún mayor y le da prioridad al tiempo.

El resultado de esta prueba corrobora parte del diagnóstico psiquiátrico. En efecto, el desempeño de la niña se encuentra en el límite de su grupo de edad, sin embargo, también hay un punto muy importante de discrepancia con él. La impresión diagnóstica paidopsiquiátrica implica que la capacidad de la niña está afectada en sí misma, a causa de un daño orgánico implícito en la suposición de microcefalia. La evaluación psicológica apunta hacia otro sentido,

la capacidad intelectual de Berenice no está afectada, sino tan sólo bloqueada por los niveles de ansiedad. Tanto en la prueba de Bender como en la de Frostig, no se observaron indicadores de daño neurológico, y por si fuera poco, su desempeño está de acuerdo a su grupo de edad. En vista de lo anterior se justifica la expectativa de que el trabajo terapéutico con ella mejoraría su desempeño.

Cuando Berenice comenzó a asistir a las sesiones de tratamiento, la relación terapéutica se encontraba ya consolidada, para ella representaba un espacio que le permitía dominar un poco la angustia y alejarse así de la escuela. La principal fuente de su angustia tiene que ver con el hacer y por eso, le desagradan aún más las clases de manualidades y de deportes. La niña señala que cuando las cosas no le salen bien, se preocupa, se pone triste y le da vergüenza. Esto le pasa en los exámenes, se preocupa tanto por hacer las cosas bien, que se paraliza y no contesta.

En la primera sesión, aparece algo que será una constante en ella, la duda incesante y obsesiva de no saber qué hacer, de no decidirse a qué jugar. También se angustia al trabajar con materiales no estructurados, puesto que tiene que tomar más decisiones, por ejemplo, en esta primer sesión, después de pasar un buen rato dudando, escoge jugar con el play doh y comenta que *“es aburrido jugar a esto con mi prima porque no tiene moldes”*. Los moldes en cuestión son de animalitos y al no conseguir que la masa tome esta forma, exclama *“¡me salió mal, mira no se ve igual!”*, y al respecto me comunica las siguientes asociaciones, los animalitos mal hechos los ve como monstruos *“porque la asustan, la pueden rasguñar y la atacan”*. Cuando realiza dibujos, se observa que es muy crítica con los resultados, por ejemplo, al dibujar una casa dice *“me quedó muy fea, ni parece casa, más bien parece un cubo con ojos”*. Sin embargo, este cubo a pesar de que ella lo supone mal dibujado, tiene gente adentro feliz y a su vez, él está muy feliz viendo el paisaje.

Todo esto, que en su momento no pude darle significado, sólo fue posible pensarlo a la luz de las fantasías que Berenice elabora casi al final del tratamiento y que tienen que ver con sus orígenes y sus dificultades en la escuela.

En la sesión 21 me comenta que en su familia ha habido 11 abortos y que estos abortos se deben a que los niños venían mal, unas cuantas sesiones después, en la número 25, puede precisar que dichos abortos fueron de sus tías paternas y que el venir mal significa estar enfermo o tener síndrome de Down, por eso Dios no deja nacer a estos niños, así que se mueren y se van con otra familia. Es importante hacer notar que la historia familiar sobre la niña cuenta que ella se iba a morir, pero que los doctores la salvaron, por lo que quedaría sobreentendido que probablemente ella pudiese estar enferma o tener síndrome de down. A esta suposición, hay que agregar, por una parte, el hecho de que su hermano le diga para molestarla que es una niña down; y por la otra, el efecto que pudo haber tenido en la familia, la suposición de alguna anomalía orgánica por parte de la paidopsiquiatra. Por último, no hay que olvidar, la

creencia familiar que se juega en los dichos de los padres y que consiste en que la niña “no puede” por haber nacido mal.

Cuando exploré lo anterior con la niña, le mencioné que existen varias causas por las cuales puede haber complicaciones en un embarazo y no necesariamente porque venga mal el niño. Le precisé que en su caso, su mamá tuvo complicaciones debido a su estado de salud y la consecuencia de eso fue que ella naciera antes de tiempo. Berenice no se suponía afectada en su capacidad intelectual, de hecho pudo manifestar su molestia de que todos creyeran que es tonta cuando no es así. En efecto, como mostraría el trabajo posterior, los temores sobre la capacidad intelectual de la niña eran los propios temores de la madre sobre su propia capacidad de aprender y relacionarse proyectados en la niña, como Berenice muy bien señalaría casi al final del tratamiento *“no soy yo, es que mi mamá me pega sus nervios”*.

En esta creencia que Berenice comparte con su madre, sobre el destino o futuro de los niños abortados, se puede detectar que también hay un rechazo implícito. Son las madres las que no quieren al niño y son ellas quienes los hacen mal. Entonces es como si al no quererlos necesariamente tuvieran que salir mal. En el caso de Carolina, por lo menos, por su primer embarazo esto parece ser cierto. Ella no quería embarazarse, fue algo que se dio y por lo cual tuvo que casarse. En sesión, Berenice asocia lo que oyó sobre una niña de 15 años que se *“embarazó por tonta”* y que su mamá se embarazó de ella *“así nada más sin darse cuenta”*. Nacer mal y ser rechazado es lo mismo, en algunas ocasiones su madre le ha dicho que *si su hermanito hubiese vivido, ella no hubiera nacido*. Probablemente su temor a hacer mal las cosas esté constituido en parte por el temor a la retaliación, si hace mal las cosas, esas cosas mal hechas “monstruosas” se van a volver en su contra para atacarla.

Una parte importante del material que Berenice produjo durante el tratamiento, fue en forma de historias, que se pueden agrupar en dos tipos: el primero de ellos, consiste en historias representadas por títeres que generalmente tienen que ver sobre los acontecimientos de una fiesta; el segundo de ellos, estuvo constituido por relatos de terror.

En la tercera sesión, aparecieron por primera vez los relatos sobre la fiesta. Se inician a partir de la elaboración de un acontecimiento reciente, la celebración del día del niño en casa de Berenice, cuando se compró un pastel para celebrar a todos los niños de la Familia. Ese día la sesión comenzó con un juego donde ella elaboraba, pan, pasteles y galletas con el play doh para venderlos. En la historia que crea durante la sesión, se celebra el cumpleaños de una niña de nombre Violeta, con una gran fiesta de disfraces y muchos juegos divertidos. En las siguientes sesiones y en casi todos sus relatos siempre habrá un personaje con este nombre lo cual resulta significativo porque este es precisamente mi nombre.

En historias posteriores se puede apreciar que tanto en ellas como en la situación escolar la niña se encuentra elaborando su conflictiva edípica. Así Berenice, está enojada con su madre porque siente que es culpa de ella el que se le dificulte hacer las cosas en la escuela, y por otra parte, también la percibe como una figura persecutoria que a veces también puede estar representada por la maestra y la paidopsiquiatra.

