



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

**MÁS ALLÁ DEL DÉFICIT INTELECTUAL  
TRABAJANDO CON LOS PADRES**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
CAROLINA IVANA SCATOLÓN**

**DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG**

**COMITÉ TUTORIAL: DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ  
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO  
DRA. ROSA KORBMAN CHJTAITE  
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA  
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS  
DRA. EMILY ITO SUGIYAMA**

**MEXICO, D. F.**

**2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

A mis Padres...

A mis Abuelos...

A mi Amor...

A mis niños del futuro...

## **Agradezco a...**

A Sergio por acompañarme en el camino de la experiencia, por creer en mí y en esta maestría cuando aún yo no lo hacía. Por ser mi amigo y apoyarme incondicionalmente con su paciencia y entendimiento. Gracias amor!!

A mis papás por estar siempre presentes, por procurarme y contenerme en cada llamada. Por ser mi ejemplo de esfuerzo y sacrificio para lograr las metas que nos proponemos.

A Romi por su frescura y su dedicación en cada cosa que hace. Porque con su desarrollo universitario me hace recordar el entusiasmo por el aprendizaje sin condicionamientos. Sos mi orgullo!!

A Pablo y Sole porque vivieron conmigo el inicio de la maestría y me esperaron y apoyaron en cada momento.

A Norma por ser el artífice de que este proyecto llegue a su fin, ya que fue quien me hizo conocer la UNAM, el programa de Maestría y siempre quiso que me quedara en México. Gracias por tu afecto y guía!

A cada miembro de mi Familia Mexicana, por abrirme las puertas de su corazón y de su hogar. Por el apoyo incondicional que me brindan en los momentos buenos y en los difíciles.

A Bony por guiarme como tutora y enriquecerme con su gran experiencia clínica y su amplia formación teórica. Por hacer que me sintiera más cerca de casa al escuchar su tono familiar. Por acompañarme y brindarme toda su calidad de persona en uno de los momentos más difíciles de mi vida.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme ingresar, brindarme su educación de excelencia y nutrirme de su espíritu.

Al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología por la gran formación recibida.

A la Lic. Alma Arzaluz por sus supervisiones en la sede y sus conocimientos compartidos.

Al Centro Integral de Salud Mental (CISAME), por el respeto profesional hacia mi trabajo de residencia. En especial agradezco a la Dra. Juárez y a la Dra. Cárdenas.

A mis compañeros por crecer juntos en lo académico, en la clínica y en la vida.

A todos los niños que me enseñaron lo hermoso que es observar el proceso psíquico de elaboración a través de su juego y que me permitieron ayudarlos. Gracias por esa alianza terapéutica!!

# ÍNDICE

	Página
<b>RESUMEN</b> .....	6
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
 <b>PARTE I: MARCO TEÓRICO</b>	
<b>1. Déficit Intelectual</b> .....	10
1.1. Concepto de inteligencia .....	10
1.1.1. Inteligencia global .....	11
1.1.2. Propositiones de Rappaport .....	12
1.2. Déficit intelectual .....	13
1.2.1. Definición .....	13
1.2.2. Epidemiología y Etiología .....	14
1.2.3. Diagnóstico .....	15
1.2.4. Grados de discapacidad cognitiva .....	15
1.2.5. Prevención .....	17
1.2.6. Tratamiento .....	18
1.2.7. Aspectos familiares .....	18
1.3. Inhibición intelectual .....	22
<b>2. Psicoterapia Infantil</b> .....	24
2.1. Métodos Psicoeducativos .....	24
2.1.1. Desarrollo y trastornos del desarrollo .....	25
2.1.2. Necesidades educativas especiales .....	26
2.1.3. Objetivos terapéuticos generales .....	28
2.1.4. Objetivos específicos para las Intervenciones con niños con DI .....	30
2.2. Psicoterapia de juego para niños .....	30
2.3. El juego en niños con DI .....	32
2.4. Psicoterapia de juego para niños con DI .....	35
2.4.1. Tipos de Juego en las dimensiones simbólica y social .....	36
<b>3. Duelo</b> .....	38
3.1. Definición de duelo .....	38
3.2. Etapas de duelo .....	39
3.3. Etapas de duelo por el diagnóstico de Déficit Intelectual .....	40
3.4. Perspectiva psicoanalítica del duelo por el diagnóstico .....	42
<b>4. El Trabajo con Padres</b> .....	45
4.1. ¿Cómo reaccionan las familias de niños con DI? .....	45
4.1.1. ¿Cómo se relacionan los padres con su bebé con DI? .....	46
4.1.2. Afectación a la dinámica familiar .....	47
4.2. La orientación psicológica .....	49
4.3. Escucha analítica .....	50

## **PARTE II: ESTUDIO DE CASO**

<b>1. Método</b> .....	54
1.1. Objetivos del trabajo .....	54
1.1.1. Objetivo general .....	54
1.1.2. Objetivos particulares .....	54
1.2. Metodología cualitativa .....	54
1.2.1. Estudio de caso .....	54
1.3. Escenario .....	56
1.4. Participantes .....	59
1.5. Procedimientos .....	59
<b>2. Presentación de Caso</b> .....	61
2.1. Historia Clínica .....	61
2.1.1. Ficha de identificación .....	61
2.1.2. Familiograma.....	61
2.1.3. Motivo de consulta .....	62
2.1.4. Descripción de la paciente .....	62
2.1.5. Evolución de la problemática .....	63
2.1.6. Historia personal .....	64
2.1.7. Historia familiar .....	66
2.2. Psicodiagnóstico clínico .....	68
2.2.1. Técnicas Utilizadas .....	68
2.2.2. Resultados de la valoración psicológica .....	68
2.2.3. Impresión diagnóstica.....	73
<b>3. Resultados</b> .....	74
3.1. Tratamiento.....	74
3.2. Análisis del proceso psicoterapéutico .....	75
3.2.1. Fases del tratamiento con la paciente.....	75
3.2.1.1. Primera fase.....	75
3.2.1.2. Segunda fase.....	76
3.2.1.3. Tercera fase.....	79
3.2.2. Fases del tratamiento con los padres .....	87
3.2.2.1. Primera fase.....	87
3.2.2.2. Segunda fase.....	92
3.3. Cierre .....	97
3.3.1. Cierre con la paciente .....	97
3.3.2. Cierre con los padres.....	99
<b>DISCUSIÓN</b> .....	103
<b>CONCLUSIONES</b> .....	112
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	116

## RESUMEN

Cuando llega un niño con Déficit Intelectual a una familia se produce una gran crisis de expectativas, de vínculos y de organización familiar en general. La vivencia es de pérdida y por lo tanto se genera un duelo por el hijo sano perdido, hijo que no cumple con el deseo parental. Es allí donde los padres comienzan un proceso de elaboración de duelo.

El modo de elaboración dependerá de múltiples factores y uno de ellos se refiere al diagnóstico. Un diagnóstico tardío o un diagnóstico no elaborado por los padres hace que el duelo se detenga en una fase de negación cuando se comienzan a ver las dificultades reales en el hijo.

Éste es el caso de los participantes del proceso psicoterapéutico que en este trabajo de investigación se reporta.

El Déficit Intelectual es una disminución en la capacidad cognitiva de un individuo para comprender y enfrentar las necesidades y retos que el mundo circundante le propone a diario.

El presente reporte de experiencia profesional tiene como finalidad principal exponer el proceso de intervención psicoterapéutico llevado a cabo con una niña de diez años de edad con Déficit Intelectual y con sus padres.

A partir del diagnóstico se elabora un modelo de intervención específico. Con la niña se aplicó una estrategia psicoeducativa al inicio y posteriormente se implementó psicoterapia de juego. El abordaje con los padres se realizó desde el modelo de la psicoterapia focalizada con escucha analítica, con el objetivo de trabajar en la elaboración del duelo que el diagnóstico de la hija generó.

El método utilizado pertenece al estudio de caso ubicado dentro del paradigma de las metodologías cualitativas.

Los resultados alcanzados tanto por la paciente, como por los padres en psicoterapia refieren crecimiento y fortalecimiento a nivel cognitivo (de ideas, pensamientos), psicológico (de sentimientos expresados, reflexiones y modificaciones) y social (de interrelación y comunicación).



## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo tiene para mí un sentido muy especial, ya que constituye una experiencia de integración profesional y personal a través del proceso psicoterapéutico y la relación psicológica que establecí con una niña de 10 años con diagnóstico de Déficit Intelectual y con sus padres. Cabe destacar que al finalizar el tratamiento la niña contaba con 11 años y 5 meses. Tal proceso terapéutico y la maestría en su totalidad, enriquecieron mi vida profesional y particularmente, mi camino personal.

El trabajo psicoterapéutico lo desarrollé durante dos años en la Residencia de la Maestría en Psicoterapia Infantil, llevándolo a cabo en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), en la Clínica de Paidó II.

En éste reporte de experiencia profesional encontraremos plasmadas sesiones, pensamientos, reflexiones, teorizaciones, emociones y sentimientos de los pacientes y también del terapeuta; deseos, esperanzas, frustraciones, dificultades y sobre todo cambios.

A lo largo del mismo, abordaré diferentes aspectos teóricos en capítulos delimitados, sin embargo los elementos teóricos y prácticos se integran entre sí en el análisis del caso. Considero que la mejor manera de describir la experiencia es transcribirla tal como fue en la realidad. Luego de cada sesión analizábamos los contenidos de los pacientes, del terapeuta, del proceso y de la teoría, mismos que servían como marco de referencia para el trabajo de la siguiente semana.

Los objetivos que me planteé al inicio del trabajo fueron:

1. Conocer el proceso psicoterapéutico individual y familiar en un caso de déficit intelectual exponiendo la intervención realizada desde diferentes perspectivas de abordaje.

2. Referir cómo se redescubren los sujetos participantes y caminan más allá del déficit intelectual.
  
3. Proponer la psicoterapia de juego como parte del modelo terapéutico con niños con déficit intelectual.

El reporte lo he dividido en dos partes, un aspecto teórico y un aspecto práctico. El aspecto teórico se dividió en cuatro capítulos. En el primero incluyo la descripción del Déficit Intelectual; en el segundo desarrollo contenidos fundamentales de la Psicoterapia Infantil. En el capítulo tercero expongo definiciones y etapas del duelo por el diagnóstico, y en el cuarto abordo algunos aspectos del trabajo con padres. De esta manera queda conformado el marco teórico.

Posteriormente defino el método que utilicé en el trabajo y a continuación la presentación del caso clínico. Incluyo luego, los resultados obtenidos, es decir, el análisis del trabajo psicoterapéutico llevado a cabo.

Finalmente, presento la discusión del reporte y las conclusiones de la experiencia profesional en la Maestría.

## **PARTE I: MARCO TEÓRICO**

### **1. DÉFICIT INTELECTUAL**

En primer lugar quisiera definir un término que se utilizará en el presente reporte y que concierne al tema central del mismo.

Antiguamente se utilizaba el término Oligofrenia para definir a las personas con un cociente intelectual bajo, luego fue reemplazado por el de Retraso Mental (DSM-IV, 1995) y actualmente se utilizan los conceptos de Discapacidad Intelectual, Discapacidad Cognitiva o Déficit Intelectual.

Descarto el término "discapacidad" por considerar que la inteligencia es más que una capacidad, por lo tanto si hay carencia o disminución no corresponde denominarla discapacidad sino déficit. Por lo tanto utilizaré el término Déficit Intelectual.

Este cambio conceptual, produce una modificación en la perspectiva terapéutica, el concepto de déficit genera en el que escucha la idea de una posibilidad para el desarrollo. En oposición, "discapacidad" sugiere "incapacidad" y por consiguiente imposibilidad de cambio.

Sin embargo, en algunos fragmentos del siguiente marco teórico utilizaré el término Retraso Mental ya que la bibliografía consultada lo refiere de este modo.

#### **1.1. CONCEPTO DE INTELIGENCIA**

La inteligencia es la capacidad global de un individuo tendiente a entender y enfrentar el mundo que le circunda (Wechsler, 1992).

### **1.1.1. Inteligencia global**

La definición anterior muestra dos aspectos importantes de la inteligencia:

- entidad global, multideterminada y multifacético, más que un rasgo definible de una manera única
- evita distinguir cualquier habilidad, y equiparar la inteligencia general con la habilidad intelectual.

En los últimos treinta años la experiencia clínica y las investigaciones han demostrado que no es posible identificar ni igualar la inteligencia general con la capacidad intelectual. Los test de inteligencia miden muchísimo más que la pura capacidad intelectual.

La inteligencia está determinada tanto por la herencia como por el medio ambiente. Ésta se puede inferir a partir de lo que piensa, habla y de la manera de conducirse de una persona y respecto a sus distintas formas de reaccionar a determinados estímulos.

Puede manifestarse de muchas formas, es así que una escala de inteligencia será mejor mientras utilice más variedad de lenguajes (subescalas). Es por eso que el WISC-R hace énfasis en la importancia de probar la inteligencia por distintas vías y lo logra al reunir a las distintas subescalas (Wechsler, 1992).

Mientras la capacidad intelectual puede ser una habilidad o rasgo unitario, la inteligencia general no lo es. La inteligencia es parte de un conjunto más vasto, es decir, de la personalidad en sí.

La teoría que sirve de fundamento al WISC, y a la que adherimos, establece que no se puede separar la inteligencia del resto de la personalidad, por lo que, de manera deliberada se hace el intento de tomar en consideración los demás factores que contribuyen a la inteligencia total y efectiva del individuo.

Y al considerarla como parte de la personalidad, podemos inferir que se verá afectada positiva o negativamente en virtud del estado psicológico que mantenga el individuo en sí mismo y en su medio ambiente.

### **1.1.2. Propositiones de Rappaport**

Rappaport (1965), teórico de la inteligencia, enumera una serie de consideraciones sobre la misma derivada de numerosas investigaciones (Esquivel, Heredia, Lucio, 1999):

1. Se debe abandonar la idea de que una persona nace con una inteligencia fija que permanece constante a lo largo de toda su vida.
2. Todo individuo nace con una potencialidad para el desarrollo intelectual que puede considerarse como su dotación natural. Esta potencialidad se desenvuelve a través de la maduración dentro de los límites establecidos por dicha dotación.
3. El proceso de maduración se favorece o se restringe por la riqueza o pobreza de la estimulación intelectual en el ambiente, durante los años formativos iniciales.
4. Este proceso de maduración es un aspecto del desarrollo de la personalidad favorecido o restringido por el tiempo, la intensidad y la variedad de la estimulación y el desarrollo emocional.
5. Toda alteración o daño neurológico puede provocar disminución, retardo o regresión en la maduración de las potencialidades de un individuo.
6. En el curso del desarrollo, la dotación natural se diferencia en varias funciones que pueden medirse por pruebas de inteligencia, que subyacen al rendimiento.
7. Las funciones que se desarrollan sin obstáculos seleccionarán automáticamente hechos y relaciones del ambiente para organizarlas dentro de un marco de referencia que se utilizará para asimilar nuevas experiencias y modelar rendimientos creativos.

8. La educación formal que proporciona ideas sistemáticas al individuo, juega un papel en este desarrollo ayudándolo a aumentar su repertorio de hechos y relaciones.
9. La riqueza de la experiencia en la adolescencia tardía y la vida adulta puede aumentar ulteriormente este repertorio.
10. La preparación cultural especial y la intensa ambición cultural e intelectual pueden llevar al individuo a buscar hechos o áreas de información inusuales y pueden jugar un papel en el desarrollo o adquisición de ideas o capacidades complejas.

Todos estos factores deben ser investigados y tenidos en cuenta en el momento de evaluar a una persona en el área intelectual y al considerar sus capacidades y/o déficit.

## **1.2. DÉFICIT INTELECTUAL**

### **1.2.1. Definición**

Según define el DSM-IV (1995), el Retraso Mental es la capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio (Criterio A) que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad (Criterio B). Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad (Criterio C); este criterio permite diferenciarlo de procesos psiquiátricos o de patologías orgánicas degenerativas que aparecen en la vida adulta.

Las personas con Déficit Intelectual (DI) tienen un desarrollo intelectual inferior al normal y dificultades en el aprendizaje y en la adaptación social.

### **1.2.2. Epidemiología y Etiología**

En cuanto a la epidemiología, alrededor del tres por ciento de la población presenta déficit intelectual, sin distinción de género considerable.

La etiología más frecuente en DI es la desconocida. El 50% de las personas con DI no tienen un diagnóstico etiológico. La búsqueda de una causa lineal del retraso mental es frustrante, ya que el DI es un producto y no un cosa en sí.

La reflexión etiológica siempre conlleva una suposición de linealidad causa-efecto entre una condición física y el estado del retraso mental posterior (González Castañón, 1999).

En la mayoría de los casos se desconoce la causa, pero existen muchos factores durante el embarazo de una mujer que pueden causar o contribuir al retraso mental del niño. Los más frecuentes son el uso de ciertos medicamentos, el consumo exagerado de alcohol, los tratamientos con radiación, la desnutrición y ciertas infecciones virales como la rubéola. Varios trastornos hereditarios también pueden ser los responsables. Otros aspectos se refieren a las condiciones generales de salud de la madre, a su edad de gestación y a las condiciones de su embarazo y parto, donde la anoxia perinatal puede dejar secuelas neurológicas focalizadas, producir parálisis cerebral o retraso mental.

Es importante incluir dentro de las etiologías a los factores sociales, educativos y conductuales; por lo tanto, debe incluirse conjuntamente con el pedido de una resonancia magnética o del mapeo cerebral la visita del asistente social al hogar, la entrevista con ambos padres y la evaluación de la interacción madre/hijo (González Castañón, 1999).

### **1.2.3. Diagnóstico**

Se considera al DI como un fenómeno transdisciplinario, que atraviesa varias disciplinas y se resiste a ser delimitado como objeto de cualquiera de ellas.

Una vez que se produce el déficit intelectual, por lo general es irreversible. Es necesario llegar a un diagnóstico precoz para poder determinar una educación de tipo terapéutico así como una planificación a largo plazo.

La inteligencia inferior a la normal puede ser identificada y cuantificada mediante pruebas de inteligencia. Tales pruebas presentan un sesgo de tipo medio, pero señalan con una razonable exactitud el rendimiento intelectual, particularmente en un niño mayor.

Los niños con coeficiente intelectual entre 69 y 84 tienen dificultades de aprendizaje pero no presentan retraso mental.

### **1.2.4. Grados de Discapacidad Cognitiva**

A continuación se describen los grados o rangos de la discapacidad cognitiva, en forma de cuadro según lo presenta el Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV, 1995).



<b>Grado</b>	<b>CI</b>	<b>Habilidades edad preescolar 0-5 años</b>	<b>Habilidades edad escolar 6-18 años</b>	<b>Habilidades edad adulta</b>
Leve	52-69	Puede desarrollar habilidades sociales y de comunicación. La coordinación muscular es algo deficiente. Por lo general no se diagnostica sino hasta años después.	Puede tener un conocimiento similar al del sexto grado de una enseñanza general básica. Al final de la adolescencia puede enseñársele ciertas habilidades sociales.	Por lo general consigue desarrollar habilidades sociales y vocacionales para su sostenimiento, pero puede necesitar consejo y asistencia durante los momentos inusuales, socialmente o criterios económicos.
Moderado	36-51	Puede hablar o aprender a comunicarse. Tiene poca conciencia social. La coordinación muscular es buena. Se beneficia si aprende a valerse por sí solo.	Puede aprender algunas habilidades sociales y laborales. Es poco probable que supere un nivel de segundo año escolar. Muchos aprenden a viajar solos en sitios que les resulten familiares.	Puede aprender a sostenerse por sí solo si realiza trabajos sencillos o de cierta complejidad bajo tutela. Necesita supervisión y consejo cuando se encuentra en una situación de estrés económico o social.
Grave	20-35	Puede decir algunas palabras. Es capaz de aprender algunas habilidades. Tiene poca o ninguna habilidad expresiva. La coordinación muscular es deficiente.	Habla o aprende a comunicarse. Puede aprender hábitos de limpieza simple. Se beneficia de la enseñanza de hábitos.	Puede contribuir parcialmente a cuidar de sí mismo bajo una supervisión completa. Puede desarrollar algunas habilidades útiles de autoprotección en un ambiente controlado.
Profundo	19 o -	Extremadamente retrasado. Poca coordinación muscular. Puede necesitar cuidado especial.	Ligera coordinación muscular. Probablemente no logre caminar ni hablar.	Cierta coordinación muscular y del habla. Puede aprender a cuidar de sí mismo de forma muy limitada. Necesita cuidado especial.

La capacidad intelectual de una persona con DI moderado corresponde a la de un niño durante la etapa que va de los 2 años hasta aproximadamente los 7 años. Puede hablar y entender el lenguaje hablado, comprender y reconocer ilustraciones, fotografías y pictogramas como símbolos de objetos concretos que ha experimentado; puede reconocer globalmente el entorno físico hogar-escuela, su orientación en el tiempo se ha perfeccionado pero su concepto del tiempo es aún muy subjetivo y referido a acontecimientos en los que ha participado. Puede comparar, reconocer y agrupar objetos en categorías pero siempre aquellos con los que ha tenido una experiencia directa. Comprende que "vaso" representa a un objeto concreto, pero no cualquier vaso sino aquél o aquellos que conoce y ha manipulado. No comprende el concepto de números. Tiene dificultades para enfrentarse a los cambios. Se encuentra en la categoría pedagógica de "adiestrable", puede beneficiarse de programas pedagógicos, de habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares (DSM-IV, 1995).

#### **1.2.5. Prevención**

El asesoramiento genético ofrece a los padres de un niño con DI información acerca de cuál ha sido la causa del retraso y les permite apreciar mejor el riesgo de tener otro hijo con el mismo defecto.

La amniocentesis y el estudio de las vellosidades coriónicas son pruebas de diagnóstico que pueden detectar diversas anomalías en el feto, como trastornos genéticos y defectos cerebrales o de la médula espinal. Se recomiendan ambas pruebas para las mujeres embarazadas mayores de 35 años debido al gran riesgo que corren de tener un hijo con síndrome de Down.

La ecografía también puede determinar defectos cerebrales en el feto. Puede cuantificarse también, la concentración de alfa-fetoproteína en la sangre de la madre para buscar señales de síndrome de Down y espina bífida.

Con un test de sangre llamado pesquisa neonatal, que se realiza a los recién nacidos, se puede detectar y evitar discapacidad mental. La pesquisa neonatal consiste en un sistema de búsqueda y tratamiento de enfermedades congénitas que carecen de manifestaciones clínicas durante los primeros días o meses de vida como la fenilcetonuria, el hipotiroidismo congénito, la fibrosis quística, la galactosemia, la hiperplasia suprarrenal congénita, la deficiencia de biotinidasa, la enfermedad de orina de jarabe de Arce, homocistinuria, anemia drepanocítica.

### **1.2.6. Tratamiento**

Un niño con retraso en su desarrollo debe participar en un programa de intervención precoz tan pronto se le diagnostique el DI. El apoyo emocional de la familia es parte integral del programa. La familia necesita apoyo psicológico y también puede requerir ayuda para el cuidado diario del niño.

El nivel de competencia social es tan importante como el coeficiente intelectual a la hora de determinar hasta qué punto el retraso limitará al niño.

### **1.2.7. Aspectos Familiares**

La existencia de síntomas psicopatológicos entre los familiares y convivientes de una persona con DI es un ítem pocas veces explorado y abordado. Por lo general, las familias con un miembro con discapacidad mental se organizan, en principio, "como pueden". Más temprano que tarde, la atención que requiere el miembro discapacitado excede sus posibilidades de organización espontánea (González Castañón, 1999).

Estudiando comparativamente la organización de familias con un hijo con DI y familias con hijos convencionales, se hallaron con una frecuencia

significativamente mayor en las primeras, las siguientes configuraciones vinculares (González Castañon, 1999):

- *Disociación de funciones*: un padre se acerca y otro se aleja del niño con DI; uno de los progenitores se dedica al miembro "enfermo" y el otro se dedica al resto de las actividades familiares.
- *Hermanos saturados*: el resto de los hermanos suelen presentar síntomas y sufrimientos que pasan desapercibidos, tanto sea por escotomización de la mirada de los padres como por sobreexigencia de los niños, que refrenan sus demandas o sus necesidades. Si esta situación fuera abordada precozmente (guiando a los padres o abriendo espacios de escucha para los hermanos antes de que sus conflictos tomen magnitudes patológicas), es probable que los vínculos con sus hermanos con DI, una vez que los padres hayan desaparecido o no puedan hacerse cargo, fueren de colaboración y no de desentendimiento.

En cuanto al estilo vincular de la pareja y las características personales de cada uno de los progenitores, se observa con mayor frecuencia:

1. Un progenitor agotado: *cuidador de niños*.
2. *Priorización de la función de padres* sobre la vida personal y de pareja.
3. "*Dejar caer*" al niño: en forma catastrófica o, la mayoría de las veces, en forma sutil y solapada, los padres pueden "dejar de ejercer" como tales. Dejan de tener expectativas, se adormecen, se acostumbran. Un modo muy habitual es *depositar como una cosa* al hijo en una institución. En estos casos, los conflictos con el personal de la institución suelen ser el intento de preservar ese depósito, la reacción airada cuando, por intervenciones u omisiones institucionales, se ven obligados a volver a pensar y actuar desde su rol.

El rechazo afectivo de los padres por su hijo con DI tiene en su origen la distancia entre el hijo que desearon y su hijo real.

Pero este mecanismo inconsciente se entrelaza con limitaciones significativas en la capacidad de comunicación social entre los adultos y el niño, que en situaciones convencionales se retroalimentan mutuamente. Este estímulo bidireccional disminuye en proporción directa con las limitaciones en el desarrollo del lenguaje. Al disminuir el uso del lenguaje verbal como instrumento de contacto y mediación de los intercambios, las personas con DI pueden exhibir conductas agresivas o desadaptativas durante la infancia, la adolescencia y la adultez. No hay nada que determine biológicamente la agresividad o los trastornos de conducta de una persona con DI.

La inhibición medicamentosa de la conducta es un recurso útil, pero que debería instrumentarse a la vez que se implementan las intervenciones basadas en el desarrollo del lenguaje y las habilidades sociales.

Por otro lado, la mayor parte de las conductas desadaptativas se manifiestan dentro del hogar y con integrantes de la familia; ni en espacios comunitarios ni con desconocidos. La agresividad, los berrinches, son conductas sociales, no descargas neurológicas, modificables al capturarlas como hechos comunicativos.

4. *Fragilidad emocional*, tedio, rabia, resentimiento secreto, "amargura vital" disfrazada de inercia.

5. *Enfermedades físicas y psicosomáticas*: éstas se ven incrementadas por el nivel de estrés crónico que un miembro con DI significa para sus cuidadores y por el olvido de sí mismos que los lleva a no cuidar su salud o a postergar las consultas médicas.

6. *Falta de recreación*: la pareja deja de divertirse en conjunto.

7. *Falta de discusión*: las desavenencias cotidianas se minimizan; se descuida el intercambio sobre puntos importantes de la vida familiar (la administración del dinero, del tiempo, la construcción de un futuro para los hijos, de un proyecto de familia).

8. *Falta de negociación* de acuerdos de convivencia.

Dentro del panorama familiar, el niño con DI aumenta o disminuye su autoestima con respecto a sus hermanos. *Rey o desvalido*, se dificulta su inclusión social e institucional.

Estas familias suelen estar cansadas. Les ha llevado enormes esfuerzos, con una dosis muy grande de frustraciones, sobrellevar el DI de su familiar. Muchas son fácilmente seducidas por cualquier discurso totalizador, por cualquier esperanza bien presentada y por el lugar social de poder que tienen médicos y maestros.

Un cuadro familiar típico de personas con DI es el de una pareja parental envejecida, que pierde el trabajo o se jubila y que no cuenta con una red social-familiar de continencia para su hijo con DI.

El riesgo de falta de sostén familiar en las personas con DI es un problema creciente. Y llama la atención la inexistencia de planes en la mayor parte de los países latinoamericanos para asegurar una continencia digna que no sea la institucionalización crónica, cuando los recursos de continencia familiar fracasan. Las viviendas independientes, individuales o grupales, con personal de apoyo específico y supervisado, son comunes en los países del primer mundo. El costo del espacio físico en las grandes urbes puede hacer imposible la generación de estos hogares, pero son económicamente factibles en comunidades pequeñas.

### **1.3. INHIBICIÓN INTELECTUAL**

Hablar de déficit es considerar disminución en algunas habilidades intelectuales, por lo tanto considerar la inhibición de funciones es un punto posible y totalmente válido.

La inhibición intelectual, según Freud desarrolla en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926, p.85), "es una limitación funcional del yo", por lo tanto de sus procesos cognitivos y del lenguaje, y ambos afectando a las relaciones con los otros.

A su vez, Silvia Bleichmar (1999, p.83), menciona que la inhibición, "es el interjuego entre angustia, yo y represión: la inhibición es el producto de la contracarga del yo hacia el Ello o el inconsciente en el ejercicio de la represión a fin de evitar un conflicto". Y agrega más adelante, "la inhibición no es sino un resultado, el producto observable, fenoménico, de la peculiar forma en que la transacción entre los sistemas se organiza a fin de que no aparezca la angustia".

Consideramos la angustia en este apartado por tratarse de un asunto inherente a la disminución de ciertas funciones o capacidades. Considerando que se mencionaba a la inteligencia como una globalidad en la persona, tanto en su conducta como en su manera de responder, se debe dar cabida a la idea de que no todos los déficit son generados por lo biológico o hereditario, sino por los factores del medio ambiente al que el sujeto está expuesto. En las personas con déficit intelectuales biológicos el entorno familiar y social puede ser portador de un grado significativo de angustia, ya sea por la negación de la misma deficiencia, por la dificultad para clarificar el futuro y desarrollo de la persona con déficit intelectual o por la falta de orientación profesional adecuada y precisa.

Por ello, la persona con déficit intelectual puede estar atravesado por la angustia, angustia que lo paraliza y lo inhibe aún más en la manifestación de su inteligencia integral.

Como manifiesta nuevamente Bleichmar (1999, p. 84), *"la inhibición, como empobrecimiento funcional efecto de la contracarga del yo, no es un proceso originario, sino secundario -neurótico- a la represión originaria, y producto de la represión secundaria"*. Y refiriéndose a la angustia menciona: *"la represión secundaria tiene por objeto evitar su aparición"*.



## **2. PSICOTERAPIA INFANTIL**

### **2.1. MÉTODOS PSICOEDUCATIVOS**

El método inicial de tratamiento para niños con DI consta de estrategias psicoeducativas constituidas por programas cognitivo-conductuales que tienden a desarrollar habilidades de autocuidado, habilidades básicas para el aprendizaje, habilidades cognitivas y socio-emocionales. Dichas estrategias son aplicadas mediante el principio de encadenamiento para alcanzar las conductas meta. Las intervenciones son estructuradas y dirigidas al inicio del tratamiento, mientras que luego se tornan más flexibles y la motivación, intereses e iniciativa de los niños son contemplados. También se utiliza un sistema de reforzadores conductuales que permitirán la adquisición de las conductas y su posterior generalización al ambiente natural.

Cualquier persona, con independencia de su hecho individual y circunstancial, se hace en el transcurso de su vida, en adecuación a su contexto y medio sociocultural, siendo, cualquier individuo, susceptible de cambio y progreso en su desarrollo, optimizándose sus capacidades y ejercitándose en habilidades con relación a su medio. En esta visión evolutiva, se incluye tanto la «normalidad» (entendida a nivel funcional y social, no solamente estadística), como lo distintivo de la persona con trastorno, ya que ambas forman parte de la condición y diversidad humanas.

Desde un marco de desarrollo, contemplando tanto los factores personales como los contextuales, la persona evoluciona en relación a sí misma, con su estructura, capacidades y funcionamiento, y, si es cierto que aquéllas pueden presentar disminución o déficit, no es menos cierto que son expresión de un desarrollo personal, en el que cualquier avance será significativo, siendo propio de esa persona, de su historia y su contexto.

En este sentido, los “trastornos del desarrollo – DI” se asocian con las necesidades educativas especiales desde una visión integrada, tanto en lo individual como en lo social, dentro de ambientes educativos y de las intervenciones psicoeducativas (Luque P., 2003).

### **2.1.1. Desarrollo y trastornos del desarrollo**

El desarrollo, como proceso de formación progresiva de la persona, es multicausal, en una integración de los factores personales y ambientales, valorando los condicionantes y las circunstancias externas al individuo, como propios de la socialización. En consecuencia, hablar de un individuo en desarrollo supone hacerlo en su integración en lo biológico, cognitivo, personal, social, psicológico y moral, advirtiendo, en definitiva, dos grandes bloques. De un lado la perspectiva individual (aptitudes, intereses, actitudes, etc.) y, por otro, los diferentes contextos o sistemas en los que el sujeto se desenvuelve y trata de adaptarse.

Todo individuo nace dotado, tanto biológica como psicológicamente, para alcanzar ciertos niveles de desarrollo, definido éste como el conjunto de cambios que dan lugar a maneras nuevas y mejoradas de reaccionar, es decir, a una conducta que es más adaptativa, más sana, más compleja, más organizada, o que es más estable, competente o eficiente (Luque P., 2003). Cualquier persona tiende o prepara todo su sistema personal, para la consecución del máximo de sus posibilidades, se realiza a sí misma a lo largo de su vida, y, en definitiva, se ejercita en la responsabilidad que le conducirá a convertirse en persona.

### **2.1.2. Necesidades educativas especiales**

Todo el alumnado en general tiene necesidades educativas derivadas de sus propias individualidades e historias personales, por lo que ese término de necesidad educativa hace referencia a aquello que cualquier persona precisa para tener acceso a conocimientos, habilidades, sociabilidad, autonomía, etc., propios del grupo social en el que está inmerso y en el que ha de integrarse como persona. Ese constructo pone de manifiesto también, el hecho de gravitar la atención sobre el contexto, tanto como en sus miembros, suponiendo la familia y el entorno social, además del sistema educativo y su institución escolar, el marco generador de elementos que pueden favorecer o limitar esas necesidades.

La educación especial:

- Relaciona dificultades de aprendizaje con los recursos educativos.
- Transmite una concepción de aprendizaje como favorecedora del desarrollo.
- Evaluación de los aprendizajes en una visión de proceso y no sólo de producto.
- Concepción de la educación especial como especialidad o área de conocimientos e intervención, en igualdad con otras áreas o departamentos.
- Integración en los niveles social y comunitario, desarrollando la normalización educativa.
- Acercamiento familiar al centro ordinario, con una visión positiva en los padres sobre las posibilidades de sus hijos.

Es fundamental para la intervención terapéutica, proporcionar a los niños con DI de ambientes estructurados, predictibles y contextos directivos de aprendizaje. Esto es necesario y aún lo es más en los casos en que el retraso es más severo (Rivière, 1984).

Generalmente trabajan mejor en situaciones estructuradas; sin embargo, el grado de organización necesaria está relacionado con el nivel de desempeño del niño. A medida que éste nivel es más bajo, la estructuración necesaria es mayor, mientras que un niño con desempeño alto puede manejar menos organización. En las etapas iniciales se necesita también mayor estructuración para permitir el aprendizaje, y una vez que se domina cierta habilidad, se requiere menos estructura para la práctica de la habilidad adquirida.