Cuando Berenice experimenta enojo hacia sus padres, cómo tuve oportunidad de observar, la niña experimenta un aumento significativo en su sintomatología obsesiva. En una ocasión que llegó tarde a sesión porque su papá “se estaba bañando”, le resultó aún más difícil decidir a qué jugar y una vez que escogía un juego, éste le aburría rápido y cambiaba a otro. De hecho, era frecuente que llegara tarde o no asistiera porque a sus papás se les cruzaba algo, por ejemplo, su mamá se quedaba dormida o se levantaba tarde y no había gas para bañarse, qué había tráfico, etc. Todo esto sugiere que los padres se angustiaban por el hecho de que su hija asistiera a sesión, pero una vez que se trató el tema con ellos, la forma en que trataban de manejar esto, consistía en llegar muy temprano, antes de la hora. Berenice esperaba que yo siempre estuviese ahí sin importar qué tan temprano llegara ella, lo que provocó que la niña proyectara en mí los reproches que le hacía a sus padres, “¿se quedó dormida?, pensé que no iba a venir”. Berenice interpretaba la angustia de sus padres como una muestra de que ella no era importante.

Después de un periodo de tres semanas sin sesión y a punto de que se diera de baja a la niña del servicio siguiendo las reglas de la institución, fue como volví a ver a Berenice, sólo una vez antes de salir de vacaciones. Esta ocasión consistió con el hecho de que se me había asignado un cubículo fijo, mismo que al no tener cortinas, permitía apreciar una buena vista del periférico. Justo enfrente del CISAME, se encuentra un edificio que ha permanecido bastante tiempo en obra negra y como en la ciudad, un espacio tan grande no puede ser desaprovechado, se convirtió en una cartelera gigante para las películas de estreno, y precisamente, el anuncio más grande quedaba enfrente del balcón del cubículo. Este hecho fortuito, que no pasaría de la simple anécdota, se reveló tanto para Berenice, como para otros niños en un acontecimiento de suma importancia para su proceso. En el caso específico de Berenice, ocurrió lo siguiente. La película que se estaba anunciando era la de Shrek 2 y la niña comenzó a platicar que era la que quería ver para su cumpleaños, mismo que ocurrió durante el periodo que no nos vimos, pero como aún no la estrenaban, vio la de Harry Potter 3. Me preguntó si ya la había visto y le contesté que sí¹², por lo que me volvió a preguntar “¿verdad que hay escenas que dan miedo?”, lo cual inauguró la producción abundante de material fantástico que a la larga sería indispensable para la cura de la niña.

¹² Considero que para un psicoterapeuta infantil es muy importante no sólo ver, sino también analizar cuanta película infantil le sea posible, sobre todo los estrenos, ya que permite comprender mejor a los niños, si es que la mencionan en sesión, es porque tiene que ver con ellos, y si es que el niño al relatarla la modifica, esto también proporciona datos importantes sobre él.

La escena que le daba miedo coincidía con la aparición de un hipogrifo, que ella denominaba “*el animal que volaba, la gallina*” y me preguntó sobre si en verdad existiría o no, esta duda sobre la existencia de las cosas, sería recurrente a lo largo del tratamiento, por ejemplo, en esta misma sesión, manifestó sus dudas sobre las historias de un cazafantasmas que sale en un programa de televisión, ella llegó a la conclusión de que hay cosas que sólo pasan en los pueblos, pero que no pasan en la ciudad.

Debido a las vacaciones de verano, volví a ver a Berenice hasta mes y medio después. En aquella ocasión, se trató con sus padres, la importancia de la constancia y la puntualidad en el tratamiento, ya que eso afectaba los posibles avances de la niña. Los padres estuvieron de acuerdo, tenían muchos motivos para que se continuara atendiendo a su hija, habían notado varios avances desde que la niña asistía a CISAME, por principio de cuentas, contrario a lo que esperaban, Berenice había pasado a sexto año sin problemas. El padre explicaba lo anterior a la ayuda que la niña había recibido de la maestra, sin la cual seguramente habría reprobado. La madre notaba que Berenice ya no era tan tímida, puesto que tenía más amigas, aunque observaba algo extraño en la niña, y es que “*se ha vuelto muy contestona y rebelde, le grita a su hermano y hasta a nosotros*”. ¿Cómo se pueden explicar estos cambios en Berenice?. Con respecto a su desempeño escolar, cabría decir que no hay cambio, ella siempre ha pasado de año sin problemas, pero son los padres que han variado su postura, antes creían que la maestra le hacía un favor a la niña, pasándola de año, sin merecerlo, ahora ya creen que la niña se lo merece, aunque todavía no creen que pueda hacerlo sola. El cambio no se dio en ella, sino en los padres, por lo tanto, algo resolvió la terapia, que disminuyó la ansiedad de Carolina y Jorge. ¿Qué hizo que la niña tuviera más amigas?. Esto probablemente tiene relación con algo que observé en las primeras sesiones, la madre de Berenice percibía a las otras personas, en especial a las figuras de autoridad (maestras, paidopsiquiatras, su anterior suegra y yo) como hostiles, amenazantes, enojadas y prepotentes y esta visión del mundo la compartía con la niña, pero poco a poco, en las sesiones, Berenice se fue diferenciando de ello, por ejemplo, resulta muy ilustrativo lo que pasó una vez que llegó a sesión después de su primer consulta con su nueva paidopsiquiatra. En la sesión anterior me había comentado que no quería entrar con la nueva doctora, porque tenía mucho miedo. Cuando le pregunté cómo le había ido, me contestó “*me fue bien, yo pensé que era mala porque eso dijo mi mamá*”. Como resultado de esto, la madre comenzó a percibir a la niña de esta misma forma, y en cambio, la niña, pudo acercarse a las personas sin prejuicios y con mayor confianza.

Por último, la producción fantástica de sus historias representadas en el juego de títeres y de los relatos de terror que me contaba, le dieron una vía para sublimar y elaborar su angustia.

A través de sus historias, representadas en los juegos de títeres se acercaba principalmente a cuestiones de la vida cotidiana y a su conflictiva edípica. En cambio, con los relatos de terror, abordaba elementos y fantasías

preedípicas que despertaban aún mayor angustia en ella, misma que podía constatar de forma contratransferencial. Una de las mayores pruebas que representó para mí esta niña fue la propia elaboración de los elementos que despertaban en mí estos relatos. Se revisará algunos de los puntos que Berenice elaboró durante su cura.

Al principio, como ya se mencionó, la elaboración edípica de la niña, se centraba en el odio que le producía el pensarse incompleta a causa de la madre. Posteriormente, aparece el tema del hijo deseado que sólo se puede obtener a partir del robo, lo que la hace sentir culpable de sus propios deseos y experimentar temor ante la retaliación. Esto se pudo observar en la sesión 10, aquí su juego consistió en una niña que se robaba un osito de peluche que no quería regresar, pero que su madre le obligó a hacerlo; sin embargo, la presencia de angustias preedípicas complicaban la elaboración edípica de la niña, por ejemplo, su temor a la retaliación por robarle un niño a la madre era aún mayor, ya que se sumaba el temor a lo que su madre en tanto figura preedípica pudiera hacerle. Aunque este tema apareció de forma fragmentaria en varias sesiones, la elaboración más completa y continua, se puede observar en la sesión 16, en la historia de la “bruja pedorra”.