Un programa efectivo que usa la enseñanza estructurada es un sistema que se basa en la organización del espacio, cambio de actividades mediante agendas, sistemas de estudio y trabajo para facilitar el proceso de aprendizaje y la organización del material para estimular la independencia del alumno.

Según Juan Martos (1990), las ventajas de los ambientes estructurados han sido consistentemente demostradas. El concepto de "estructura" implica varios aspectos:

1. Necesidad de que el ambiente no sea excesivamente complejo sino, por el contrario, relativamente simple.
2. El ambiente debe facilitar la comprensión de relaciones contingentes entre sus propias conductas y las contingencias del medio.
3. El educador debe mantener una actitud directiva, estableciendo de forma clara y explícita sus objetivos, procedimientos y métodos de registro.

Rivière (1990) ha propuesto algunas sugerencias para llevar a cabo de forma eficaz las sesiones de enseñanza:

- Las condiciones ambientales deben adecuarse a la necesidad de estimular la atención del niño a los aspectos relevantes de las tareas educativas y evitar la distracción en aspectos irrelevantes.

- Las consignas, instrucciones y señales deben darse sólo después de asegurar la atención del niño y ser claras, generalmente simples, consistentes y adecuadas a las tareas.
- Los niños tienen intereses y preferencias de las que hay que partir para el desarrollo de los programas.

Es importante que “siempre” se refuerce al niño con algo que sea de su agrado después de realizar una conducta en forma correcta. Los reforzadores ofrecidos a tiempo son muy importantes porque tienden a favorecer la repetición de la conducta, su adquisición y su posterior generalización al ambiente natural. Además, le permiten al niño, obtener algún tipo de recompensa por el esfuerzo realizado y le posibilitan reducir la tensión que ejerció en el cumplimiento de la tarea.

Los estilos de enseñanza firmes, pacientes y tranquilizadores son positivos para todos los niños, también para los niños con DI. Pueden enseñarse muchísimas cosas sin salirse de los límites impuestos por la capacidad del niño: lenguaje, habilidades sociales, destrezas académicas, conocimientos sobre el mundo, técnicas artísticas, procedimientos de cuidado doméstico y de salud, y habilidades necesarias para realizar trabajos específicos.

Como señala Rivière (1990), se trata de promover, tanto en el medio externo como en el interno, los cambios necesarios para que la “*experiencia interna*” de las personas sea lo más satisfactoria, compleja y humanamente significativa posible. La *actividad terapéutica* sólo tiene *sentido* desde el momento en que, en tanto que humanos, sentimos que “nada humano nos es ajeno”.

### **2.1.3. Objetivos terapéuticos generales**

Los objetivos básicos de las intervenciones terapéuticas se derivan de valores y esquemas sobre el desarrollo humano que tienen un alcance universal.

Es muy importante que esos objetivos no se olviden en ningún momento del proceso terapéutico porque son como "ideas regulativas" que lo guían y modulan, y constituyen los principios que se articulan luego en forma de contenidos educativos, objetivos terapéuticos y axiomas.

1. Promover el bienestar emocional de la persona, disminuyendo sus experiencias emocionales negativas e incrementando la probabilidad de emociones positivas y de autovaloración.
2. Aumentar la libertad, espontaneidad y flexibilidad de la conducta, así como su funcionalidad y eficacia.
3. Promover la autonomía personal y las competencias de autocuidado, disminuyendo así la dependencia e incrementando sus posibilidades de que se sienta y sea eficaz.
4. Desarrollar las competencias instrumentales de acción mediada y significativa sobre el mundo y las capacidades simbólicas, que a su vez permiten un comportamiento regulado sobre las otras personas y del sujeto sobre sí mismo, y aumentan sus posibilidades de comunicación, autoconciencia y regulación de la propia conducta.
5. Desarrollar destrezas cognitivas y de atención, que permitan una relación más rica y compleja con la realidad circundante.
6. Desarrollar las destrezas de aprendizaje, tales como las basadas en la imitación, la identificación intersubjetiva, el aprendizaje observacional y vicario, que permiten incorporar pautas culturales y beneficiarse de ellas.
7. Disminuir aquellas conductas que producen sufrimiento en el propio sujeto y en los que le rodean, tales como berrinches y agresiones, incrementando así las posibilidades de convivencia en ambientes lo menos restrictivos posible.
8. Desarrollar las competencias comunicativas.
9. Aumentar las capacidades que permiten interpretar significativamente el mundo y su entorno.

#### **2.1.4. Objetivos específicos para las Intervenciones con niños con DI**

- Promover un ambiente estable, seguro y confortable para el niño.
- Brindar consignas claras, precisas.
- Favorecer el mantenimiento de un nivel atencional óptimo para la participación en las diferentes actividades.
- Evitar todo tipo de estímulos visuales y auditivos distractores, que no le permitan concentrarse en el aprendizaje.
- Estimular la obediencia de órdenes simples o complejas de acuerdo a las capacidades de cada uno.
- Aumentar las posibilidades de imitación en aquellos niños en los que se encuentra desarrollada.
- Promover el uso del lenguaje en el nivel que haya desarrollado cada niño.
- Dar oportunidad para que surjan momentos y estados afectivos para responder cariñosamente a ellos.
- Posibilitar el permanecer sentados en una silla frente a la mesa o al terapeuta para realizar todas las tareas. Esto brinda organización espacial que luego se internaliza.
- Evitar totalmente los estados de inactividad, pasividad y abulia.
- Reforzar todas las habilidades y capacidades adquiridas.
- Mantener y mejorar aquellas conductas generalizadas.

#### **2.2. PSICOTERAPIA DE JUEGO PARA NIÑOS**

En su aspecto general, el juego es una acción. Dice Winnicott (1999, p.61), "Jugar es hacer", y está presente desde los inicios de la historia de la humanidad y desde los primeros momentos de la vida del hombre como una actividad generalizada, esencial y básica en el dinamismo psicomotriz del individuo.

En cuanto a las características y beneficios del juego para los niños se mencionan:

- Desarrolla habilidades físicas y psicomotoras
- Facilita el crecimiento
- Prepara para la vida
- Medio de expresión
- Desarrollo de la imaginación
- Acción catártica
- Elaboración de la angustia
- Corrección de una realidad no satisfactoria
- Realización simbólica de deseos
- Descubrir lo que es "yo" y "no yo"
- Entender las relaciones
- Experimentar e identificar emociones
- Practicar roles
- Explorar situaciones
- Permitir la creatividad
- Aprender, relajarse, divertirse
- Representar aspectos problemáticos
- Adquirir dominio
- Conduce a relaciones de grupo
- Forma de comunicación en psicoterapia

La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo (Winnicott, 1999).



El juego ayuda a involucrar al niño en una relación terapéutica, al permitirle "la reactuación simbólica del contenido abrumado por el conflicto y la expresión de los deseos primitivos reprimidos en forma de mentiritas" (West, 2000, p.43).

En cuanto al juego en la psicoterapia:

1. En la mayor parte del mundo occidental, el juego significa para los niños lo que el lenguaje es para los adultos.
2. En general, los niños se expresan más libremente mediante el juego que en entrevistas formales "habladas".
3. Los niños pueden manifestar sus problemas a través del juego.
4. El juego puede ser una herramienta terapéutica.

Para Freud el juego es la elaboración de experiencias traumáticas, y es una actividad simbólica donde el niño repite lo que ha vivido en la realidad.

Según Klein (1932), el juego es el lenguaje de símbolos en los niños, y por medio de éste expresan sus fantasías, deseos y experiencias. Es un puente entre la fantasía y la realidad: fuerza para organizar el conocimiento de la realidad.

### **2.3. EL JUEGO EN NIÑOS CON DI**

Los modos de jugar varían tanto por los intereses de los niños como por su nivel de inteligencia.

Schaefer y O'Connor (1988), mencionan que la recreación de los niños con DI tiene los mismos objetivos que tienen para las personas normales:

- Integración social del individuo
- Desarrollo integral

- Salud física y mental
- Realización personal
- Alternativa para el tiempo libre
- Expresión activa

En los niños con DI las relaciones sociales tardan en aparecer; éstos niños prefieren la soledad y el juego individual (aislamiento).

Rodríguez (1984), menciona que presentan menos originalidad en sus actividades lúdicas, prefieren los juegos de reglas sencillas y los propios de niños pequeños, por lo que considera a la habilidad intelectual un factor decisivo en la elección de juegos.

El tipo de juego del niño con DI requiere de una constante estimulación de parte del adulto o del terapeuta ya que tiene las siguientes características:

- inestable
- estereotipado
- falta de iniciativa

La deficiencia lúdica que presentan los niños con DI, puede ser producida por varios factores:

- pobreza de imaginación creadora
- repetición estereotipada de los mismos juegos
- escasa capacidad de atención
- falta de iniciativa
- inhabilidad motora o defectos físicos
- incoordinaciones motoras
- dificultades para atenerse a reglas comunes
- escasa capacidad para sufrir frustraciones, es decir, no saben perder
- inmadurez neuromotriz en general

- falta de confianza en sí mismos

Si se priva a los niños con DI de la posibilidad de jugar, se deteriorará su desarrollo físico y se estancará aún más su desarrollo mental. Sin el juego, el niño no tendría la oportunidad de aprender, de absorber todo el conocimiento que es capaz de acumular a través de sus experiencias mientras juega.

Jugando, el niño aprende a diferenciar lo que está cerca de lo que está lejos, lo que está inmóvil de lo que se mueve, lo que es duro de lo blando, lo dulce de lo amargo, etc.

El niño con DI aprende que él es diferente de las demás personas y de las cosas que lo rodean, además el jugar con otros niños le permite adquirir aceptación del grupo social en que se desenvuelve.

Razo (1993), menciona que durante el juego se dan oportunidades para la satisfacción del deseo de contacto social, además de otorgar cierto adiestramiento moral ya que los niños aprenden a estimar lo que el grupo considera correcto o incorrecto.

Ya en diversos estudios se han empleado las actividades lúdicas para desarrollar conductas más adecuadas, disminuir conductas disruptivas y establecer diferentes tipos de interacción social, en niños con DI.

A través del juego pueden ocurrir cambios en las conductas sociales de los niños con DI, mismos que faciliten mantenerlos agrupados, favorezcan la atención y el desarrollo de conductas socialmente aceptadas como: esperar turno, mantener la atención, permitir el contacto con otros niños y adultos; disminución de conductas de autoestimulación y autoagresión, así como disminución de excesos conductuales que impiden el establecimiento de otras conductas.

## **2.4. PSICOTERAPIA DE JUEGO PARA NIÑOS CON DI**

El niño con DI o con trastorno del desarrollo que demuestra la suficiente conducta inadaptada, necesita el tipo de tratamiento que proporciona la psicoterapia de juego.

Existen tres suposiciones generales que se deben considerar en toda psicoterapia de juego con niños con DI (Schaefer y O'Connor, 1988).

1. Mientras menos capaces sean los niños para funcionar o crear habilidades de enfrentamiento apropiadas cuando se les deja a su propio ingenio, tendrán una mayor necesidad de intervención dirigida.
2. Sin importar lo que el terapeuta piense acerca de los niveles sociales, normas culturales y similares, no se puede esperar que el niño cargue como su cruz personal las diferencias particulares que se encuentran presentes en el ambiente de éste. En vez de ello, los niños deben traerse a un nivel que les permita vivir dentro de su medio sin considerar su naturaleza.
3. Se reconoce que los niños aprenden principalmente unos de otros; los procesos de imitación pueden ser tan valiosos como cualquier otra intervención del terapeuta. Por lo tanto, la psicoterapia puede a menudo ocurrir mejor en grupos de niños.

Siguiendo la primera suposición sabemos que mientras más retrasada parezca la conducta del niño en las sesiones de terapia, mayor deberá ser la cantidad de juego dirigido e intervenciones que proporcionen los terapeutas.

Por ello se definen ciertos procedimientos básicos:

- a. El niño hace algo, reconociendo que aún nada es "algo".
- b. El terapeuta interviene, preguntando qué está haciendo el niño.

- c. Si el niño responde de cualquier forma (por ejemplo, con palabras, ruidos, gestos, etc.) se permite que la conducta continúe con el terapeuta proporcionando la descripción necesaria de la actividad, por ejemplo, "estás construyendo con bloques" o "estás haciendo este sonido" (imitando el sonido).
- d. Si el niño fracasa en responder de algún modo, el terapeuta interviene, detiene la actividad explicando que ésta no puede continuar hasta que el niño de alguna clase de respuesta.

Para ello se utilizarán materiales estructurados al inicio y de forma dirigida por el terapeuta quien estructura la sesión.

Luego se irá permitiendo que el niño escoja y utilice los materiales menos estructurados que desee. Para pasar luego al método de juego libre donde el paciente pueda estructurar su juego y proyectar en él sus fantasías y sentimientos inconscientes.

Alcanzar el período de juego libre con un niño con DI, constituye un espacio no sólo de crecimiento psicológico, sino de estimulación de su inteligencia, de su imaginación, fantasía y del aumento de sus habilidades lingüísticas y comunicativas.

#### **2.4.1. Tipos de Juego en las dimensiones simbólica y social**

Es importante tener en cuenta las siguientes características del juego simbólico y social cuando se trabaja con niños con DI, no sólo al momento de su evaluación sino para observar el desarrollo y evolución del mismo.

A continuación se presenta un cuadro resumido con las mismas.

<b>DIMENSIÓN SIMBÓLICA</b>	<b>DIMENSIÓN SOCIAL</b>
<p><b>No involucrado:</b> El niño no toca los objetos ni toma roles en el juego. El niño sólo realiza conductas autoestimulativas que no involucran materiales de juego.</p>	<p><b>Aislado:</b> El niño permanece indiferente o inconsciente de la presencia de otros. Puede parecer que observa cualquier cosa en un interés momentáneo; jugará con su propio cuerpo o solo.</p>
<p><b>Exploración sensorial-manipulación:</b> El niño manipula y explora los materiales de juego pero no los usa de manera convencional</p>	<p><b>Espectador:</b> El niño muestra conciencia de la presencia de otros mirando hacia ellos o en dirección a los materiales de juego y las actividades. El niño no participa en el juego con los compañeros.</p>
<p><b>Funcional:</b> El niño demuestra un uso apropiado de un objeto o asociación convencional de dos o más objetos. Existe una cualidad de información que refleja un pretender simple. El niño puede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar acciones simples o complejas con materiales de construcción</li> <li>2. Usar accesorios realistas para recrear esquemas aislados</li> <li>3. Dirigir rutinas familiares para sí mismo</li> <li>4. Rehacer acciones aisladas extendiendo scripts simples a una muñeca o compañeros.</li> </ol>	<p><b>Proximidad – Paralelo:</b> El niño juega independientemente “junto a” más que “con” otros niños. Uso simultáneo del mismo espacio de juego o materiales que los compañeros</p>
<p><b>Simbólico:</b> El niño actúa como si estuviera haciendo o siendo alguien más con una intención representacional. Los scripts de juego varían en complejidad y cohesión y puede incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sustitución de objetos, usando un objeto para representar otro.</li> <li>2. Atribución de propiedades ausentes o falsas</li> <li>3. Imaginar objetos que no están como si estuvieran presentes</li> <li>4. Representar roles.</li> </ol>	<p><b>Foco común:</b> El niño se envuelve en actividades que involucran a uno o más compañeros incluyendo una toma de turnos informal dando y recibiendo ayuda y direcciones y un compartir activo de materiales. Existe atención compartida en el juego</p>
	<p><b>Meta común:</b> El niño se involucra en el juego con otros compañeros con el propósito de tener una meta común o un temario o hacer un producto. El juego consiste en reglas específicas o roles que involucran una conducta de negociación o intercambio definido por los niños. Existe un sentido de cooperación y de pertenecer al grupo.</p>

## **3. DUELO**

### **3.1. DEFINICIÓN DE DUELO**

El duelo, del latín *dolus* (dolor), es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien, se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a un desapego (García-Pelayo y Gross, 1970).

Según Freud (1917, p.241), "el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc."

También es una experiencia de carácter universal, parte natural de la existencia.

Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con intensidad y duración variable en proporción a la dimensión y significado de la pérdida y en principio no requiere uso de psicofármacos ni intervenciones psicológicas.

Freud (1917), establece 2 objetivos en la elaboración del duelo:

- retiro de la libido invertida en el objeto
- sana reinversión posterior en otro objeto.

A nivel familiar, es un proceso de cambio caracterizado por la circulación de emociones dentro del sistema:

- más intenso mientras más apego haya existido con lo perdido
- el duelo familiar se trenza con el proceso de duelo individual

La familia funciona en "modo de pérdida" y esto se evidencia por:

- aspectos biológicos: aflojamiento de sistemas autónomos, desregulación sistema noradrenérgico, que se traduce en un aumento del nivel de angustia. El contacto entre los sobrevivientes permite ir regulando el sistema de alerta a través de la expresión de los afectos en la palabra y el gesto compartido.
- aspectos relacionales: si hay cambios en el mundo externo, corresponde hacer otros en el mundo interno. El cómo se vive la pérdida es el duelo subjetivo de la familia.

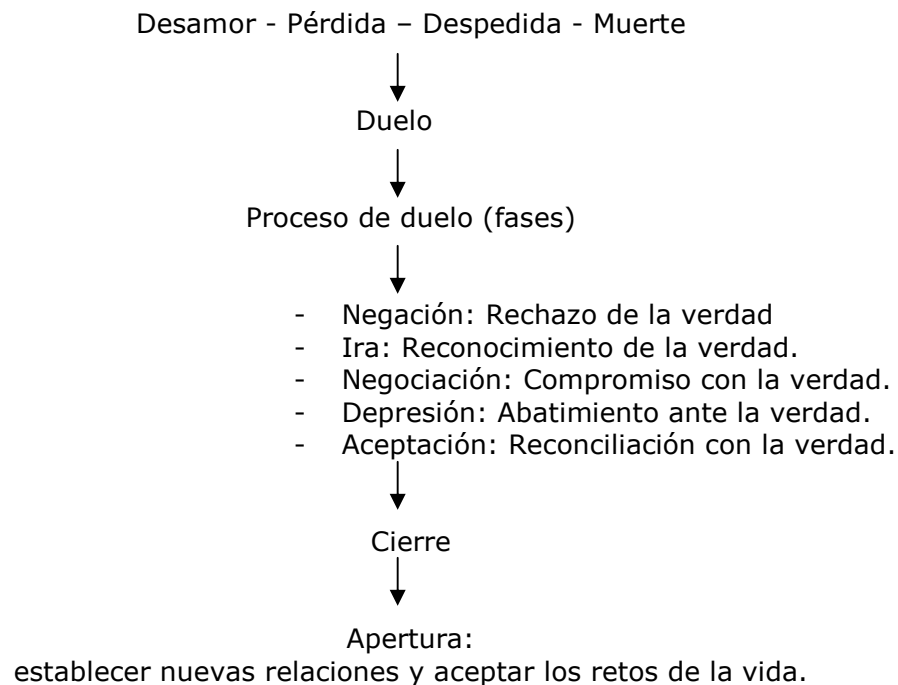
La pérdida no es sólo en el nivel de espacio-tiempo, sino que también de los significados asignados. Se pierde una red de relaciones que enlaza la trama familiar, que la sostiene y la mantiene siendo la misma.

Las relaciones familiares se despliegan en el "mito" (historia que vive y cuenta la familia acerca de sí misma, unión de realidad y fantasía), y el duelo lo atraviesa portando el sufrimiento. En un duelo complicado la familia retarda el cambio histórico que la pérdida convoca, recurriendo para esto a modificaciones transgresoras del bienestar.

### **3.2. ETAPAS DE DUELO**

Hay distintas etapas de un proceso de elaboración del duelo: entre las más conocidas se encuentran las fases determinadas por Elizabeth Kübler-Ross (1971):





### **3.3. ETAPAS DE DUELO POR EL DIAGNÓSTICO DE DEFICIT INTELECTUAL**

El afrontamiento de un diagnóstico de DI hace que una familia pase por las diferentes etapas del duelo.

Hasta la aceptación final del diagnóstico se vive algo muy parecido a las etapas de elaboración del duelo de Elisabeth Kübler-Ross (1971), con la salvedad de que hasta llegar a ser diagnosticado pasa un tiempo en que los padres evidencian que "algo va mal" aunque no saben cómo se llama. Es preciso dejar claro que es un proceso natural y no patológico el que, por ejemplo, los padres nieguen la evidencia del problema de su hijo. Como proceso es importante entender que necesita su tiempo y como duelo lo único que podemos hacer es acompañar y apoyar. Comentemos este proceso:

1. Fase previa: Descreimiento y sorpresa. Algo parecido a la desrealización. Entumecimiento, como ver el mundo desde fuera y que esto no nos

pasa a nosotros. Una gran incertidumbre que se acrecienta con los consejos y razonamientos contradictorios que dan familiares y amigos.

2. Negación: Se niega la evidencia. Aunque se vea que algo va mal se le busca otro nombre, o se suaviza, o se piensa que es sólo un retraso madurativo y que con el tiempo pasará. Cuesta aceptar que el niño sufre un déficit que le durará toda la vida. A esto hay que añadir las contradicciones de los pasos previos al diagnóstico o la negación o retraso del diagnóstico que realizan algunos profesionales.
3. Ira y culpa. "Esto no me puede pasar a mí". "¡Qué he hecho yo para merecer esto!" Son pensamientos frecuentes en este momento. Búsqueda de culpables. Se rebusca hasta la historia clínica del parto intentando averiguar si pasó algo o si hubo negligencia.
4. Negociación. El próximo paso puede ser: "Si, me está ocurriendo a mí, pero". El pero es una tentativa de negociar el tiempo.
5. Depresión: Pérdida de interés. Abulia. Los padres se sienten sobrecargados por el peso de un término que desconocen y que nadie se atreve a explicarles con claridad. Nadie puede hacer pronósticos y la familia se pregunta: "¿Qué será de mi hijo cuando sea mayor?" Son incógnitas que sólo el paso del tiempo logrará despejar.
6. Aceptación y consiguiente lucha que a su vez pasará por muchas fases: todas las fases de la vida del hijo pues los problemas serán distintos en cada edad y en cada individuo en particular.

Es importante decir que este proceso se vive de forma desigual pudiendo no coincidir ambos progenitores en las mismas fases con la angustia y discusiones que ello puede originar. Asimismo tampoco tiene por qué ser un proceso continuo, pudiéndose dar pasos atrás o retrocesos y tardar mucho en la

aceptación del diagnóstico, o que uno de los padres no termine de aceptarlo en mucho tiempo, con la sobrecarga que ello supone para el otro progenitor.

Reconocer este proceso puede ayudar indiscutiblemente a los profesionales de Salud Mental a entender actitudes, conductas y celos que tienen los familiares de niños con DI para con las unidades de Salud Mental Infantil.

Como conclusión se puede decir que hasta la aceptación del diagnóstico de DI se vive un proceso de elaboración de duelo que es natural, no patológico. En la medida que los profesionales de salud mental sepamos comprender esto y detectarlo, mejor podremos ayudar. Este proceso se ve dificultado por algunos factores como retraso en el diagnóstico por parte de los profesionales, falta de formación, etc. En las familias se da una grave afectación en la dinámica natural que será mayor cuanto menor sea la aceptación del problema.

### **3.4. PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA DEL DUELO POR EL DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico dado a los padres sobre un déficit intelectual en su hijo, en ese hijo que soñaron completo y lleno de vida, ese hijo que vendría a superar a los padres, es una dolorosa confrontación con sus propias limitaciones, y con su narcisismo perdido.

Dice Freud (1914, p.88), "El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres, que en su trasmudación al amor de objeto revela inequívoca su prístina naturaleza".

Y agrega, "El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo el centro y el

núcleo de la creación. His Majesty de Baby. Debe cumplir los sueños, irrealizados deseos de sus padres..." (Freud, 1914, p.87-88).

Será la madre quien va a entablar contra la inercia o la indiferencia social, una larga batalla cuyo centro de interés es la salud de su hijo desheredado. Si vemos al padre, abatido, resignado, ciego o inconsciente ante el verdadero problema que allí se desarrolla, la madre por su parte sigue terriblemente lúcida en la mayoría de los casos. La enfermedad de un niño repercute sobre la madre en el plano del narcisismo: se produce una pérdida brusca de toda señal de identificación y hasta surge la posibilidad, al menos como corolario, de reacciones o conductas impulsivas. Se trata de un pánico ante una imagen de sí mismo a la que ya no se puede reconocer ni amar (Mannoni, 1971).

Freud manifiesta en Introducción al Narcisismo (1914, p.88) que, "la actitud de los padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio ... La sobrestimación, marca inequívoca que apreciamos como estigma narcisista ya en el caso de la elección de objeto, gobierna... ese vínculo afectivo". Y agrega: "Así prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones... y a encubrir y olvidar todos sus defectos".

Surgirá así un proceso de duelo donde la negación será la primera reacción. Dice Mannoni (1971, p. 65), "los padres intentarán poner en duda cientos de veces el diagnóstico (es decir, la afirmación del carácter cuasi-irrecuperable de la enfermedad)".

La madre y el hijo forman una unidad, cualquier menosprecio inferido al niño es resentido en la madre como un ataque a su propia persona. Cualquier condena (diagnóstico) contra el niño significa también su propia sentencia de muerte. La madre pues, intentará vivir contra los médicos, pero al mismo tiempo buscará sin cesar su apoyo. Irá de consulta en consulta para obtener, en definitiva, ¿qué?, ¿la curación de su hijo? Ni ella lo cree; y ese hijo le

pertenece a ella: no lo entregará. ¿Un diagnóstico? Ya fue emitido en multitud de ocasiones por eminentes especialistas. ¿Acaso la verdad? Pero, ¿qué verdad si únicamente la madre sabe? En realidad no quiere saber ni recibir nada de ese médico al que va a consultar. Nada respecto al niño. Pero necesita fuerza para continuar y esto es lo que precisamente viene a pedir. Necesita un testigo que se dé cuenta de que es justamente ella quien no puede resistir más, aún existiendo esa fachada de aparente tranquilidad. Un testigo que, si es necesario, sepa sus ansias de matar.

En muchos casos los padres rechazan la psicoterapia, debido en general a que la madre admite difícilmente la intrusión de un tercero: es preciso que el niño escape en alguna manera a la ley del padre. Continuará el ir y venir de médicos; pero desde entonces tratando sólo de hallar una causa orgánica "curable".

Cuando, por excepción, el padre se siente comprometido en el problema no es raro que reaccione con actitudes depresivas o persecutorias. Interviene para hacer interrumpir una psicoterapia emprendida, porque da por supuesto que "no hay nada que hacer". Si el padre llega a aceptar con serenidad la enfermedad de su hijo es casi siempre a precio de una enorme culpabilidad: dimite en cierta manera como hombre y como padre.

Por su parte la madre, se siente muy comprometida con su hijo, abnegada, reivindicadora, centinela de una fortaleza si se intenta una psicoterapia. La conciencia de su papel de madre la llevará hasta negarle a su hijo "en peligro" el derecho de poder convertirse en un sujeto autónomo (Mannoni, 1971).

Lo descrito lleva a pensar en la necesidad del trabajo psicoterapéutico con los padres de niños con Déficit Intelectual, no sólo como orientación en la crianza del niño sino para la elaboración de los procesos inconscientes que se juegan y se han jugado en ellos desde el mismo momento del nacimiento de su hijo.

## **4. EL TRABAJO CON PADRES**

### **4.1. ¿CÓMO REACCIONAN LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON DI?**

Independientemente de la causa que provoque el DI, en los primeros momentos se debe brindar apoyo psicológico a los padres y a todo el entorno familiar, dado que en esos momentos el mundo se les ha venido encima. Desde el sentimiento de culpabilidad expresado en frases como: ¡qué habré hecho para merecer este castigo!; a sentimientos de rechazo como ¡este no puede ser mi hijo!; o bien volcarse en el bebé o ni siquiera mirarlo, llegando, incluso a culpar o rechazar a la pareja.

Estos niños requieren tratamientos como: un tratamiento médico apropiado a su patología y una intervención temprana basada en el tratamiento de estimulación motriz, sensorial, conductual y social para su óptimo desarrollo.

La llegada de un bebé deficiente con los posibles trastornos médicos asociados y la desinformación al respecto sobre la posible evolución de su hijo, genera no sólo un nivel de ansiedad, sino también depresión en los padres que necesitan un asesoramiento psicológico lo más inmediato posible.

La práctica clínica nos enseña que la pregunta obsesiva que se realizan la mayoría de los padres al recibir la noticia del trastorno de su hijo es, más o menos: "¿qué va a ser de mi hijo cuando yo falte?". Esta pregunta denota la gran angustia y ansiedad que subyace.

#### **4.1.1. ¿Cómo se relacionan los padres con su bebé con DI?**

Se ha comprobado que el entorno o ambiente donde se desarrolla el individuo durante los primeros años de vida es fundamental para su posterior desarrollo.

Normalmente, cuando los padres se encuentran ante su recién nacido se produce una interacción mutua de forma natural y espontánea que facilita el desarrollo. De este modo el bebé demanda o reclama al medio y los padres demandan al niño. De esta forma, el recién nacido es estimulado por el medio externo a través de sus cinco sentidos, siendo ellos los iniciadores de las respuestas sintiendo de esta manera, los movimientos antes de saberlos ejecutar.

Sin embargo, en el caso del niño con DI ese intercambio mutuo es pobre, ya que el bebé no reclama atención del medio por presentar una baja actividad sensorial, que provoca un déficit de atención que rompe el juego comunicativo con los padres, con lo que las posibilidades del niño se ven aún más reducidas.

De esta forma, sus reacciones mantendrán una relación directa con el grado de retraso, presentando una capacidad sensitiva y perceptiva limitada; por lo que es preciso ayudarlo en el ámbito sensorial para que establezca contactos con objetos novedosos que se constituyan en estímulos de nuevas acciones.

Se ha comprobado que aquellos lactantes que permanecen demasiado tiempo en la cuna sin experimentar distintas posturas y limitando su exploración, presentan niveles de inteligencia más bajos e, igualmente, que el número de vocalizaciones está altamente correlacionado con el intercambio social y puede indicar la tasa de excitación del niño (Brodin y Rivera, 2001).

En esta línea, se ha comprobado, que las madres de niños con DI presentan dificultades en las interacciones visuales con sus hijos, en la detección de sus

necesidades, en la captación de su atención y en el trabajo con ellos ya que su nivel de respuesta es más lento.

Con ello, se puede afirmar que la relación se ve afectada y la interacción disminuye, por lo tanto las posibilidades de estimulación se ven limitadas y con ellas el desarrollo psicomotor, sensorial, social y psicológico del niño.

#### **4.1.2. Afectación a la dinámica familiar**

Si la alteración de cualquier miembro de una familia afecta al conjunto, la realidad de un niño con DI trastoca todos los niveles de responsabilidad, madurez, dedicación y recursos de los que dispone la familia, así como sus relaciones con otras familias o grupos. El caso de los hermanos merece mención especial habiendo editados libros específicamente sobre este tema. Así, podemos encontrar que una familia con un niño con DI se puede encontrar afectada por los siguientes temas (Gonzalez C., 1999):

Tiempo de dedicación. Un hijo con DI precisa de mucha más dedicación que otro hijo. Cuando es pequeño por las dificultades en la conducta, berrinches o inadecuaciones comportamentales, además de la cantidad de pruebas diagnósticas y clínicas a que se ven sometidos. Cuando es mayor porque no saben qué hacer con su tiempo y hay que estar ocupándolos continuamente en actividades extraescolares o de terapia y en tareas de cooperación en el hogar. Paradójicamente, los mayores niveles de estrés se dan en las madres que no trabajan fuera de casa.

Recursos económicos. El tiempo de dedicación que un hijo con DI precisa, puede obligar a que alguno de los padres no trabaje o reduzca su jornada laboral. Si a esto añadimos los gastos de terapias, ocio, centro educativo, etc., algunas familias pueden sufrir ahogo económico. Si una familia tiene más de un hijo con dificultades, la situación se hace insostenible.



Dedicación a otros hijos y familiares. La plena dedicación al hijo con DI puede hacer que se dedique menos tiempo a otros hijos, en parte porque se relativizan los problemas, lo que puede llevar a un cierto grado de disminución de atención y, en consecuencia, cierto complejo de culpabilidad por ese "abandono". El tener un hermano con DI puede llegar a crear en algunos niños graves problemas en las relaciones intrafamiliares, pudiendo darse el caso de no reconocimiento de hermanos o de abandono de los mismos, sobre todo en determinadas etapas como en la pubertad y en la adolescencia. No son raros los hermanos de pacientes con DI que son también usuarios de las Unidades de Salud Mental Infantil. Por el contrario, la mayoría de los casos no sólo quieren mucho a sus hermanos sino que se implican mucho en su cuidado, siendo niños, en general, más solidarios y maduros que los de su entorno.

Relaciones sociales. Se puede provocar una situación de aislamiento social, sobre todo en determinadas fases de la dinámica familiar, evitando la relación con otras familias que no entienden la situación, que niegan el problema o que incluso se atribuyen el derecho de dar "consejitos" anodinos e insulsos o contraproducentes. En el caso de la familia extensa, también se puede encontrar de todo: desde quien apoya completamente (el abuelo que se encarga de llevar y traer al colegio todos los días a su nieto) hasta quien se desentiende o evita interactuar con la familia. Aunque la vida ha cambiado mucho no están tan lejos en el tiempo los casos en que se encerraban en una habitación o se ingresaban en un Hospital Psiquiátrico a temprana edad y de por vida. Es muy importante el apoyo familiar y social para salir adelante y es por ello que surgen las asociaciones de familiares y de autoayuda en la búsqueda de compartir experiencias y de luchar por objetivos comunes.

Relaciones de pareja. Es más difícil compartir espacios de intimidad, tiempo de ocio, experiencias, salidas, etc., cuando se tiene un hijo con DI. Son pocos los familiares que pueden encargarse de un niño con DI y siempre existe la duda de que sean capaces de entenderlo. No son pocos

los casos de separación matrimonial acelerados por no entender de la misma forma el problema y son también frecuentes los casos de padres que se desentienden y dejan toda la responsabilidad sobre el otro progenitor (generalmente las madres) con la sobrecarga que ello supone. Por el contrario también se dan los casos en que la pareja se ve más unida al compartir un tema tan apasionante.

#### **4.2. LA ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA**

Es de importancia crucial el diagnóstico precoz para instaurar un tratamiento psicoeducativo eficaz, sin embargo la falta de formación específica en los profesionales de la salud hace que hasta ahora el diagnóstico se haya realizado bastante tarde, "tranquilizando" a los padres diciéndoles que los síntomas que presentan no son tan importantes, o lo que es peor, atribuirse el derecho de no decir tan pronto lo que tiene "para que no sufran los padres" cuando el verdadero sufrimiento está en la incertidumbre de la contradicción entre lo que ve y lo que le dicen.

En muchas ocasiones los padres tienden a cuidar al niño con DI pero no saben qué hacer con él, por ello el apoyo psicológico va a ayudar a canalizar los temores a través de los siguientes aspectos (Gonzalez C., 1999):

1. Proporcionando información sobre todos aquellos aspectos formales como:

- dar explicación detallada de la patología del niño
- facilitar todos los recursos disponibles para paliar, en la medida de lo posible, el trastorno.

2. Facilitando pautas de comportamientos ante el problema que acaba de surgir en el seno de la familia.

3. Trabajando sobre el duelo por el hijo esperado, sobre los sentimientos y frustraciones que surgen a partir del "darse cuenta".