En esa ocasión Berenice se dirige al armario de los juguetes y no se decide por alguno en particular hasta que elige jugar con los títeres. Escoge para sí los siguientes personajes: la hada, de la que ella dice que es una princesa que se llama Violeta, el mago que se llama Don Darvelio¹³ y una bruja. Ella me asigna al papá, a la mamá, a la hermana, que es la reina y al príncipe que es el rey.

El juego empieza cuando Violeta le dice a su mamá que su hermana y su novio se habían quedado juntos toda la noche:

Berenice: *“fue con el chisme”,*

Violeta: *“mamá, Alejandra se quedó con su novio toda la noche”.*

Mamá: *“¿sabes por qué se quedó?”*

Violeta: *“no sé”.*

Mamá: *“¿qué harían toda la noche”.*

Violeta: *“estarían durmiendo”.*

Se le aparece la bruja a Violeta...

Bruja: *“te voy a matar, porque has dicho muchas cosas de mí, hablas mal de mí”.*

Violeta: (exclamando) *“bruja pedorra”*

¹³ Don Darvelio era uno de los personajes principales de una telenovela infantil que se transmitía en ese momento, “alegríes y rebujos”(Televisa, 2004) de la cual Berenice no se perdía ni un capítulo. Este personaje era un mago bueno, con características paternas. Al principio, les producía temor a los niños, pero luego se transformó en su aliado, era el padre de la bruja de la novela quien quería deshacerse de él para obtener su poder.

Berenice: *“Con esa palabra, la desarma, son palabras mágicas y desaparece, pero si se dice de nuevo bruja, aparece”.*

Violeta va al cuarto de su hermana a decirle que la bruja la va a matar y ésta se aparece.

Hermana: (dirigiéndose a la bruja) *“¿por qué quiere matar a Violeta si es una niña?”*

Bruja: *“Porque es mala”.*

Hermana: *“Violeta no es mala, hace travesuras y a veces contesta mal, pero no por eso la vas a matar. Ella hace cosas que todas las niñas hacen”.*

Violeta: (exclama) *“bruja pedorra”*

La bruja desaparece. Violeta va con su mamá y pasa lo mismo, se aparece la bruja.

Bruja: (dirigiéndose a la mamá) *“la voy a matar”.*

Mamá: *“¿por qué quieres matarla?”*

Violeta: (exclama) *“bruja pedorra”*

La bruja desaparece. Aparece el mago

Violeta: (dirigiéndose al mago) *“ayúdame, detén a la bruja”.*

Mago: *“Esa bruja antes era una señora que decía groserías y que era mala y por eso yo la convertí en bruja”.*

Violeta: (preocupada): *“¿me vas a convertir a mí?”*

Mago: *“no, tú eres una princesa”.*

Violeta corre con su mamá, quien le quería explicar lo que le había ocurrido a la bruja y por qué se le aparecía y la quería matar, pero Violeta no quería escuchar y estaba muy alterada.

En este punto Berenice cambia el juego y dice que la hermana tiene un bebé y que pronto va a ser la fiesta del niño, pero que también, ese mismo día Violeta quiere ir de paseo. Violeta hace berrinche porque el mismo día de la fiesta cuando quiere ir a pasear. A través de la hermana le digo que un cumpleaños no se puede cambiar de día, porque es el día en que el bebé nació. En cambio, lo que sí se puede hacer es escoger otro día para el paseo, por ejemplo, el día de hoy. Violeta acepta esta explicación y va por su prima Karlita y por su tía.

Karlita es muy berrinchuda y quiere tener *“a la bebé”* porque dice que es una muñeca. Karlita le arrebató la niña a Alejandra y la tira. A través de la tía le digo que no es una muñeca, que es *“una bebé”* y por eso mismo es necesario que esté con su mamá. Pero Berenice en tanto que Karlita, grita y dice *“quiero una muñeca, quiero una muñeca”*, con tal vehemencia que rompe con la ilusión del juego. Yo le digo lo siguiente desde el papel de la tía *“ese bebé que quieres no es como una muñeca que te puedan comprar, tal vez lo tendrás pero sólo*

cuando seas grande, entonces será tuyo y no tendrás que quitárselo a nadie”. Karlita se enoja aún más y empieza a pegarle a todos los niños de la fiesta, también a la tía. En ese momento, ella a través del papel de la mamá, regaña a Karlita y se la lleva a casa.

Otro de los temas que pudo elaborar, gracias a los relatos de terror, fue la propia historia de la familia, como se puede apreciar en el cuento que crea el día de muertos y que ella titula “el panteón embrujado”.

Al entrar a sesión, me dice que se disfrazó de la llorona¹⁴ con un traje blanco y con las uñas negras. Hace un dibujo y comienza a compartir conmigo su historia.

“Una niña fue a un panteón porque no creía lo que sus compañeras decían, que estaba embrujado. La niña fue y ahí había una casa de donde le salió un vagabundo que la mató porque no le gustaba que nadie entrara a esa casa donde antes vivía una familia. Los papás murieron, están enterrados en el patio y los hijos se fueron lejos”.

El vagabundo vio que podía vivir ahí y espantaba a los niños, por eso puso un muñeco como si fuera un fantasma. Después, otra niña que se llama Violeta, fue a donde estaba el vagabundo para vengar la muerte de su hermanito, porque éste se lo robó y lo mató. Violeta lo siguió, vio que estaba su hermano, pero también la mató”.

En este punto, Berenice corrige su historia y dice: “no, no, no, así no va, más bien la niña escuchó decir al vagabundo -que bueno que el bebé está vivo-. Violeta se alegró, le cambió el cuchillo al vagabundo por uno de juguete y se hizo la muerta. Cuando el vagabundo ya no estaba, ella se salió con su hermano, le avisó a su papá y éste fue con la policía. Metieron al vagabundo a la cárcel. El vagabundo se había robado al niño porque pensaba que era suyo, ya que antes le gustaba la mamá del niño, pero ésta no le hizo caso y se casó con otro. Antes, el vagabundo era guapo, pero como tomaba, su mamá lo corrió de la casa y fue por eso que después se convirtió en vagabundo.¹⁵ El vagabundo se quería vengar y matar a los niños. Después de este suceso, todos los niños que iban al lugar, llevaban flores y arreglaron la casa y veían como héroe a Violeta. Había otra niña que tenía un Don, veía lo que iba a pasar, pero Dios le dijo que se lo tenía que dar a alguien que si le sirviera y ella decidió dárselo a Violeta porque ayuda a la gente, pero la otra niña se murió.

Violeta sabía que el vagabundo espantaba a propósito y no existía ningún fantasma, sino que era una persona mala y hacía todo eso para molestar a los demás”. En este punto donde culmina su historia, ella me pregunta

¹⁴ La historia de la llorona es de una mujer que mata a sus hijos y como castigo tiene que penar eternamente buscándolos. Que haya escogido este disfraz no es fortuito.