Con la intervención psicológica, se pretende orientar, guiar, enseñar a los padres sobre la crianza y déficit del hijo, pero sobre todo permitir un espacio de reflexión y crecimiento para ellos mismos. Con esta finalidad se desarrolla una "escucha analítica" y se orienta desde ella.

### **4.3. ESCUCHA ANALÍTICA**

En la psicoterapia con escucha analítica se tiene que lograr la emergencia de la verdad a través de las distorsiones del discurso. Hay que liberar de la mentira la palabra del sujeto, de esa mentira donde quedó fijada. Es preciso que el analista pueda ir más allá del lenguaje objetivamente, anónimo, para conducir al paciente al lenguaje de su deseo, es decir, al lenguaje primitivo en el cual, trascendiendo lo que nos comunica sobre sí mismo, habla ya sin darse cuenta, y ante todo en los símbolos del síntoma.

El analista se encuentra en multitud de ocasiones ante un enigma que descifrar, y éste se ve obstaculizado cuando surge la resistencia del sujeto.

Si en el psicoanálisis de adultos la resistencia se manifiesta mediante quejas que obstaculizan el develamiento del fantasma, en el psicoanálisis de niños será sobre todo el Yo de la madre, lo que frecuentemente vendrá a interrumpir el progreso antes de que el fantasma se revele. Así pues, la angustia brotará primeramente en la madre (Mannoni, 1987).

Cuando se trabaja con el niño, tocamos también a los padres y una cierta forma de equilibrio entre padres e hijos.

El analista asume en la cura la castración simbólica (dialéctica verbal); sin embargo el análisis no es siempre posible más que si acepta albergar en él el

objeto de la angustia materna; después le queda mostrar el sentido que esto puede tener para ella.

La castración únicamente podrá ser asumida por la madre si la prueba que ella implica ocupa un lugar en el Ello. Cualquier palabra del analista puramente profesional y simbólica, corre así el peligro de tener efectos imaginarios que pueden conducir a una interrupción de la cura (Mannoni, 1971).

Dice Mannoni (1971, p. 67), "creo, en efecto, que bajo la etiqueta de retraso se puede encontrar todo el abanico de la neurosis, de la psicosis y de la perversión; con el detalle de que la neurosis ofrecerá siempre en este caso un carácter de gravedad inhabitual. La gravedad de la enfermedad depende esencialmente del sistema de relaciones en el que se encuentra cogido el débil".

Será precisamente en la situación psicoanalítica donde este problema aparecerá con la mayor claridad.

En la cura de niños con DI, es muy importante comprender hasta qué punto los padres se hallan sometidos a su petición, en la medida en que el niño materializa demasiado la deficiencia; de aquí las graves formas que puede tomar en algunos niños su déficit. Algunas veces basta una ligera deficiencia para precipitar una evolución neurótica grave y hacer aparecer un comportamiento marcadamente deficiente que no justifica ningún test, igual que una deficiencia seria puede agravarse aún más por la respuesta materna, resultando entonces una estructura psicótica sobreañadida.

El niño con DI afronta frecuentemente en casa de sus padres, lo inafrontable, que no es otra cosa que su propia muerte.

Trátese de un deseo de muerte transformado en amor sublimado, o de un rechazo materno que confiere al hijo ligeramente deficiente el aspecto de un retrasado más grave, o del drama de los padres con sus propios ascendientes,

que produce pánico en ellos cuando se sienten obligados a nombrarse a su vez como "padres".

En todos estos casos la función del niño es ser objeto fantasmático que protege a los padres contra el develamiento del nudo mismo de su neurosis. Al quitar este objeto de queja constituido por el niño enfermo, tocamos las defensas de los padres y se les pone frente a algo tan insostenible que algunos reaccionan con actos suicidas.

Los mecanismos de defensa nos permiten gestionar la angustia, afrontar situaciones difíciles o controlar reacciones emotivas. Un uso apropiado de estos mecanismos es útil y eficaz; si es excesivo, se obstaculiza el proceso de crecimiento.

En un proceso analítico de los padres de niños con DI también deben analizarse tales mecanismos. Los más comunes son:

- Negación: Se niega la realidad. Uno se resiste a afrontar experiencias dolorosas.
- Represión: Es la remoción, en el ámbito de la conciencia, de hechos o estados de ánimo que comportan ansiedad. El mecanismo impide que los sentimientos salgan a flote.
- Fijación: Es un patrón en el desarrollo evolutivo, que se manifiesta con ideas obsesivas.
- Racionalización: Es un mecanismo que se adopta frecuentemente para controlar la dimensión emotiva; quien lo usa, privilegia la dimensión racional y no permite que emerjan los sentimientos.
- Aislamiento: La persona tiende a retirarse y se niega a establecer relaciones con los demás. El aislamiento se encuentra también en el mismo interior de la persona cuando se da una separación entre sus planos emotivo e intelectual.

- Regresión: Vuelta a un estadio de comportamiento anterior.
- Somatización: Es un mecanismo por el que la tensión no es liberada, sino absorbida por el organismo, el cuerpo, paga el precio por la incapacidad del individuo de canalizar sus energías y emociones al exterior.
- Identificación: Es un proceso psíquico de unificación con el otro, la persona no vive su historia o proyecto existencial, sino el del otro.

Los mecanismos de defensa tienen una función saludable en el desarrollo de las personas. El recurso al uso de uno u otro depende de la situación y del sujeto. La finalidad no es removerlos o desmantelarlos, sino el comprender su función.

Regresando al análisis inconsciente de lo que sucede en el niño con DI y sus padres, vemos que la cura del niño, va a afectar el equilibrio de la pareja, artificialmente mantenido por esta mentira de la que el niño era el fiador. Conociendo mal este puesto característico representado por la enfermedad del niño débil en la salud de los padres, se corre el peligro de derribar imprudentemente en ellos las murallas que les protegían contra la angustia o la locura (Mannoni, 1971).

Por esto, aquí más que nunca, se le impone al terapeuta la necesidad de recibir los mensajes de ambos padres, que únicamente podrán soportar su angustia si ésta pasa a través del analista de su hijo. Dejándoles que se enfrenten ellos solos con ella, se corre el peligro de un accidente en lo real.

Es importante destacar que, no todos los padres de niños con DI están tan gravemente perturbados. En las familias en las que el niño puede asumir su DI e integrarse socialmente, no se busca la ayuda del analista. Generalmente se consulta en aquellos casos en los que cierto tipo de relación padres-niño ha comprometido la evolución normal.

## **PARTE II: ESTUDIO DE CASO**

### **1. MÉTODO**

#### **1.1. OBJETIVOS DEL TRABAJO**

##### **1.1.1. Objetivo General**

- Exponer el proceso de intervención psicoterapéutico llevado a cabo con una niña de diez años con Déficit Intelectual y con sus padres.

##### **1.1.2. Objetivos particulares**

1. Conocer el proceso psicoterapéutico individual y familiar en un caso de déficit intelectual exponiendo la intervención realizada desde diferentes perspectivas de abordaje.
2. Referir cómo se redescubren los sujetos participantes y caminan más allá del déficit intelectual.
3. Proponer la psicoterapia de juego como parte del modelo terapéutico con niños con déficit intelectual.

#### **1.2. METODOLOGÍA CUALITATIVA**

##### **1.2.1. Estudio de Caso**

El método que se utilizó en el presente reporte de práctica fue de tipo cualitativo, donde la descripción de las intervenciones realizadas en el proceso

psicoterapéutico corresponden al tipo Estudio de Caso, el cual se refiere a observaciones no controladas de un solo paciente, en el contexto de terapia y en el que se reportan datos que se basan en la información anecdótica, sin los procedimientos de control usuales para tratar las amenazas de la validez (Kazdin, 2001).

Según Sierra Bravo (1994), las metodologías cualitativas son aquellas investigaciones que producen datos descriptivos.

La metodología cualitativa constituye una indagación cualitativa, naturalística, donde se trabajan los datos de la experiencia de la gente en su vida cotidiana. También es una aproximación inductiva, es decir, permite que las ideas y categorías emerjan preferentemente de los datos.

Los datos cualitativos se recolectan con estrategias de observación, con observación participante y/o con notas de campo, permitiendo realizar una mirada profunda a un fenómeno o proceso (Mayan, 2001).

La indagación cualitativa se realiza para:

- describir fenómenos
- capturar significado
- describir un proceso

Este trabajo se basó en el segundo y tercer ítem mencionado anteriormente con la finalidad de presentar el proceso terapéutico en un estudio de caso y de significar las conductas manifestadas, las intervenciones, los cambios emergidos en el mismo y en los participantes.



### **1.3. ESCENARIO**

El trabajo clínico se llevó a cabo en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), institución de la Ciudad de México dependiente de la Secretaría de Salud de la Nación.

Las entrevistas y sesiones del proceso se realizaron en dos cubículos diferentes según fueron asignados por las autoridades para la residencia. El psicodiagnóstico y seis meses de psicoterapia se realizaron en el cubículo A del segundo piso; mientras que los siguientes once meses de tratamiento se hicieron en el consultorio 18 del séptimo piso del edificio.

El Centro Integral de Salud Mental fue creado para la atención integral de problemas de salud mental en la población en general que centra su labor en la promoción y prevención integral; es una alternativa para la atención de problemas psicológicos en los niños, para lo cual busca dar un diagnóstico temprano, proporcionar tratamiento adecuado y atender la problemática relacionada con las alteraciones de conducta, aprendizaje, emocionales y de violencia familiar. Su estructura es ambulatoria, se atiende en consulta externa ya que no cuenta con hospitalización y forma parte de la red del Modelo Hidalgo (Martinez P., 2005).

La institución cuenta con diferentes niveles de atención que se muestran el siguiente cuadro:

<b>Población</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Edad</b>	<b>Problemáticas</b>
Menores	<b>Paido I</b>	0 meses a 6 años	<i>Conducta</i>
	<b>Paido II</b>	6 a 12 años	<i>Aprendizaje</i>
	<b>Adolescentes</b>	12 a 18 años	<i>Desarrollo</i> <i>Lenguaje</i> <i>Trastornos emocionales o psicológicos</i>
Adultos	<b>Adultos I</b>	18 a 55 años	<i>Trastornos emocionales:</i>
	<b>Adultos II</b>	55 años o más	<i>Depresión</i> <i>Ansiedad</i> <i>Psicosis</i>
Atención Especializada	<b>Violencia Familiar</b>	Todas las edades	<i>Violencia Intrafamiliar</i>
	<b>Orientación a padres</b>	Adultos	<i>Crianza y Atención especializada</i>
	<b>Escuela para padres</b>	Adultos	<i>Crianza</i>
	<b>Terapia de pareja</b>	Adultos	<i>Dificultades emocionales</i>

Con la finalidad de brindar una atención integral y multidisciplinaria, también cuenta con los siguientes servicios:

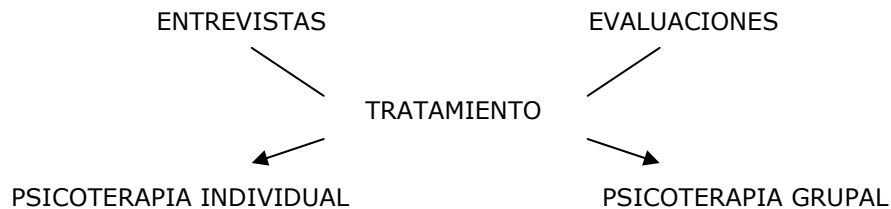
- Análisis Conductual
- Psicopedagogía
- Casa de Juego
- Terapia Grupal
- Terapia Familiar
- Trabajo Social
- Psicomotricidad
- Aprendizaje
- Música
- Ludoteca

- Pediatría
- Neurología
- Neurofisiología
- Geriatría
- Laboratorio Clínico
- Electroencefalografía

Se trabajó durante la residencia en la Clínica de Paidó II por lo que la experiencia profesional se realizó con un caso de esta área. La misma atiende a niños y niñas de 6 años a 12 años que llegan al centro con las siguientes sintomatologías:

- Problemas de insomnio, sonambulismo, pesadillas, terrores nocturnos
- Bajo peso, obesidad, anorexia y bulimia.
- Alteraciones en el estado de ánimo, infelicidad, apatía, desinterés, tristeza.
- Sentimientos de nerviosismo, ansiedad, miedo, preocupación, sudoración palmar.
- Problemas psicosomáticos: dolor de cabeza, estomacales, náuseas, erupciones en la piel, etc.
- Enuresis y encopresis primaria o secundaria.
- Problemas de inquietud, distractividad, inatención.
- Conducta sexual.
- Conducta agresiva, desobediencia, berrinches, fugas, robos, etc.
- Bajo rendimiento escolar.
- Pensamientos recurrentes y acciones repetitivas.
- Pérdidas físicas y/o emocionales.
- Autoagresión, mordeduras, accidentes, etc.
- Autoestima baja y dificultades de auto-aceptación.

El área de Paidopsiquiatría es la encargada de brindarle a los pacientes la primera atención cuando ingresan al centro y en caso de considerarlo derivan al área de Psicología, donde se realiza el siguiente proceso:



#### **1.4. PARTICIPANTES**

El proceso psicoterapéutico fue llevado a cabo con una niña de diez años y con sus padres. Cabe destacar que al finalizar el tratamiento la paciente contaba con 11 años, 6 meses. Asistía a tercer año de primaria regular al inicio del proceso. En cuanto a los padres, pertenecen a un nivel socio-económico bajo; el padre es desempleado desde hace algunos años y su nivel de escolaridad es primaria completa, mientras la madre es ama de casa y su escolaridad es tercer año de primaria.

#### **1.5. PROCEDIMIENTOS**

La primera entrevista con los padres se realizó el 01/09/04 y la primera entrevista de evaluación con la niña tuvo lugar el 08/09/04. El período de psicodiagnóstico duró desde esa fecha hasta el 10/11/04, en un total de siete entrevistas más la entrevista de entrega de resultados.

El tratamiento se inició el 17/11/04 con los padres a fin de trabajar durante un mes sobre el impacto afectivo del diagnóstico de déficit intelectual de su hija, para luego trabajar en forma conjunta en sesiones semanales de cuarenta y cinco minutos para la niña y sesiones quincenales de 50 minutos para los

padres. Se mantuvieron cuarenta y nueve sesiones con la niña y veinticuatro con los padres.

En cuanto a los honorarios, éstos eran reglamentados por la institución, donde tres sesiones tenían un costo de cuatro pesos al inicio y de cinco a la mitad del tratamiento.

Durante la psicoterapia se produjeron cinco interrupciones por los períodos vacacionales: dos en diciembre (tres semanas), dos en semana santa (una semana) y uno en julio (cinco semanas).

El proceso psicoterapéutico con la niña evolucionó en tres fases o etapas, mientras que con los padres se identificaron dos períodos: la negación y posteriormente la aceptación que promovió el cambio y el crecimiento, es decir, el más allá del déficit intelectual.

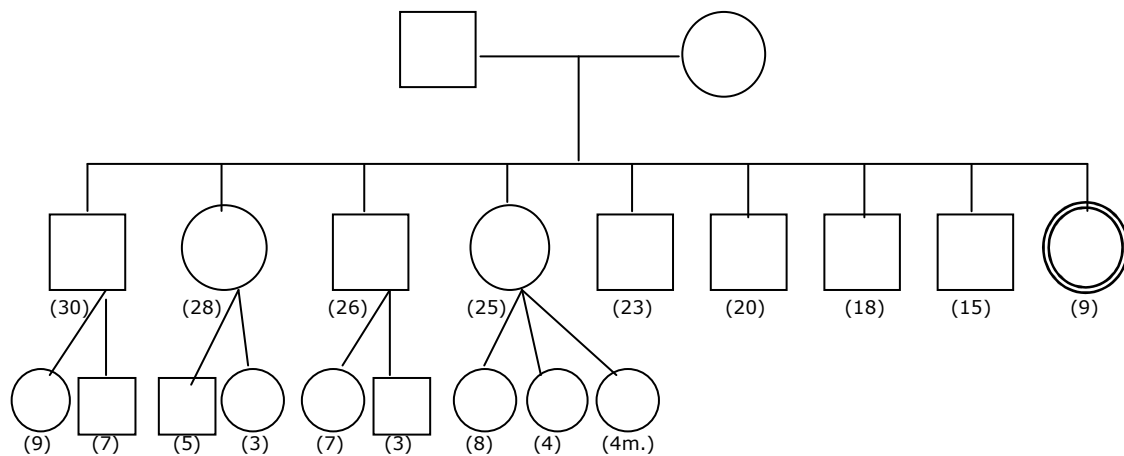
## 2. PRESENTACIÓN DE CASO

### 2.1. HISTORIA CLÍNICA

#### 2.1.1. Ficha de Identificación

Nombre	<i>Andrea</i>
Edad	<i>10 años</i>
Fecha de nacimiento	<i>Enero de 1995</i>
Escolaridad	<i>3º de Primaria</i>
Nombre de la madre	<i>Carmen</i>
Edad	<i>55</i>
Ocupación	<i>Ama de Casa</i>
Escolaridad	<i>Primaria Incompleta</i>
Nombre del padre	<i>Marcos</i>
Edad	<i>53</i>
Ocupación	<i>Desempleado</i>
Escolaridad	<i>Primaria Completa</i>

#### 2.1.2. Familiograma



### **2.1.3. Motivo de Consulta**

Los padres llegaron a la consulta psicológica derivados por el servicio de Paidopsiquiatría donde fue diagnosticada como Trastorno mixto del aprendizaje.

A la primera entrevista asistieron ambos padres y fue la madre quien manifestó el motivo de consulta: "Según la maestra..., pero no sabe leer, no retiene nada, se olvida. Escribe copiando, reconoce poco la "A" y la "E". Yo quisiera que leyera, no se le olvidaran las letras. En casa juega con los niños que hay ahí, sobrinos. La veo normal en eso, pero no aprende" sic.

Es decir que el motivo de consulta manifiesto es: Problemas de aprendizaje. No adquisición de lecto-escritura.

### **2.1.4. Descripción de la paciente**

Andrea es una niña de expresión inocente y risueña. Su talla y peso son adecuados para su edad aunque su aspecto personal es de una niña de menor edad. La actitud inicial es de timidez, especialmente al separarse de su padre cuando la trae a la consulta y al ingresar al consultorio; posteriormente mira más y utiliza su mirada como forma de expresión. Su lenguaje es escaso, limitado en contenido, usa frases simples y concretas, a veces no se le entiende, utiliza inadecuadamente los pronombres.

Su presentación es siempre en buenas condiciones de higiene y aliño, con vestimenta sencilla y cuidada, el cabello lo lleva siempre muy bien peinado (tarea que realiza su mamá).

De acuerdo a la conducta manifestada en las primeras entrevistas de evaluación la niña se presenta: observadora, detallista, esforzada, activa para

hacer cosas nuevas, perseverante si algo le llama su atención pero poco consistente cuando la tarea se le dificulta, especialmente en los tests que le exigen pensar, ampliar y expresar. Ella es agradable y sonriente en el trato.

### **2.1.5. Evolución de la problemática**

En cuanto a la historia de su problemática, se refirió que la niña ingresó al kinder con 5 años y fueron las maestras quienes les dijeron a los padres que presentaba dificultades en su lenguaje, "que no hablaba bien nos dijeron las maestras" sic. Madre; aspecto del cual ellos no se habían dado cuenta: "yo nunca noté nada, si le hubiese notado la hubiese traído" sic. Madre. Es atendida por CAPEP (Centro de Desarrollo Infantil de Preescolar) durante ese año y sin grandes cambios ingresa a primer grado.

Realizó primer grado en una escuela de la ciudad de México, como sus resultados fueron desfavorables repitió primer grado. En ese momento los padres la cambian de escuela y allí concluyó primero y segundo grado. La niña pasó de grados pero sin logros en el área de aprendizaje de lecto-escritura y de matemáticas. En segundo grado comenzó a recibir el servicio de USAER (Unidad de Servicio a la Escuela Regular), donde el papá manifestó "la apoyaban mucho" sic. Comienza tercer grado en una nueva escuela y aunque no aprende las letras y números "no la quieren ir rezagando, para no estar ella grandota. Otros niños se burlan, que no sabe leer, que soy burra, ella me dice" sic. Madre (angustiándose). Continúa diciendo: "Se retiraba de los niños, no participaba en nada, se sentía cohibida con esos niños. No es tímida en la casa" sic. Madre. El maestro actual "es enojón, se quería cambiar a la escuela anterior. Yo la veo jugando con otros niños, el maestro dice que sola" sic. Madre.

Actualmente, las tareas que realiza en la escuela son diferenciadas a las de sus compañeros, hace dibujos de su libro, escribe su nombre (el cual conoce de



memoria), escribe copiando palabras sencillas y números. Cuando a sus compañeros les toman evaluación su maestra le entrega la hoja pero no hace el examen "la maestra sabe que no sabe" sic. Madre.

En cuanto a la reacción de la niña ante sus dificultades, dice la madre: "ella se desespera porque no entiende, se olvida cuando está contando algo, le gusta la escuela pero se desespera porque no sabe leer, se le baja la moral" sic. Actualmente, continúa la madre, "como que se come las palabras, como que chiqueada, pero no porque la tengamos chiqueada, a veces no la entiendo y se queda pensando, esfuerza mucho su mente" sic.

Resultados Paidopsiquiatría:

- Trastorno de Aprendizaje
- EEG anormal
- Tx: CB2 200mg.

### **2.1.6. Historia Personal**

#### **Antecedentes prenatales**

Madre de 46 años al momento de la concepción refiriendo que ella "ya era grande" sic., y pensaron no tenerla; la doctora que atendía a la madre recomendó un aborto porque tenía una hernia abdominal avanzada pero sugiriendo que debía ser una decisión de ellos, por lo que los padres pensaron: "lo que Dios quiera" sic. Madre. Con respecto a la hernia, no presentó mayores dificultades durante el embarazo y éste se desarrolló de manera normal.

#### **Antecedentes perinatales**

La madre manifestó que al momento del parto llevaba a la niña en forma transversal, sin embargo éste se produjo de manera natural y según dice la madre: "se me pasó el parto" sic. La niña nació morada y su apgar fue de 4-5.

El mismo día y tras el parto operaron a la madre para ligarle las trompas de Falopio, aunque presentó confusión al decir que también le pusieron un dispositivo intrauterino. Debido a esta operación la madre vio a la niña al día siguiente y al consultarla a cerca de su primera impresión al verla refirió que la niña tenía una mancha roja muy grande que le abarcaba la frente y la nariz, si actualmente llora o hace fuerza se le nota.

### **Alimentación en los primeros años**

Andrea tomó pecho hasta el año de vida siendo acompañado por frutas y/o papillas a partir de los nueve meses. La aceptación de los nuevos alimentos fue adecuada en ese momento y continuó siendo así.

### **Desarrollo psicomotor**

Los padres refirieron edades de las pautas de desarrollo psicomotor adecuadas. La marcha se produjo a los once meses de vida de la niña.

### **Características del sueño**

El sueño, de bebé fue tranquilo, no se despertaba en las noches ni presentaba pesadillas. A la fecha continúa de ese modo sólo que ha aumentado el período de sueño desde que toma la medicación recetada por la psiquiatra infantil, incluso en ocasiones en que viaja un largo período en micro se queda dormida. Esta situación también se presentó en una sesión a la que llegaron muy temprano y la niña se durmió sobre su papá en la sala de espera.

### **Antecedentes personales patológicos**

Al ingresar a la institución la niña fue evaluada con un Electroencefalograma que indicó la presencia de signos de inmadurez. En el Instituto de Comunicación Humana en el año 2002 le hicieron estudios de lenguaje y valoración psicológica dando como diagnóstico Déficit Global Cognoscitivo; le recomendaron escolarización en educación especial.

### **Antecedentes heredofamiliares**

No se reportan.

### **Conducta durante la infancia**

Andrea era una niña de conducta tranquila, obediente, jugaba con muñecas. De bebé fue una niña que casi no lloraba. Los papás manifestaron que nunca les dio problemas, se adaptaba a las situaciones familiares y a lo que se le pedía.

### **Área sexual**

Los padres refieren que no ha mostrado conductas de interés sexual, que cuando era más chica a veces tocaba sus genitales, pero que actualmente no ha presentado ninguna conducta ni manifestación verbal sobre el tema.

### **Intereses y empleo del tiempo libre**

La madre manifiesta que a la niña le agradan las actividades manuales con papeles y otros materiales, que le gusta recortar, sin embargo estas actividades se limitan a las situaciones que se suscitan en la casa. No las realiza de manera periódica ni asiste a otra institución o actividad además de la escuela.

## **2.1.7. Historia Familiar**

### **Dinámica Familiar**

Andrea es hija del matrimonio del señor M de 52 años, desempleado y escolaridad primaria, y de la señora C de 55 años, ama de casa y escolaridad tercer grado de primaria. Es la menor de 9 hermanos.

Los padres son quienes tienen mayor relación con la niña por la cantidad de tiempo compartido con ella. Con la madre hace las tareas que le dejan en la escuela, la mamá le explica y hace que copie letras y además a veces le da

actividades en el hogar como barrer o arreglar su cama. El padre es quien la lleva a la escuela, al médico y a la institución.

Con los cuatro hermanos con los que convive, la relación es distante, además de las diferencias de edades casi no están en la casa ni con la niña porque trabajan en el día. El tiempo compartido es muy poco y de tono desafectivizado, los hermanos casi no dialogan con Andrea y se dirigen a ella para regañarla, pegarle o manifestar celos respecto a los padres. Con los hermanos casados, mantiene muy poca relación, los padres no reportan datos respecto a lo que ellos opinan o piensan de la niña. Es con los sobrinos, especialmente con las sobrinas con las que juega cuando van a la casa, tres de ellas van a diario.

Los padres manifiestan llevarse bien, sin embargo en las entrevistas de evaluación se observó casi nula interacción entre ellos; cuando el padre hablaba la señora miraba hacia otro lado y mientras la madre tomaba la palabra y explicaba temas del desarrollo de la niña el padre miraba una carpeta con papeles que traía (estudios e informes de Andrea).

En cuanto a la relación de los hermanos con los padres la comunicación es en tono de reproche por haber tenido a la niña de grandes e insistiendo en que "ella es así porque los papás la han "chiqueado"" sic. Madre. Según comentan los señores, los hermanos solteros son quienes trabajan y cooperan para el sustento familiar ya que el padre está desempleado desde hace 6 años. Antes trabajaba en restaurantes como mesero y actualmente tiene un taxi y un chofer que lo trabaja recibiendo un monto diario de doscientos pesos.

Andrea comparte la habitación con sus padres, duerme en una cama sola "muy separada de nosotros" sic. Padres. Se duerme a las 23hs. y se levanta a las 11hs. de la mañana.

## 2. PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO

En la primera etapa se realizó un psicodiagnóstico completo de siete sesiones.

### 2.1. Técnicas Utilizadas

- Entrevista para padres y para la niña
- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender
- Escala de Inteligencia Revisada de Wechsler (WISC-R)
- Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz y Machover
- Test del Dibujo de Casa, Árbol, Persona de Buck (HTP)
- Test del Dibujo de la Familia de Corman
- Test de Apercepción Temática para Niños de Bellak (CAT-A).

### 2.2. Resultados de la Valoración Psicológica

- **Área Perceptomotora**

Resultados del Test de Bender

	INDICADORES DE MADURACIÓN
	<b>Figura A</b>
1a	Distorsión de la forma
3	Integración
	<b>Figura 1</b>
4	Círculos por puntos
6	Perseveración
	<b>Figura 2</b>
9	Perseveración
	<b>Figura 4</b>
13	Rotación
	<b>Figura 5</b>
16	Rotación
	<b>Figura 6</b>
18a	Curvas sustituidas por ángulos
20	Perseveración
	<b>Figura 7</b>
21b	Distorsión de la forma
22	Rotación
	<b>Figura 8</b>
24	Distorsión de la forma
25	Rotación
<b>Total</b>	<b>13 indicadores</b>

INDICADORES EMOCIONALES
Línea ondulada
Tamaño pequeño

La niña presenta un nivel de maduración inferior al que corresponde a su edad cronológica, encontrándose comparada con niñas de 5 años según su puntaje.

Cinco de los indicadores que presenta en el Test de Bender son altamente significativos de daño neurológico para su edad según los parámetros de Koppitz. Para población mexicana se encuentran tres indicadores altamente significativos de daño neurológico a partir de los siete años y dos altamente significativos en cualquier edad. Los datos anteriores se correlacionan con los resultados electroencefalográficos y lo confirman.

La niña presenta inmadurez en sus habilidades visomotoras por lo que se le ha dificultado en gran medida el aprendizaje de lectoescritura y de nociones escolares básicas que permitan integrarse al sistema educativo común.

- **Área Intelectual**

Resultados de WISC-R

	Puntaje Natural	Puntaje Normalizado	CI
<b>Escala Verbal</b>			
Información	1	1	
Semejanzas	2	1	
Aritmética	3	1	
Vocabulario	6	1	
Comprensión	0	1	
Retención de Dígitos	0	1	
<b>Escala de Ejecución</b>			
Figuras incompletas	9	4	
Ordenamiento de dibujos	1	1	
Diseño con cubos	3	1	
Composición de objetos	7	3	
Claves	29	7	
Laberintos	6	2	
<b>Escala Verbal</b>		<b>5</b>	<b>45</b>
<b>Escala de Ejecución</b>		<b>16</b>	<b>55</b>
<b>Escala Total</b>		<b>21</b>	<b>44</b>

La evaluación de la escala de Wechsler presentó un CI de 44 para la Escala Total, de 45 para la Escala Verbal y de 55 para la Escala de Ejecución ubicándose, de esta manera, en el rango de Deficiencia Mental en todas las escalas.

Del análisis de las funciones cognitivas se le facilitan funciones de memoria a corto plazo, memoria visual, imitación y asociación, indicando que si bien la capacidad para el aprendizaje es limitada puede aprender a través de estímulos visuales que se repitan de forma secuencial y reiterada permitiendo las asociaciones para recordar en lapsos cortos de tiempo.

El aprendizaje por imitación le ha permitido el reconocimiento y copia de algunas letras y números, además de desenvolverse socialmente en su ambiente con comportamientos adecuados para su nivel madurativo. La niña ha podido realizar aprendizajes de comportamientos adecuados en situaciones sociales y hogareñas.

El factor de distracción medido en esta prueba indica que su proceso de aprendizaje no se ve afectado por la disminución de su nivel atencional.

Para todos los seres humanos, los aprendizajes se logran a partir de asociar elementos; por ello, el que a la niña se le facilite en cierta medida esta función refiere a la idea de que una educación individualizada por medio de un programa de condicionamiento con reforzadores continuos en un principio y luego intermitentes sería el sistema adecuado para lograr un cambio positivo en el aprendizaje y en la vivencia de su propia valía.

- **Área Psicológica**

En cuanto a lo psicológico las pruebas indicaron:

### **Autoconcepto**

El dibujo de la figura humana podría indicar la disminución de la valoración de sí misma por el tamaño pequeño de la figura y la indiscriminación de los sexos. En el test de la Familia el hecho de no dibujarse indicaría las dificultades para reconocerse a sí misma como perteneciente a un grupo. Esta situación se manifiesta en su familia, donde los miembros presentan dificultades para reconocerla con sus necesidades especiales. Sumado a esto, el esquema corporal propio se encuentra desintegrado, sin reconocimiento de sus partes, incluso sin información de su edad cronológica.

### **Relaciones interpersonales**

Se relaciona con personas mayores a ella y adultas, con quienes la interacción es asimétrica, la niña actúa en función de lo que le mandan y busca la instrucción del adulto; presenta pocas situaciones de flexibilidad para tomar decisiones y ejercer algún comportamiento que implique responsabilidad.

La relación con sus hermanos es muy limitada y a veces hostil, la niña no reacciona ante las molestias y regaños, no se defiende ni busca argumentos que la ayuden a confrontar.

En la casa se relaciona con sus sobrinos que son niños menores a su edad; con ellos juega y puede relacionarse adecuadamente. No tiene amigos de su misma edad.

En la escuela no se relaciona con sus compañeros, permanece sola dentro del salón, sin interacciones de cooperación con los niños, se le asignan actividades distintas que la diferencian y la aíslan. Lo mismo ocurre en los recreos o actividad física, no se integra ni la integran en los grupos.

### **Manejo, control y expresión de las pulsiones, emociones y afectos**

Hemos observado en las actividades de evaluación algunos episodios de poca tolerancia a la frustración que la hacen querer terminar la tarea de inmediato,



posiblemente como un intento de negar sus dificultades y evitar la angustia, así su capacidad de espera y dedicación disminuyen notablemente. De esta manera, podemos manifestar que las situaciones ansiógenas producen en ella una disminución en sus conductas de afrontamiento; aparece la inhibición y el no poder aprender ni recibir más experiencias del medio. Probablemente estas reacciones estén establecidas como un sistema defensivo ante la frustración constante, sus dificultades y la negación familiar.

En cuanto a la expresión de sus afectos lo hace de manera corporal con abrazos y miradas, y con expresiones que refieren a modos de expresión propios de una niña de menor edad.

### **Características del pensamiento**

La niña se desenvuelve con un pensamiento concreto y muy limitado en contenidos. Ellos suelen girar en torno a sus experiencias vividas en el hogar y tareas simples de dibujos y juegos con muñecos.

El contenido es poco claro y el curso del pensamiento es lineal pero sin orientación temporal debido a que no sabe fechas ni comprende nociones de semanas o meses.

### **Nivel de madurez**

Como se mencionó anteriormente, la niña presenta inmadurez visomotora, sin embargo en el Dibujo de la Figura Humana se encuentra en el nivel normal de maduración.

El pensamiento y la comprensión son menores a su edad cronológica, se encuentran alrededor de los cinco años. Presenta comportamientos y actitudes de una niña más pequeña, su tonalidad afectiva también se ve caracterizada por este indicador.

### **Principales áreas de conflicto**

Las dificultades se centran en el área intelectual y por lo tanto en su desempeño académico. Este indicador se desplaza a otras áreas que funcionan complementariamente, como las ya mencionadas áreas psicológica, interrelacional y social.

### **Recursos**

La niña posee recursos conductuales importantes que al ser estimulados adecuadamente generarán avances en su conocimiento y manejo de su entorno. Es una niña muy dedicada y concentrada en una actividad, especialmente cuando son de tipo práctico, resuelve problemas sencillos del ambiente por su constancia y empeño, discrimina adecuadamente los elementos necesarios en estas situaciones y tiende a relacionarse con quién se encuentra acompañándola en esos momentos, puede pedir ayuda y aprender de sus modelos.

### **2.3. Impresión Diagnóstica**

A partir de la evaluación psicodiagnóstica realizada se concluye que la niña presenta retraso en el desarrollo de las funciones cognitivas (funciones yoicas), implicando el lenguaje y otras conductas que afectan el establecimiento de relaciones interpersonales.

En términos diagnósticos se trata de un Déficit Intelectual. Según los criterios del DSM-IV es un Retraso Mental Moderado (CI entre 35-40 y 50-55) ubicándose en la categoría F71.9.

Los padres presentan ansiedad, confusión y pocas posibilidades para reconocer las dificultades de la niña y aceptar el diagnóstico.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1. Tratamiento**

El diagnóstico individual y familiar requirió de la elaboración de un modelo de intervención específico.