¹⁵ En este fragmento se puede apreciar la elaboración que Berenice hace de la historia de sus padres. Entre otros temas aparecen la anterior pareja de la madre, el alcoholismo del padre, el hermanito muerto y la confusión sobre la paternidad del bebé.

“¿verdad?”, a lo que yo agregué lo siguiente: el fantasma no era de verdad, porque no existen, fue el vagabundo quien inventó lo del fantasma porque quería espantar a todos. Estaba muy enojado porque no lo habían querido y lo habían despreciado y ese enojo es lo que hacía que quisiera matar a todos los que se le acercara.

Las historias de Berenice resultan difíciles de interpretar porque a cada momento la persona que está detrás del personaje cambia, por ejemplo, en este caso, el vagabundo, en algunos momentos es su propio padre, de quien en algún momento me comentó que supo que cuando él tomaba, se quedaba en las calles dormido, como vagabundo. En otro momento, detrás de este personaje también se puede identificar a la primera pareja de la madre, e incluso, la madre misma aparece bajo esta identidad, ya que es ella misma quien mató a su hermanito dentro de una casa (vientre) y pudo haberla matado a ella.

En otras ocasiones, la interpretación se dificulta porque una misma persona es escindida y representada por varios personajes, por ejemplo, en la historia de la “bruja pedorra”, la madre aparece sexualizada en el personaje de Alejandra, persecutoria en el papel de la bruja y protectora en el papel de la madre.

Cabe agregar que aunque no se interpretaron exhaustivamente estas fantasías, su función terapéutica radicó en el mero hecho de ser relatadas enfrente de alguien que pudiera oírlas, alguien que pudiera dar cuenta de ellas a pesar de lo angustiante que pudieran resultar, como lo señalaría al final del tratamiento *“a usted le puedo contar estas historias porque no le dan miedo”*. La forma en que se elaboró la angustia de la niña, consistió en servir de soporte a las manifestaciones de la misma, sirviendo como un otro desde donde ésta se podría organizar.

En la parte teórica de este reporte, se menciona que el aprendizaje no puede constituirse como un problema para el niño sin la participación de un otro. Lo anterior resultó muy evidente en el historial de José Manuel, ya que en él se puede apreciar el efecto de la subjetividad de la madre en la subjetividad del niño y gran parte de la cura se enfocó en el deslinde de ambas. En el caso de Berenice, se puede observar que esta separación está instituida, si bien ocurre que a veces la niña asuma como propios los temores de la madre, sólo es necesario un esfuerzo muy pequeño para que la niña pueda reconocer esta alteridad. Debido a esto, era de esperar que tarde o temprano, la angustia de la madre le hiciese entrar en crisis. Esto aconteció dentro del contexto terapéutico y pudo resolverse de forma adecuada.

Se trata de la sesión posterior al día de reyes, Berenice sabe quienes son los reyes magos, hace un año que se lo dijeron en la escuela, y en esta ocasión, sus papás le confirmaron este esclarecimiento, y aunque recibió juguetes, se queja de la pérdida de la ilusión, *“ya no es lo mismo, ya no es la misma ilusión”*. En esta sesión, su juego trataba la problemática edípica que estaba elaborando. Al

terminar la sesión, Carolina me pide unos minutos para hablar, se encontraba muy preocupada de que Berenice no pudiera con la secundaria. La señora comenzó a llorar y se preguntaba si no era mejor que la niña reprobara para estar más preparada el próximo año, o incluso, si reprobaba el examen de admisión, consideraba la posibilidad de que suspendiera los estudios por un año. La impresión que la señora me provocó es que estaba tremendamente angustiada de que su hija entrara a la secundaria y que deseaba posponer el acontecimiento, ya que había observado que a su hijo mayor, este nivel escolar, le estaba resultando muy difícil de enfrentar. En este momento, mi intervención consistió en hacerle notar que esa aprehensión era suya, pero que no se justificaba a partir del desempeño académico de su hija. Estuve de acuerdo con ella que la secundaria puede ser difícil y pesada, pero que también estaba convencida de que Berenice podía enfrentar este reto; sin embargo, me quedé con la sensación de que no había podido convencer a la señora de esto. Berenice faltó dos semanas y en la siguiente sesión, me comenta que sí la inscribieron en la secundaria. Exploro con ella lo que piensa al respecto de los temores de su madre y ella se extraña ante ellos, Berenice cree que sí puede y yo le señalo todas aquellas cosas que me hacen estar de acuerdo con ella, por ejemplo, que nunca haya reprobado año. Le comento que ahora lo importante sería saber por qué su mamá está convencida de que ella no puede. Su padre, al final de la sesión, me pide una cita para hablar sobre la inseguridad de Berenice, se acordó que fuera a la siguiente semana. Esta cita no se llevó a cabo, los padres no acudieron. Berenice llega 15 días después, me comenta que su mamá, por falta de gas, no se pudo bañar y como no le gusta salir así, ya no pudo venir. A la mitad de la sesión, me platica sobre la última película que vio, se llama “voces inocentes” y trata sobre la guerrilla y los niños en el Salvador. Berenice me platica su versión:

“Los niños juegan con armas y a la edad de 12 años los llevan a prepararse al ejército. Un niño, Chava, iba a cumplir los 12 y mienten para que no se lo lleven, apenas tiene 11. A los niños que no se los llevan, los matan disparándoles en el cuello. A una niña le queman su casa y muere”.

Le pregunto, ¿qué es lo que más te llamó la atención de la película?, y ella me responde *“que matan a los niños”*. Yo le señalo que esos niños de la película, al igual que ella, tienen la misma edad, 11 entrando a los 12, y cumpliendo esa edad, hay un cambio, a ellos se los llevan al ejército o los matan y tú que esperas entrar a la secundaria, no sabes si tu mamá te va a dejar o no ir a ella. Ella prefiere que repruebes sexto año o que te quedes en la casa. Le pregunto: ¿cómo te imaginas que es la secundaria?, y ella me contesta que *“estricta”*.

Yo le digo, sí, como en el ejército, en el lugar donde preparan a los niños en la película. Ella asocia que *“también los niños le pegaban al padre (sacerdote) y a las mamás”*.

Pregunto: ¿cómo te sientes cuando tu mamá comenta algo de la secundaria, como el que no vas a poder?

Ella responde “*nada. Me enojo, porque ella quiere que me quede en 6°. Y los niños de mi salón van a ir a la secundaria*”. Me comenta que subió de calificaciones, en matemáticas sacó 7, en español 7.5, en ciencias naturales 8 pero que reprobó el examen de historia.

Pregunto: ¿qué estas viendo en historia?

Responde: “*lo de la reforma*”.

Pregunto: ¿para ti, qué quiere decir o que te imaginas cuando escuchas la palabra reforma?

Responde: “*No sé*”.

Yo le explico que significa cambio. Que Juárez quería un país moderno y que la Iglesia quería que las cosas siguieran igual.

Al final de la sesión, a madre insiste en que Berenice bajó de calificaciones, yo le señalo que la niña subió en aquellas materias que le habían resultado difíciles y que había un buen motivo para que hubiese reprobado historia, algo que tenía que ver con lo que ellos como familia estaban pasando. Le pedí que le tuviera confianza a su hija porque tal vez el miedo que ella siente como mamá, de que Berenice no pueda es algo que la niña percibe. Si Berenice llega a sentir que su mamá tiene razón, va a terminar por creerlo y se comportará así aunque ella puede dar más.

Le comento que es importante que ella y yo pudiésemos analizar esta parte, ya que el miedo que ella siente, es lo que está afectando el desempeño de Berenice, que es lógico que ella sienta miedo, porque es algo a lo que nunca se enfrentó, pero para su hija, es una oportunidad muy grande. Berenice está segura de sus capacidades y no es justo que tenga que enfrentar el temor de alguien más.

En la sesión 20, aparece el último juego de títeres de la niña, donde termina de elaborar su conflicto edípico. El personaje que hace berrinche para tener lo que desea, tiene que aceptar las reglas y el personaje que quería una muñeca, recibe un perrito en lo que se la compran. Posteriormente, en las sesiones que faltan, la niña reconoce tanto sus carencias como sus habilidades, el miedo que proviene de ella y el miedo que proviene de otros. A partir de esta sesión y hasta el cierre del tratamiento, aparecen una gran cantidad de historias de terror que le sirven para ir elaborando aspectos relacionados con su historia y con la de su familia. Así también, estas historias le sirvieron para tratar de elaborar la disolución del vínculo transferencial. Pero antes de pasar a este punto, considero que es necesario tratar la sesión en la que aparece por última vez el tema de su reacción ante las preguntas de la escuela “quedarse paralizada”.

En la sesión 22, comenta una leyenda urbana que tuvo mucha difusión en ese momento, ésta trata sobre el payaso de McDonald que en la madrugada le habla a unos chavos, a causa de la impresión, uno muere y es otro queda catatónico. Después de contar la historia, Berenice comenta con el escepticismo que cada vez la caracteriza más: “*esto lo hizo el conductor del radio, habló y movió la mano del payaso, pero a los muchachos sí les pasó algo, uno se quedó*”.

CASOS CLÍNICOS

traumado". Lo que aquí sostiene la niña, es que aunque algunas cosas no sean reales, pueden tener efectos en las personas. Esto es lo que está implicado en la explicación que le di a la mamá sobre las dificultades de Berenice, no son reales, pero si las creemos, sí pueden afectar a la niña.

Pregunto: ¿Berenice, sabes qué es quedarse traumatado?

Responde: *"es como quedarse "así" (hace gesto de quedarse inmóvil)*

Comento que esto me hace pensar cuando su papá dice que ella se queda paralizada "así", cuando le preguntan en la escuela. ¿Traumada será como quedarse paralizada?

Responde: *"Bueno, sí, pero éste que quedó para siempre y yo sólo un momento"*.

Pregunto: ¿En qué momento?

Responde: *"Cuando me preguntan algo que no sé"*.

Reflexiono junto con ella que para quedarse "traumado", es necesario que pase algo antes y que si esto es cierto, tiene que pasar algo antes de que ella se quede paralizada ante una pregunta.

Pregunto: ¿qué sientes o piensas cuando te preguntan algo?

Reponde: *"Creo que no voy a saber si es correcta o incorrecta. La maestra me dice que no importa, que lo que importa es participar"*.

Le digo que al no saber si su respuesta es correcta o no, actúa igual que cuando duda si son verdaderas o no las historias de terror, y ella me dice que "Sí". Continúo diciéndole que si los chavos hubieran estado seguros de que los fantasmas no existían, no les hubiese pasado nada, habrían sabido que es una broma. De la misma forma, si su mamá no le hiciera dudar que sabe, no se quedaría paralizada, contestaría sin importar si está correcto o incorrecto.

Al final de la sesión, la madre me comenta que la maestra le ha dicho que Berenice ya participa más y que va a salir en el bailable del día de las madres, algo que hasta al principio de la terapia le provocaba mucha ansiedad.

El hecho de que la niña utilizara mi nombre para sus historias, me provocó una extraña mezcla de orgullo narcisista e incomodidad. El primero, cuando representaba un aspecto idealizado de la niña, el segundo, cuando era el receptáculo de sus pulsiones agresivas, así como de los aspectos escindidos de ella. En varios momentos, me resultaba difícil extrañarme de mi nombre y reconocerlo como un significante más. Poco a poco fui cayendo en cuenta que Berenice tomó prestada mi subjetividad a la manera de un espacio en el cual podía organizar la propia. Ante una madre que dudaba de ella, necesitaba de un otro que pudiera poner las certezas en puntos suspensivos y que estuviera sólo ahí para escucharla. Hacia el final del tratamiento, ví como poco a poco, Berenice me fue regresando mi nombre y cómo ahora lo usaba para nombrar objetos a los que mediante esta operación identificaba con la totalidad de mi yo en un intento de no perderme del todo, por ejemplo, en las últimas sesiones, su muñeca se llamaba Violeta y también me platicó de un personaje de una película que se llama Violeta, de la que dijo: *"se hace invisible pero está ahí, crea una capa protectora que es invisible"*, pero la separación le causaba dolor y me identificó con personajes no tan gratos, un perrita poddle de una novela. El

cierre del tratamiento, se trabajó durante un mes, y en la última sesión, en lugar de que le pusiera mi nombre a su muñeca o hablara de personajes de ficción, me comenta que *“ayer me la pasé bien en MacDonalds jugando con mi primita Alejandra, ella tenía miedo a los toboganes y yo le ayudé a que se le quitara”*. Me obsequió un alhajerito y una foto suya de 3 años. Nos despedimos con un abrazo y un beso. Faltaba una semana para su cumpleaños.

Un año después, cuando me encontraba organizando las notas que me servirían de base para elaborar este historial, me comuniqué por la tarde a casa de la niña para felicitarla por su cumpleaños como se lo había prometido, no encontré a Berenice, me contestó su abuelita comentándome muy contenta que a su nieta le estaba yendo bien en la secundaria, también me dijo, *“qué bueno que sí se apuntó”*.

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL

El concepto actual de salud, implica todas las esferas del ser humano, los aspectos biológico, social y psicológico. Debido a esto, las Instituciones de atención a la salud han venido, en el curso de los años, incorporando a sus filas profesionales de distintas formaciones con el fin de promover la salud más allá del ámbito biológico, buscando que la atención sea integral. De esta manera, tomando como eje el modelo médico, cada uno de los distintos profesionales ha tenido que ajustar su propio recorte de la realidad a un fin común.

Los problemas de aprendizaje conforman una realidad compleja en la que las distintas disciplinas comprendidas en un contexto institucional, tienen sus propios y bien delimitados ámbitos de competencia. La cuestión esencial para el psicoterapeuta infantil que se enfrenta a los problemas de aprendizaje en una institución de salud mental, consiste en ayudar al niño manteniendo la especificidad de la práctica, a la par que se colabora con los otros profesionistas implicados en su atención, todo esto sin perder de vista el marco institucional.