El método utilizado con la paciente constó de una estrategia psicoeducativa constituida por programas cognitivo-conductuales que tendieron a desarrollar habilidades de autocuidado, habilidades de rutinas para el aprendizaje, habilidades cognitivas y socio-emocionales. Ellos fueron aplicados de forma semanal en sesiones de 45 minutos mediante el principio de encadenamiento para alcanzar las conductas meta. Las intervenciones fueron estructuradas y dirigidas al inicio y luego se fueron flexibilizando según la motivación, intereses e iniciativa de la paciente. El juego se empleó en un primer momento, como técnica de exploración y desarrollo intelectual; luego permitió abrir un espacio para la comunicación interpersonal y la expresión de necesidades de índole psicológica. También se utilizó un sistema de reforzadores conductuales que permitirán la adquisición de las conductas y su posterior generalización al ambiente natural.

El abordaje con los padres se realizó desde el modelo de la psicoterapia focalizada con escucha analítica. El objetivo de esta intervención es la elaboración del duelo que este diagnóstico ha generado en ellos. Se pretende que los aprendizajes de la paciente sean desarrollados y reforzados en el hogar, por lo que también se orientará a los padres en la aplicación de los mismos. Desde este marco, se trabaja en la orientación para la canalización a un Centro de Atención Múltiple.

## **3.2. Análisis del proceso psicoterapéutico**

### **3.2.1. Fases del tratamiento con la paciente**

#### **3.2.1.1. Primera Fase: de la 1° a la 8° sesión.**

Durante este período se realizaron programas cognitivo-conductuales con el objetivo de estimular el aprendizaje. Los temas trabajados fueron:

- colores, formas, tamaños
- ubicación espacial
- identificación de objetos-láminas
- apareamiento
- clasificación
- reconocimiento de emociones
- expresión y reconocimiento de sus emociones

Todos los programas psicoeducativos fueron superados continuamente por la niña, produciendo nuevos aprendizajes que en forma de encadenamiento la llevaron a adquirir diferentes nociones cognitivas como las de color, tamaño y forma, y de diversas habilidades: identificación, ubicación, apareamiento, clasificación.

Paralelamente se presentaron cambios en aspectos psicológicos y de relaciones intersubjetivas:

- reconocimiento de emociones
- identificación de sus emociones
- interés por las cosas – actitud
- apariencia
- lenguaje
- comunicación – “diálogo”
- “diálogo sobre sí misma”

- motivación
- valoración de sí misma

A partir del concepto de Déficit Intelectual anteriormente desarrollado, y de la catalogación de "educable" que se le brinda a su déficit, podemos concluir que la niña ha desarrollado habilidades en todas las áreas mencionadas, incluso ha superado aspectos de índole psicológica.

Su yo se ha desarrollado y enriquecido, predomina el proceso secundario (temporalidad, diferenciación, exclusión, etc.) y dispone de más recursos para adaptarse a la realidad.

Además, a partir de la voluntad y tenacidad puestas en juego ha mejorado su capacidad de espera y tolerancia a la frustración, indispensables para el aprendizaje.

### **3.2.1.2. Segunda Fase: de la 9° a la 17° sesión**

Permite pasar a esta etapa una sesión de juego con la familia que se llevó a cabo con la niña, ambos padres y una sobrina de 4 años que "ocasionalmente" estaba con ellos. Durante esta sesión pudimos observar la dinámica familiar general: escasa interacción con la niña, no se reconoce su trabajo, se pone de manifiesto sus deficiencias, especialmente con componente discriminatorio, la sobrina en varias ocasiones mencionó: "Andrea no sabe las letras" y miraba con una sonrisa despectiva a los abuelos y a la terapeuta, destacando las carencias de la niña. Los padres mantuvieron silencio, significando que la sobrina estaba develando el clima familiar de angustia ante las dificultades de la niña.

Realizando una re-lectura del caso, y desde una perspectiva psicoanalítica, perspectiva que ha permitido explorar la misma Andrea, podemos pensar que

la niña ha desarrollado temor frente a la angustia que viene de los padres, especialmente como dice Mannoni (1987), que el niño en sus síntomas no hará más que hacer "hablar" a la angustia materna, por la conformación en un solo cuerpo del niño retardado y su madre y la confusión del deseo de uno con el otro. La angustia de los padres, de toda la familia y la propia angustia han dado paso a una *inhibición intelectual* como *síntoma secundario*. Es decir, que secundariamente a su déficit intelectual surge una inhibición como síntoma. La inhibición en la niña, según Freud enuncia en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926, p.85), "*es una limitación funcional del yo, por lo tanto de sus procesos cognitivos y del lenguaje*", y ambos afectando a las relaciones con los otros.

Silvia Bleichmar (1999, p. 83), menciona que la inhibición, "*es el interjuego entre angustia, yo y represión: la inhibición es el producto de la contracarga del yo hacia el Ello o el inconsciente en el ejercicio de la represión a fin de evitar un conflicto*". Y agrega más adelante, "*la inhibición no es sino un resultado, el producto observable, fenoménico, de la peculiar forma en que la transacción entre los sistemas se organiza a fin de que no aparezca la angustia*". En Andrea, la represión actuaba fuertemente en ella como en su familia y de esta manera sus capacidades limitadas se encontraban aún más inhibidas. La niña se presentaba como inmadura, dócil, dependiente, pequeña, "chiqueada" dicen los hermanos; más deficiente de lo que en realidad son sus capacidades.

La inhibición intelectual que estaba sucediendo en la niña, pudo observarse a partir del trabajo individual psicoeducativo donde apreciamos logros en el aprendizaje de nociones que no habían podido ser adquiridas con anterioridad; la niña además de tener un espacio y un tiempo, es reconocida, valorada, tenida en cuenta como persona con capacidades y potencial para aprendizajes que le son posibles, que están dentro de su abanico de posibilidades.

De esta manera, podríamos pensar, a modo de hipótesis, en la significación que ha producido esta relación intersubjetiva con alguien que la mira diferente,

le propone metas y posibilita logros, como si se tratase de una relación especular donde puede descubrirse y crecer a partir de la mirada sostenedora del otro. Este descubrirse hace que la represión secundaria, se vaya levantando y vaya dando paso a la angustia que antes no se permitía. Como manifiesta S. Bleichmar (1999, p.84) al hablar de la angustia, *"la represión secundaria tiene por objeto evitar su aparición"*. Y continúa, *"la inhibición, como empobrecimiento funcional efecto de la contracarga del yo, no es un proceso originario, sino secundario -neurótico- a la represión originaria, y producto de la represión secundaria"*.

Por ello decimos que la niña se maneja con mecanismos neuróticos, y con funciones del proceso secundario, posteriores a la represión secundaria, y que su inhibición intelectual fue un síntoma secundario a su déficit intelectual para reprimir la angustia ante la falta.

A lo largo del proceso se ha ido pasando de una etapa de estructura con tareas definidas y consecutivas a una etapa de menor estructura, donde se abren espacios para el juego de la niña, espacios de estar consigo misma en una situación de creación, y a la vez espacio para estar con el otro en una relación constructiva y de intersubjetividad. Es a partir de ese espacio que comienzan a surgir sentimientos diferenciados: tristeza por no tener amigos, por no aprender, enojo cuando se derrumba la ilusión de completud que los papás le proporcionan al comprarle todo lo que pide, sentimientos de hartazgo de unos papás que piden esfuerzo a sus limitaciones, que le exigen leer cuando ella misma les dijo "no puedo", y manifestó su angustia.

Cité en una ocasión, sólo a los padres a una sesión y concurren con Andrea, quien se niega a quedarse afuera desafiando a los padres. Ellos no pueden afrontar ni manejar la situación por lo que decidí trabajar con los tres y abordar lo sucedido. Al trabajar este punto surgen diferencias en la pareja. Luego se abordan necesidades de la niña y en las pautas de relación con ella y Andrea puede manifestar que en la escuela "me siento sola", luego "no tengo

amigos" y que esto la pone "triste". Ante estas palabras tan importantes que pudo manifestar la niña, los padres defensivamente dicen que siempre la ven jugando y con otros niños. La niña insiste en su sentimiento de tristeza y nuevamente los padres niegan tratando de imponerle a la paciente la idea de que tiene amigos.

En este punto de su proceso psicológico se encontraba Andrea, dándose cuenta de que hay un mundo interno en ella, descubriendo que siente, piensa y se conduce de diversas maneras, que siente angustia y otras emociones; pero sobre todo lo más importante, que estas cosas las puede hacer y que revisándolas se siente mejor, más contenta e independiente respecto a sus sentimientos.

### **3.2.1.3. Tercera Fase: de la 18º a la 43º sesión**

En la *18º sesión*, la primera luego de 5 semanas de vacaciones, observé a la paciente muy contenta, platicadora e interactiva conmigo; su modo de expresión y frases fueron más largos y claros. Expresó estar "feliz de estar aquí" sic. En esta sesión habló sobre su Primera Comunión, el festejo y la satisfacción que sintió, lo que interpreté como autovaloración por lograr una meta igual que otros niños y sus sobrinas, situación diferente a lo que sucede en la escuela. También mencionó que la iban a cambiar de escuela y que le costaría este cambio.

En las dos sesiones siguientes la niña utilizó bloques y su juego se basó en la copia de modelos de construcción, lo cual pienso que se relaciona con la construcción de su imagen siguiendo modelos, los sociales y los modelos que encuentra en el mismo espacio terapéutico. También lo interpreté con la imagen que los padres tienen de ella en este momento de cambio escolar y sobre todo familiar. Trabajamos, además, aspectos del cambio de escuela, la información que maneja y los sentimientos que surgen en ella. La niña



manifestó: "me gusta esa escuela" sic., y respecto al cambio dice estar "contenta" sic.

Luego se produce una etapa de 4 sesiones donde la paciente cambia su estilo de juego estructurado y se adentra en la experiencia de contenidos más libres, expresivos y de cierto grado de simbolización.

Primeramente elige dibujar y lo hace en el piso, sobre el tapete, utilizando acuarelas y diamantina, materiales que nunca había explorado. Éstos y el contexto que elige la muestran con mayor libertad, capacidad para elegir, rapidez para definir un objetivo y aumento de la expresión simbólica. Dibuja lo mismo que en ocasiones anteriores: una casa.

Es importante destacar que a nivel de función ejecutiva se ha dado un desarrollo importante, ya que logra dirigir sus acciones en base a un objetivo que eligió de modo claro y adecuado. Este aspecto también me lleva a formular un crecimiento en la autonomía y con ello, en la valoración de sí misma; al decidir prontamente por una actividad y el modo de realizarla que desea y le gusta. En otras ocasiones, Andrea era bastante sigilosa al escoger un material y siempre buscaba la mirada referencial y aprobatoria del terapeuta.

En esa sesión, también se produce expresión verbal y comunicación, Andrea cuenta: "tengo una amiga en la escuela... Monse..." sic., describe que platican y que se siente "feliz" sic., por ésta experiencia. Experiencia que es la primera vez que surge..., amistad... Andrea ha logrado hacer una amiga y este hecho es significativo en su desarrollo psicosocial.

En otra sesión la niña toma unos muñecos que comienza a manipular generando un contexto de interacción, entonces comienzo a ponerle palabras a esa interacción; incorpora la comidita y se va dando una situación de juego. Ella continúa la interacción y comienza a imitar el modelo de diálogo y de

“como sí” que voy produciendo. Al poco tiempo ya no encuentra más recursos propios e imitativos y permanece en silencio sólo siguiendo lo que le propongo. Continuó comentando sobre el aumento de relaciones sociales en la escuela: “tengo dos amigas..., Monse y Lupita...” sic. Andrea.

Quisiera proponer la idea de que en esta sesión se representó la situación de amistad y comunicación que ella conlleva. Seguramente el nivel de interacción ha aumentado en el exterior y en las sesiones se ponen a prueba como entrenamiento de las habilidades de socialización y comunicación.

En la siguiente sesión le propuse jugar con la casita a fin de promover el movimiento que se venía desarrollando. Comienza a manipular los muñecos, la sigo y le voy preguntando qué sigue y cómo se relacionan los personajes, etc. Es así que se desarrolla una historia de hermanos que hacen cosas de la vida cotidiana en la casa. Los elementos expresivos son pocos y le cuesta pensar y proponer algo imaginativo, sin embargo lo relevante es que estos elementos ya se van generando y ensamblando. Este juego fue muy breve, no pudo estructurar una historia completa y ante la ansiedad pasó a los juegos estructurados que siempre prefiere, como si con ello anulara la inseguridad surgida.

Este período de juegos con contenidos simbólicos, permite el paso a un nuevo material de juego... “el arenero”. Aunque siempre estuvo allí, un día lo “descubrió”, y se convirtió en una gran experiencia sensorial que le permitió contactarse con sus sensaciones corporales, su cuerpo comenzó a tener relevancia para ella, un cuerpo completo, sin fragmentación, que siente la arena con las manos y al mismo tiempo con la piel, con ese órgano sensorial que abarca todo su ser. En términos de Freud, la niña erogeniza el gran órgano de contacto y con ello todo su cuerpo. El cuerpo que había comenzado a cambiar ahora se integra y se siente más niña en crecimiento, prontamente púber. Cuerpo que se relaciona y establece interacciones y comunicación con los pares.

El arenero permite abrir un nuevo espacio en la vida interna de la niña. Se siente fascinada por la arena y el agua entre sus manos. Puede expresar muchas emociones; trabajamos las sensaciones corporales y los contenidos del juego van enriqueciendo su vocabulario y expresión. Genera un amplio abanico de adjetivos: suave, rico, húmedo, feliz, emocionada, "lindo en el corazón (se toca)" sic.

El arenero, además de permitirle integrar sensaciones corporales, posibilita la toma de conciencia de emociones relacionadas con los sentidos y por lo tanto de la experiencia afectiva interna. Veo al arenero en su proceso como la representación de la contención y el espacio de incorporación que también se está produciendo en sus aspectos psíquico, escolar y familiar.

En las subsecuentes dos sesiones aprecié un avance en el desarrollo de las capacidades lingüísticas, expresivas y psíquicas para "darse cuenta" de las interpretaciones ya que asiente a ellas y puede decir respecto a la relación con sus papás: "ahora platican conmigo" sic. También se la va observando más grande en su aspecto personal, su ropa es más de niña y trae temáticas femeninas respecto a su arreglo personal y los accesorios que le agradan y compra. También conversa de la escuela: "me gusta", y dice sentirse "feliz" sic.; habla de que le interesan las tareas que le dan y de las interacciones que mantiene con sus amigas.

También la fui observando más alegre y expresiva en el saludo de ingreso al consultorio, me mira a los ojos y me da la mano con una sonrisa. Antes se limitaba a quedarse atrás de su papá mientras él me saludaba y ella luego entraba.

En la *sesión 28* llega muy contenta y saludando sonriente, se sienta y comienza a conversar. Le observé una actitud relajada. Mantuvimos el diálogo durante toda la sesión, donde ella puede contar muchas cosas de sí, de su escuela y de su familia. Mostró un incremento en la iniciativa para el diálogo,

aunque igualmente se mantiene la conversación con preguntas y guías. En un momento observa una casa que se ve a lo lejos por la ventana del consultorio y con ello se abre la posibilidad a la creación e imaginación de una historia que desarrolla sin dificultades: allí vive una señora con sus padres, la señora está cocinando y atiende también a sus padres que ya son mayores. La señora se siente feliz de vivir allí, de tener esa casa y de cuidar a sus padres.

En esta sesión se marcan dos hechos importantes: la conversación y el uso de la imaginación, ambos aspectos, traídos por primera vez y de reciente desarrollo. Me entusiasmó mucho pensar en las nuevas posibilidades cognitivas y psíquicas que se abrían en Andrea, considero que aquí se consolida la simbolización.

El contenido del cuento, son proyecciones de deseo interno, donde puede elaborar su propia situación y rol familiar futuro. Paralelamente los padres se están preguntando por el futuro y sobre los cuidados que la niña necesitará cuando ellos no estén. Al contrario, ella puede verse fuerte y contenedora.

*29º sesión:* La paciente llega con el claro deseo de conversar. Ésta vez lo hace respecto a sus hermanos, con los que pelea; sus sobrinos, con los que juega; sus sobrino bebé, al que carga y le da afecto; de sus amigas y del novio de una de ellas, de que se dan besos y a ella eso no le gusta. Su actitud aquí fue típica de un desarrollo psicosexual de interés hacia el otro sexo más, sin embargo, de vergüenza y rechazo.

La observé más hábil lingüísticamente, con menos olvidos, mayor número de palabras en las frases y posibilidad de expresión emocional. Se le muestran estos cambios y la niña dice sentirse feliz con ellos.

Durante tres sesiones más se repite esta iniciativa e intensidad de diálogo durante toda la sesión. Continúa incrementándose su habilidad comunicativa y se aprecia mayor interés por el interlocutor; ella también hace preguntas, se

compara. Trabajamos la transferencia positiva en relación a estos cambios y su crecimiento.

Luego del regreso de vacaciones de diciembre, se da un período en el que la paciente elige con actitud propositiva juegos estructurados donde el significativo es la competencia y sus ansias de ganar; interpretándose en relación a sus deseos de logro y triunfo que ahora conoce y ha experimentado al tener buenos resultados escolares, sociales y familiares. Trabajo estas características que tienen relación con el desarrollo positivo de la autoimagen y autoestima.

También intervengo respecto a su espontaneidad para el juego, las propuestas que realiza en cada sesión y con ello sobre su capacidad para elegir, sus intereses y autovalía. Andrea puede asentir ante las interpretaciones respecto al cambio de autoconcepto que ha desarrollado.

Con todo esto, puedo decir también que la niña se va consolidando en su independencia y autonomía. El lenguaje y comunicación continúa desarrollándose con gran fluidez y uso de frases completas. La interrelación conmigo va en aumento por lo que la transferencia positiva se interpreta como el "motor que hace caminar y, en ocasiones correr" a Andrea, en el sentido figurado que la moviliza y la lleva a un espacio social de expresión.