A raíz de mi experiencia clínica en el CISAME, he llegado a la conclusión que la especificidad de la intervención del psicoterapeuta infantil en una institución, radica en el ámbito de la subjetividad. En el caso de los problemas de aprendizaje, esto se traduce en la atención no del problema en sí, sino en la escucha y la comprensión del niño para quien el aprender duele y con este fin es que el psicoterapeuta infantil ha de integrar y articular en su quehacer los elementos provenientes de los otros puntos de la red multidisciplinaria, de la cual él es sólo un punto entre muchos.

LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Definir qué es un problema de aprendizaje, resulta difícil, ya que para hacerlo se necesita partir de una concepción teórica, y con relación a este campo, aún existen discrepancias. De una forma sencilla, se puede decir que existe un problema de aprendizaje cuando éste no se da, cuando existe una dificultad que se sale de las manos y que no se puede resolver.

Los desacuerdos comienzan a partir de este punto, hay diferentes posturas sobre cuáles podrían ser las causas y sobre qué es y que no es un problema de aprendizaje.

Al principio, se sostenía que el problema de aprendizaje se podía definir únicamente a partir de la presencia de un déficit ya sea orgánico o funcional, lo cual llevaba a considerar que el problema de aprendizaje se podía explicar únicamente a partir de la biología del niño, en donde la escuela no tiene nada que ver y lo emocional es de carácter secundario. La educación especial se basa en este supuesto y enfoca sus intervenciones a integrar a estos niños, mismos que consideran discapacitados.

Posteriormente, cada vez resultó más difícil sostener la hipótesis de la organicidad como causa única de los problemas de aprendizaje, se comenzó a sospechar la existencia de una unidad nosológica que sin ser orgánica, tenía los mismos efectos. Esta concepción tampoco implicaba la escuela y le daba a los aspectos emocionales un carácter secundario, ejemplo de ello, son las clasificaciones psiquiátricas comprendidas en el CIE-10 bajo el rubro de trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

El campo de la psicopedagogía, que se forma en la necesidad de intervenir sobre los problemas de aprendizaje, formula un replanteamiento de la cuestión, por principio de cuentas opera la necesaria distinción entre el estado del niño y los requerimientos escolares y explica la ocurrencia del problema de aprendizaje a partir de la interacción de ambos. Lo que crea el problema de aprendizaje es un requerimiento que sobrepasa las capacidades individuales de cada niño. De esta forma, se comenzó a considerar el papel que los padres y la escuela tienen en la conformación de los problemas de aprendizaje.

El desarrollo de la concepción de los problemas de aprendizaje, muestra que están muy lejos de ser un fenómeno sencillo que se podría explicar de forma lineal, por el contrario, representa un todo complejo, en el cual interactúan en diferentes formas y grados, elementos de tipo biológico, psicológico y social, haciendo que cada caso sea muy diferente al resto. Sin embargo, también hay algo que permanece constante. El problema de aprendizaje no se da en el vacío, siempre hay una subjetividad que está implicada y que es a la que apunta la intervención psicoterapéutica.

LA APORTACION DEL PSICOANÁLISIS

El psicoanálisis abre la posibilidad de escuchar el sufrimiento del niño al que le duele aprender. La especificidad de su intervención radicará en hacerse cargo del sujeto de este sufrimiento, de esta forma, se plantea una subversión del campo de los problemas de aprendizaje, que ya no se consideran como un fenómeno aislado que se debe explicar en sí mismo, por el contrario, se constituirán como la manifestación clínica de problemáticas aún más

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

profundas, problemáticas donde la subjetividad necesariamente estará implicada.

En este sentido, es imposible avanzar un paso sin considerar antes que el aprendizaje específicamente humano es diferente del aprendizaje animal porque el aprendizaje humano implica la existencia de un sujeto y la presencia del orden simbólico. De esta forma, sin teoría del sujeto, el psicoanálisis no podría abordar la cuestión de las dificultades para aprender, y de la misma forma, es en las vicisitudes de la constitución del sujeto donde habremos de reconocer las diferentes manifestaciones de las fallas en el aprendizaje.

La primera posibilidad que considera la clínica psicoanalítica es aquella donde el sujeto, o bien no ha advenido, o bien dicho advenimiento esta marcado por fallas severas en la constitución del sujeto psíquico, fallas que comprometen profundamente su funcionamiento. Esta posibilidad clínica, cuando se detecta en edades tempranas, generalmente se manifiesta en la demanda de atención como retrasos o dificultades en el desarrollo, ya que estos son los aspectos a los que se le pone atención en las instituciones preescolares. En cambio, si el niño que sufre de fallas severas en la conformación de su psiquismo es detectado hasta la etapa escolar, la demanda de atención hablará de trastornos graves en el aprendizaje que un diagnóstico nosológico no acertará a definir salvo en las categorías residuales y mixtas.

La segunda posibilidad clínica que el psicoanálisis postula, ya no tiene que ver con las fallas en la constitución del sujeto sino con la falta que le es constituyente y que moviliza su deseo, en este caso, su deseo de saber. Éste será el campo de los síntomas y las inhibiciones, dificultades que se manifestarán en la demanda de atención, como trastornos específicos y bien definidos, ya sea de la lectura, la escritura o el cálculo. En la escuela, el niño no podrá hacer determinadas cosas, mientras otras las hará con suma facilidad, recordará “insignificancias” y olvidará cosas “importantes”, se distraerá constantemente, o bien, aunque sepa las cosas, no participará en clase. En general, los maestros no sabrán explicarse cómo es que “pudiendo ir bien no le echa ganas y va tan mal”, cómo es que “siendo tan inteligente tiene tan malas calificaciones”.

La tercera posibilidad clínica, es consuetudinaria a las otras dos ya que se refiere a la participación del Otro y de los otros en la configuración de los problemas de aprendizaje, es decir contempla los aspectos intersubjetivos e interrelacionales que siempre se deben de tener presentes.

SOBRE EL ESTUDIO CLÍNICO

Algo que está implicado y que sin embargo resulta necesario hacer explícito aquí, es que el estudio clínico que se llevó a cabo, aparte de ocuparse de los problemas de aprendizaje, también refleja la realidad clínica a la cual me enfrenté durante la residencia, realidad que está constituida por las características del segmento de atención que debería de atender. De esta forma,

no se pudo presentar un caso donde las fallas en la estructura psíquica estuvieran de base en el problema de aprendizaje, porque éstos se suelen detectar más tempranamente. Sin embargo, la discusión teórica al respecto es importante, primero porque permite situar por contraste, el campo de los problemas de aprendizaje de naturaleza neurótica, y por otra parte, también existe la posibilidad que en niños con una estructura neurótica, bajo ciertas condiciones se evidencie ciertas fisuras en su aparato psíquico y que se manifiesten en formas clínicas que como en el pasaje al acto rebasan los mecanismos neuróticos de la inhibición y el síntoma. En el caso de los niños, hay que ser muy sensibles para no encasillarlos en un cuadro clínico u otro y de ahí que la revisión teórica exhaustiva sea imprescindible.

Uno de los principales elementos que hizo que se seleccionaran los casos presentados, es la claridad con la que se puede observar en ellos, sobre todo en José Manuel, el papel que tiene el otro en la conformación de los problemas de aprendizaje. Al respecto, una discusión aún vigente a la que este estudio pretende aportar elementos, se refiere al papel que los padres han de jugar en la cura de los niños. La subjetividad del niño no se da en el vacío, por el contrario, está imbricada con la de los padres, por lo tanto, cabría esperar que los mismos contenidos inconscientes que participan en la conformación de los problemas de aprendizaje del niño, se encuentran también activos en la subjetividad de los padres. Conforme el tratamiento del niño avanza, la elaboración de dichos contenidos en el niño, moviliza acciones de defensa en los padres que pueden expresarse como resistencias al tratamiento del niño. Esto se puede observar claramente en el caso de José Manuel, en el cual resultaba imprescindible el trabajo continuo con la madre, quien al pretender “borrar” su pasado, le “pedía” a su hijo que olvidara, cayendo presa de este esfuerzo, incluso los contenidos escolares. El trabajo terapéutico con el niño, mismo que le permitió asumir como propios sus recuerdos, promovió en Rosa un aumento de su angustia, lo cual requería una tramitación terapéutica para que no jugara en contra del tratamiento del pequeño. En otros casos más afortunados, por ejemplo, el de Berenice, la resolución de la angustia en el niño, aún y cuando ésta tenga su origen en los padres, es suficiente e incluso puede traer consigo su elaboración en los padres. La decisión de la inclusión de los padres en el tratamiento, se debe tomar momento a momento evaluando el estado del proceso terapéutico del niño, a veces será útil y a veces no, a veces incluso, será imprescindible. Por lo tanto, es algo que depende de cada proceso.

En este mismo sentido, la inclusión de dos casos en el estudio clínico permite ilustrar por comparación que los problemas de aprendizaje de diferentes niños, aún y cuando puedan describirse en los mismos términos, por ejemplo, problemas en la lectura, en la escritura, falta de participación, falta de atención, etc. remiten a subjetividades diferentes; es decir, cada problema de aprendizaje tendrá un significado diferente para cada niño. Por lo tanto, la intervención psicoterapéutica pedirá poner entre paréntesis cualquier afán clasificatorio y todo fin pedagógico para privilegiar la escucha de la subjetividad. El aspecto pedagógico es un factor importante a considerar en el tratamiento, pero para el psicoterapeuta infantil, éste cae fuera de su

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

competencia. En el ámbito institucional, resulta imprescindible el apoyo del terapeuta de aprendizaje, sin embargo, la coordinación de las intervenciones, necesita una planeación cuidadosa, que tome en cuenta el estado del niño y los momentos en que puede ser provechosa.

Aunque para muchos resulte incomprensible, para el psicoterapeuta infantil, la idea del juego como medio terapéutico es imprescindible. En psicoanálisis, el juego cumple en el trabajo con los niños un papel semejante al de las asociaciones en el trabajo con adultos. En el caso de Berenice, su juego consistió en contar historias, al principio con la ayuda de títeres y después solamente tuvieron un carácter verbal. Lo anterior ilustra la transición entre la modalidad infantil y adulta de trabajo terapéutico. En la evolución de las historias de Berenice, se aprecia claramente los progresos en su proceso terapéutico. En este sentido, es importante respetar los medios que el niño escoge para comunicarse durante la cura.

SOBRE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

El objetivo del Programa de Maestría en Psicología con residencia en Psicoterapia Infantil, consiste en formar profesionales que puedan diagnosticar y tratar los problemas emocionales que presentan los niños de 0 a 14 años. También se espera, que dicho profesional pueda realizar investigación al respecto. En este sentido, este reporte de experiencia profesional, es una muestra de cómo he adquirido y desarrollado estas habilidades y de cómo se encuentran ahora integradas en mi desempeño profesional.

A grandes rasgos, estas habilidades se pueden incluir dentro de los siguientes rubros:

1) Habilidades teóricas: Consisten en el conocimiento y el manejo que adquirí de aquellos contenidos relacionados tanto con la infancia como con las problemáticas que se presentan en ella y que pueden ser abordadas por la psicoterapia infantil. La forma en que desarrollé estas habilidades dependió principalmente de los cursos y seminarios que conforman el programa de residencia, mismos que me ofrecieron un espectro amplio de las diferentes posturas y puntos de vista que existen en el campo de la psicoterapia infantil y que incluyen, el psicoanálisis, la gestalt, la terapia centrada en el niño, el enfoque conductual y la terapia narrativa. Este abanico de posibilidades, me permitió crear mi propio marco de referencia, mismo que después enriquecí con lecturas complementarias.

Un tema que siempre ha llamado mi atención, es el de los problemas de aprendizaje, entre más me adentraba en él, cada vez fui adquiriendo un mayor convencimiento de que ahí había algo que iba más allá de lo meramente académico, algo que implicaba al niño y su vivencia, y fue así que encontré en el psicoanálisis el fundamento teórico que me permitió organizar la atención que brindé a los niños que atendí en el CISAME y que hasta la fecha ha seguido orientando mi práctica. Sin embargo, nunca he dejado de considerar otros

puntos de vista y de utilizar otros marcos de referencia que me puedan brindar elementos útiles para integrar en mi práctica, y que me permitan comprender de una forma diferente las realidades a las que me enfrento, por ejemplo, los medios narrativos y el proceso de externalización, que se derivan de la terapia narrativa resultan útiles al trabajar con niños, e incluso, en algunos procesos, ellos descubren estos recursos por sí solos, tal y como ocurrió en el caso de José Manuel, que externalizó el proceso jurídico en el que se encontraba a través de “constancias” que él mismo elaboró.

Otro de los conocimientos que perfeccioné durante la maestría y que me han resultado imprescindibles en mi práctica, son aquellos que revisé en las clases sobre el desarrollo normal y anormal en la infancia, porque es a partir de ellos que oriento la evaluación de la cual derivo mis intervenciones.

Para terminar este apartado, me gustaría mencionar que la modalidad de trabajo que orientaba el análisis teórico a partir de los casos que cada una de nosotras estaba atendiendo resultaba enriquecedor, ya que permitía vincular de forma lógica y no forzada, la teoría con la práctica.

2) Habilidades clínico-terapéuticas: Comprenden la detección, la evaluación, el diagnóstico y la intervención. La forma en que desarrollé estas habilidades fue a través del trabajo directo tanto en la sede como en la cámara de Gesell que daba ocasión a la supervisión clínica tanto directa como indirecta. Las actividades de la maestría me permitieron perfeccionar mis habilidades de detección, de evaluación y de diagnóstico, puesto que aunque ya manejaba las pruebas psicológicas, al enfrentarme a diferentes poblaciones y problemáticas, pude contrastar mejor los diferentes resultados y observar cómo se plasman las diferentes problemáticas en los resultados de las pruebas. Una habilidad que tuve oportunidad de desarrollar fue la capacidad de poder evaluar clínicamente sin necesidad de pruebas, a través del juego y la observación, todo esto debidamente fundamentado en un marco de referencia conceptual. La práctica directa con diferentes pacientes, me permitió afinar aquellas habilidades relacionadas con la buena conducción de la entrevista clínica, para que de esta forma pueda utilizarla como un elemento de evaluación y diagnóstico confiable. Otra de las habilidades que perfeccioné tienen que ver con la capacidad para integrar los datos dispersos provenientes de diferentes fuentes en una historia clínica coherente que tiene carácter diagnóstico.

El desarrollo de las habilidades relacionadas con la intervención es lo que caracteriza al programa de maestría, y estas habilidades sólo se pueden perfeccionar a través del trabajo directo y la supervisión. Por bien que se domine el marco teórico de referencia, no será suficiente si no se sabe hacer o qué hacer con él. En primera instancia, se tiene que operar un cambio en la forma de hacer psicoterapia, trabajar con niños es completamente diferente a trabajar con adultos y hay que desarrollar habilidades tales como la particular escucha del niño, misma que depende del juego, hay que aprender las formas de acercarse a ellos, requiere un esfuerzo grande el saber cómo devolver e

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

interpretar y el identificar en qué momento habrá de hacerse. Enfrentar la angustia que despierta los contenidos inconscientes de los niños y que se manifiesta contratransferencialmente de muchas y muy incómodas formas diferentes. Cuesta trabajo familiarizarse con las modalidades de pensamiento de los niños, que aunque son igual de válidas que la de los adultos, son diferentes. De la misma manera, aspectos tales como la resistencia y la demanda en los niños resultan más difíciles de entender, puesto que en ellas también participan los otros. Toda esta serie de ajustes resultan imposibles de realizar en ausencia del trabajo clínico directo, de la supervisión continua y del propio proceso psicoterapéutico que permiten elaborar a nivel personal los contenidos inconscientes despertados a raíz del trabajo con los niños y que en algún momento pueden llegar a obstaculizar el desempeño terapéutico.

3) Habilidades de investigación: Se puede considerar que todo proceso psicoterapéutico es un proceso de investigación y por ende, es necesario que todo psicoterapeuta desarrolle habilidades en este sentido. Por otra parte, en estricto sentido, el plan de estudios contempla a las habilidades de investigación como una parte muy importante de la formación del Maestro en Psicología. En este sentido, las materias del tronco común, están encaminadas al desarrollo de dichas habilidades, mismas que también se plasman en el producto terminal, puesto que el reporte de experiencia profesional, consiste en una investigación. La investigación actual en psicología, contempla dos modalidades, que no son excluyentes, la modalidad cualitativa y la cuantitativa, mismas que, aunque igual de rigurosas, dependen de habilidades distintas que habrán de desarrollarse al mismo tiempo en el psicoterapeuta infantil. Con relación a la investigación cuantitativa, en mi caso en particular, tuve la oportunidad de participar en la elaboración grupal de diferentes instrumentos de medición, entre las que puedo mencionar, una escala para evaluar el desarrollo cognitivo a través del juego y un instrumento para medir la sobreprotección en niños con un diagnóstico médico. Con relación a la investigación cualitativa, he de incluir un pequeño trabajo que presenté en el Congreso Mexicano de Psicología que se llevó a cabo en el 2004 en la ciudad de Guanajuato, así como también el presente reporte.

Para concluir este apartado y con ello este reporte, me gustaría hacer una pequeña reflexión sobre el significado personal que tuvo para mí el formar parte de la segunda generación de la maestría en psicología con residencia en psicoterapia infantil. El camino fue arduo tanto en lo académico como en lo personal, pero está bien recompensado por la satisfacción y el orgullo que representa para mí el haber realizado una maestría en la UNAM, el prepararme más, el ser mejor profesionista, en una palabra el poder servir mejor a aquellos niños que me lo requieran.

BIBLIOGRAFÍA

- Anzaldúa, R. (1996). Análisis de la contratransferencia de maestros de educación básica, mediante un grupo de formación psicoanalíticamente orientado. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Bleichmar, S. (1993). En los orígenes del sujeto psíquico. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. (2003). Aportes psicoanalíticos para la comprensión de la problemática cognitiva. En S. Schlemenson (comp) cuando el aprendizaje es un problema (pp.19-40). Argentina: Miño y Dávila.
- Buñuel, L. y Dalí, S. (productores). (1929). Un perro andaluz, [película].
- CIE-10 (1993). Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos y de investigación. OMSS.
- Cifali, M. (1992). ¿Freud pedagogo?. Psicoanálisis y educación. México: Siglo XXI.
- Cordié, A. (2003). Los retrasados no existen. Psicoanálisis de niños con fracaso escolar. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Delval, J. (1990). Los fines de la educación. México: Siglo XXI.
- Diccionario de Especialidades Médicas (2004). México: PML.
- Dolto, F. (1981). ¿Niños agresivos o niño agredidos?. Lisboa, Paidós.
- Dor, J. (1997). Introducción a la lectura de Lacan II. Barcelona: Gedisa.

- Dreifuss, D. (2003). Factores intrapsíquicos en el aprendizaje. Transiciones, 5, 59-67.
- Follari, R. (1997). Psicoanálisis y sociedad: crítica del dispositivo pedagógico. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre teoría sexual. En Obras Completas, vol VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909). Análisis de una fobia de un niño de cinco años. En Obras completas, vol. X. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919). Lo ominoso. En Obras completas, vol. X. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras completas, vol. XX Buenos Aires: Amorrortu.
- García, V. (2003). El juego infantil como medio de aprendizaje. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Klein, M. (1923). Análisis infantil. En Obras Completas, Vol.1, (pp 88-115). Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1923). El papel de la escuela en el desarrollo libidinal del niño. En Obras Completas, Vol.1, (pp 71-87). Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1931). Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual. En Obras Completas, Vol.1, (pp 241-252). Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1988). Intervenciones y textos II. Buenos Aires: Manantial.
- Mannoni, M. (1990). La educación imposible. México: Siglo XXI.
- Mannoni, M. (1996). La primera entrevista con el psicoanalista. Barcelona: Gedisa.

- Nasio, J. (1994). Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis. Barcelona: Gedisa.
- Ocampo, R. (productora). (2004). Alegrijes y rebujos, [telenovela], Televisa, México.
- Paín, S. (2002). Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Petot, J. (1982). Melanie Klein. Primeros descubrimientos y primer sistema. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez, G. y col. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. España: Aljibe.
- Rodolfo, R. (1991). Estudios clínicos. Buenos Aires: Paidós.
- Saad, S. (1998). Una aproximación al sujeto en el campo de las dificultades de aprendizaje. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Solloa, L. (2003). Bajo rendimiento académico. Revista psicológica, mayo-junio, 19-23.
- (1982). The wall, [película].