Hacia el final de este período de siete sesiones, los juegos de competencia llevaron a visualizar más detenidamente las reglas y normas ya que se observa una interacción de cumplimiento - desafío - engaño de ellas en un juego. Esto lo puede relacionar con situaciones de desafío a los padres en situaciones hogareñas: no quiere hacer su cama, no le ayuda a la madre cuando ésta se lo pide. La actitud de Andrea al relatar estos episodios es de desafío y cierto goce por los mismos. Puedo pensarlo como una rebeldía puberal, pero también en el sentido de estar más discriminada de los padres, diferenciada de su deseo, según el concepto lacaniano.

El engaño tiene que ver con el darse cuenta de lo que le hacen sus sobrinas en los juegos, según refirieron los padres; quienes también han ayudado en su comprensión, ya que la niña no lograba entender la naturaleza del engaño.

En un corto período de dos sesiones se dieron elementos de gran significancia en el proceso, aunque los contenidos fueron diferentes.

En una sesión la niña comenta que cuando se quedaba sola en la casa (sin los padres pero con un hermano), porque sus padres asistían a terapia, se sentía "a gusto" sic., y que veía la tele y hacía sus tareas en la casa. Al inicio ella lloraba muchísimo, se salía y seguía a los padres o incluso les gritaba groseramente por la ventana porque la dejaban. El logro de este reconocimiento de sí misma hace que consolide su sentido de individualidad e independencia, como también observamos en lo siguiente.

En la misma sesión inventa un cuento corto durante la conversación: "...un niño no comía lo que su mamá le daba..., le gustaban los tacos..., comía tacos... y era feliz..." sic. Andrea.

Durante las siguientes sesiones, pasa a elegir como material de juego las masas para modelar, y lo hace en el suelo sobre el tapete.

En la *41<sup>o</sup> sesión*, primera de este lapso, el ambiente se percibía de gran tranquilidad y armonía, estábamos en silencio modelando la masa. En eso comenzó a susurrar una canción y la sorpresa fue mía al oírla, me llené de emoción, nunca lo había hecho y sentí que Andrea estaba mostrando otra dimensión de ella: la parte sensible y espiritual de ella misma! Y digo "de ella misma" refiriéndome a ese espacio de vida interna y privada que estaba compartiendo en sesión. Entonces dejé que continuara y fue elevando el tono de voz hasta que pude darme cuenta cuál era la canción: "nada de esto fue un error..., oh, oh, oh!...". Cuando se quedaba callada yo continuaba cantando la canción y así se dio como un diálogo cantado, ella seguía lo que yo dejaba

también, incluso llegamos a hacer el corito juntas. ¡Fue una experiencia muy grata!

Trabajamos sobre la frase de la canción y lo relacionamos con el espacio terapéutico y el proceso que tanto ella como los padres han llevado y le ha ayudado a crecer, en comparación con otras instituciones a las que habían consultado y no pudieron trabajar.

Además, esa canción que es de adolescentes-jóvenes, va mostrando su crecimiento y ubicación más adecuada en su etapa de desarrollo; ya quedaron atrás las canciones de Disney que escuchaba. Ahora, también, le gusta poner la radio en estaciones juveniles, según reportan los padres.

En la sesión siguiente, continúa con la actividad de plastilina con que terminó la sesión anterior y vuelve a cantar la misma canción; la sigo desde el principio, esto acompañado de risas y cierta picardía por la complicidad y recordar la sesión pasada. Hablamos de la música, de los cantantes que le gustan y de la posibilidad de tener discos propios, ya que los que escucha son del hermano y cuando los pone él. Esto con el fin de favorecer su independencia y transitar hacia otro tipo de objetos de consumo, más propios de la pubertad, ya que siempre compra ropita para las muñecas.

Continuamos desarrollando la expresión cantada en dos sesiones más; pero esta vez surgen nuevas canciones e incluso cosas que nos decimos cantaditas respecto a lo que estamos haciendo con la masa. Mientras tanto continúan los juegos con plastilina, aunque ya modelando. Primeramente marcaba moldes, luego copiaba y posteriormente va permitiéndose crear e imaginar formas, caritas con emociones de alegría y tristeza.

La continuidad en los contenidos de sus trabajos con masa, denota la activación de su memoria y las habilidades de secuenciación, ya que

comenzaba con el muñequito u objeto que había dejado la semana anterior, esto nunca se había presentado así.

En otra sesión surgió un indicador más de espontaneidad incluyendo un cuestionamiento por las formas: cambia la mesa de posición. Esto nos llevó a trabajar sobre las muchas posibilidades que existen para las cosas y para ella misma. Luego realiza un dibujo notablemente diferente en las posibilidades cromáticas.

### **3.2.2. Fases del Tratamiento con los Padres**

#### **3.2.2.1. Primera Fase: de la 1º a la 13º sesión**

Los puntos tratados en estas sesiones fueron:

- dificultades irreversibles, pero mejorables
- CAM: Centro de Atención Múltiple
- trabajo de apoyo en el hogar
- necesidades especiales de la niña
- relaciones fraternas y filiales
- manejo de berrinches, puesta de límites
- tareas en el hogar

El diagnóstico recibido por los padres (trabajado como dificultades irreversibles, pero mejorales) viene a confirmar lo tan temido y resistido, la angustia ante la incompletud de la hija. Este esclarecimiento los ubica ante una pérdida, la pérdida que significa la muerte de la niña sana, completa, inteligente, linda y tal vez algo perezosa. El diagnóstico produce un impacto en el mismo narcisismo de los padres constituyéndose en la herida de éste. El padre ante la esperada entrevista de devolución, espera algo, pide un halago, un reconocimiento a un yo fuerte y hermoso, dice al ingresar al consultorio: "a



ver qué regalo nos tiene..." sic. Con ésta frase el papá quiere mantener el narcisismo, y en su fantasía, la omnipotencia de su propia completud como padre que ha procreado a una niña sana, entera, sin faltas.

Sin embargo, en esa entrevista no recibe lo esperado, recibe la confirmación de las limitaciones de su hija, y estas limitaciones producen una herida a su capacidad como varón que engendró una niña con déficit luego de varios varones sanos, una herida a su yo, una herida al narcisismo. Algo se ha perdido, algo que desde el momento del nacimiento se perdió cuando la madre dice "se me pasó el parto", se pasó, se perdió el tiempo de madurez.

El depositar la vida de la niña desde el vientre materno en las manos de Dios, "lo que Dios quiera" ante un embarazo de riesgo, produce también una herida al narcisismo, donde ese ser omnipotente, perfecto al que se ama de manera narcisista como objeto que fue parte del sí mismo propio, les dio una hija con deficiencias.

Freud manifiesta en *Introducción al narcisismo* (1914, p.88) que, "*la actitud de los padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio ... La sobrestimación, marca inequívoca que apreciamos como estigma narcisista ya en el caso de la elección de objeto, gobierna... ese vínculo afectivo*". Y agrega: "*Así prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones ... y a encubrir y olvidar todos sus defectos*". Los padres de Andrea se manejan en este encubrimiento de las imperfecciones, negando lo que no posee, lo que le falta a fin de mantener la idea de completud e idealización de la hija.

Lo malo, lo desagradable, lo defectuoso no está permitido en la niña, la niña menor de esos papás añosos, la niña que nace luego de 9 hermanos y luego de 4 varones, la niña, que al igual que los hermanos, es completa, no tiene permitido venir a develar la incompletud de los padres.

Más adelante, en el mismo texto, Freud (1914, p.87-88) dice, *"El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. His Majesty de Baby. Debe cumplir los sueños, irrealizados deseos de sus padres..."*. Vemos aquí, que Andrea cumple esta función para los padres, la novena hija, la novena posibilidad de realizar sus deseos, el objeto de su orgullo. Por ello la mantienen en la posición de "su majestad el bebé", no habían podido ver sus déficit hasta que las maestras del kinder les dicen cuando la niña tenía 5 años. Es aquí donde se observa el narcisismo de los padres puesto sobre la hija, si ella falla, nosotros fallamos, si ella no puede aprender, nosotros no somos perfectos. Incluso cuando la madre manifiesta el motivo de consulta, no lo hace desde ella, comienza diciendo: "Según la maestra..., pero no sabe leer..."

Mantener a la niña en esa posición significaba para los padres mantenerse en el goce del propio narcisismo perdido. Dice Freud (1914, p. 88), *"El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres, que en su transmutación al amor de objeto revela inequívoca su prístina naturaleza"*.

La pérdida de la niña un tanto inmadura, la muerte de la idea de "curación", coloca a los padres, al momento de dar el diagnóstico, frente al duelo por la hija sana perdida.

Los padres sienten trunco el proyecto de vida que tenían para ella, proyecto que llevaron satisfactoriamente a cabo con ocho hijos anteriores e incluso con sus dos yernos, inculcándoles como valores el estudio, el trabajo, la conformación de una familia legítima ante Dios y el Estado. Valores, proyecto, que con Andrea se pierde, ya que la limitación los angustia y los paraliza. De

allí el cambio en la crianza de la niña y los problemas de límites que se les presentaban.

Siguiendo las fases del duelo propuestas por Kübler-Ross (1971), haremos un análisis de este proceso. En un primer momento los padres se encuentran en la etapa de negación de la discapacidad de la hija y de su propia angustia ante ello. No podían hablar de lo que les estaba pasando, los sentimientos eran anulados, el llanto contenido, si se les preguntaban "qué siente", contestaban "pienso ...", y sus pensamientos giraban en torno a un momento transitorio de inmadurez de la niña donde todo se iba a reponer, Andrea iba a "despertar", decían, e iba aprender a leer y escribir.

"Pienso, decía el padre, que todo va a estar bien, en la escuela me dicen que Andrea va muy bien!" sic. La mamá comentaba, "si Dios quiere este año aprende a leer" sic.

Luego pasan por la fase de ira, frustración u hostilidad, sentimientos que al no poder reconocer ni controlar los dirigen directamente sobre el terapeuta y el espacio terapéutico faltando sin aviso a dos sesiones luego de la primera sesión del proceso terapéutico. Esta situación fue analizada como agresión hacia el espacio y los deseos de destrucción por las expectativas no cumplidas.

Otro momento de ira y frustración lo manifiesta el padre cuando en la entrevista de devolución se habla de las dificultades insuperables de la niña y el señor, que esperando un regalo, recibe una noticia desagradable, golpea constantemente su pierna con el puño cerrado y con fuerza, como en expresión de: "no puede ser, esto no". Aquí nuevamente se observa un aspecto del narcisismo herido, no recibe el halago a su yo, a su paternidad, sino la confirmación de su propia incompletud y debilidad.

También se dio paso a la fase de negociación cuando los padres intentan hacer cosas, comprar libros, juegos didácticos y la mamá se pone a trabajar con

letras y palabras todos los días con la ilusión de que ella le enseñará a leer y escribir.

La asistencia continua a las sesiones y la expresión de que el espacio les enseña cómo manejarse con Andrea, también hace referencia a este momento del duelo.

La depresión, como otras de las fases del duelo, se ha ido alternando y presentando en diferentes momentos a través del llanto en las sesiones o en la no esperanza de que las cosas cambien durante algunos años del desarrollo de la niña, "había bajado los brazos y ya no esperaba nada" sic., dijo la mamá. Esta depresión se ha manifestado especialmente en la madre, el padre ha podido hablar de su tristeza en las últimas sesiones, cuando ha mencionado que a la niña "le faltan capacidades" sic.

Esta frase, abre un nuevo tiempo, un nuevo espacio en la mirada del padre; ahora puede reconocer que la niña no está completa, que hay cosas que le faltan. La incompletud marca un espacio de lo que no se tiene, un hueco, la falta de Lacan (1972).

En la sesión donde surgen los sentimientos de tristeza y soledad de la niña, los padres niegan la parte emocional de la niña y defensivamente la descalifican imponiéndole la idea de que tiene amigos, incluso violentan su expresión para la terapeuta. Este hecho permite trabajar la diferenciación de la conducta observada en la niña y de los sentimientos que verdaderamente la embargan internamente y de las sensaciones que ella percibe. Con ello se buscó llevarlos a pensar en que las emociones son muy importantes para poder resolver situaciones interpersonales. La madre puede reflexionarlo, sin embargo el padre se mantiene más rígido y a veces se aísla de la situación de sesión.

Trabajamos también en la generación de facilitadores que ayudaran a pasar a la fase de aceptación de su hija como persona con una discapacidad intelectual

pero con muchas capacidades y posibilidades en diversas áreas. De esta manera, lo que esperábamos del trabajo psicoterapéutico es el logro en la integración del objeto con lo sano y lo dañado, para constituir desde el pensamiento kleiniano, el objeto total.

Además, se continuó analizando sobre la importancia de la familia y de los hermanos en este proceso, las confrontaciones con sus demás hijos ante el rol de padres de una niña con deficiencia intelectual y la apertura de espacios de comunicación.

### **3.2.2.2. Segunda Fase: de la 14º a la 21º sesión**

Luego de haber trabajado sobre la elaboración del duelo y de un período vacacional de verano de 5 semanas, se reanuda la terapia y los padres llegan con la noticia de haber inscrito a la niña en un Centro de Atención Múltiple (CAM), al cual ingresará en dos semanas.

*14º sesión:* Es el padre quien comienza a hablar manifestando: "la voy a sacar de la escuela..., voy a buscar un CAM..., la Dra. C (paidopsiquiatra) nos dijo..., ya hemos pasado por muchas cosas..." sic.

Apreciamos la necesidad de sustentar su decisión desde terceros y no desde su proceso, y también cierta desautorización a mi sugerencia profesional de ingreso a un CAM trabajada en el proceso. De este modo, observamos que prima en su decisión el modelo médico que CISAME propone.

La madre manifiesta en esta misma sesión: "lo hemos estado pensando y es la mejor opción para ella ya que en la escuela no vemos ningún resultado" sic. El señor asiente a lo que dice la esposa y se los observa con mayor acuerdo y comunicación.

¡Increíblemente sorprendente!, se ha generado el cambio!!

Si bien el proceso se encaminaba hacia esta meta, aún no parecía el momento para esta toma de decisión.

De este modo se terminó de consolidar la fase de aceptación de la hija con un déficit intelectual como parte y resultado del proceso de duelo por la "hija sana". La aceptación es la reconciliación con la verdad, con el diagnóstico y con las características de la hija.

Trabajé sobre este cambio en varias sesiones más (cuatro); planteé posibles trámites e informes y sobre todo animé y refuercé la decisión tomada como fruto del proceso terapéutico. La actitud de los padres es de mayor escucha y de más compromiso con el proceso. Los observaba muy contentos y satisfechos con su decisión.

*15º sesión:* Los observé contentos y en actitud de agradecimiento. Comentan sobre la nueva escuela, las reglas que mantienen y lo bien que esto le está haciendo a la niña. El padre dice: "ya no la acompaño hasta el salón, en la otra escuela sí, ahora no lo permiten, me parece mejor" sic. La observan más independiente, platicadora de sus cosas y fundamentalmente que hace más tareas en la escuela y lleva tareas para la casa. También comentan que los hermanos no comprendieron al principio el cambio de escuela pero que ahora respetan la decisión de los padres.

Considero que los padres logran ejercer su rol de autoridad y revalorizar su palabra ante los hijos que antes los descalificaban.

*16º sesión:* Al inicio comentan que se mantienen seguros en su decisión de cambio de escuela a pesar de que los visitó una psicóloga de USAER y cuestionó su proceder diciéndoles que Andrea no era para un CAM y que era lo peor que podían hacer con la niña. A lo que la madre comenta: "Andrea sí es

para un CAM, me doy cuenta por las tareas, copia más letras y ya sabe algunas letras. Estoy contenta porque tiene mejor atención, ...no hay niños malitos ni agresivos..." sic. Luego comentaron varios cambios en la niña a nivel escolar y personal, dijeron que la veían más independiente, interesada en las cosas, más conversadora, con integración social en la escuela, tiene amigas y estimulación académica, le dan muchas tareas y para realizar en el hogar. El padre en algunos momentos, también se ha sumado a la ayuda en las tareas escolares. El señor manifiesta: "Nos platica más lo que hace, pone más atención, ... un poquito más madura" sic. También están pensando en enviarla a alguna actividad extra-escolar como danza y natación que le gustan a la niña. Considero que el trabajo de la elaboración de duelo ha sido óptimo y se ha llegado a la etapa de cierre del duelo.

*17º sesión:* Comentan angustiados sus temores de que saquen a la niña del CAM ya que ven dificultades entre éste y USAER. "La Dra. de USAER le dice a la directora del CAM que la regrese...." sic. Padre; "...estamos confundidos...", "...igualmente no iba a pasar a 4º año..." sic. Madre.

Trabajamos la angustia y confusión esclareciendo ventajas, desventajas y necesidades de la niña y reforzando su elección. Pueden concluir: "es bueno que se quede en el CAM, ahí vemos muchos avances" sic. Madre. Se refuerza su derecho a elegir sobre las instituciones que intervienen; "... nosotros somos los padres y somos los únicos que sabemos lo que es mejor para ella" sic. Padre.

Este período de cambio trae aparejado una "transición", transición difícil, donde se siente angustia y duda sobre la decisión tomada. En esta fase se reevalúan las necesidades escolares de Andrea y las necesidades de la familia en pro del crecimiento y desarrollo.

Considero que la angustia surge debido a la amenaza externa de la decisión que tomaron y de la amenaza a la fase de cierre del duelo a la que llegaron.

Sin embargo, veo esto como positivo, por el arraigo a su elección y toma de decisión y por la creciente conciencia de la necesidad de su hija.

Considero que el trabajo de la elaboración de duelo ha sido óptimo y se ha llegado a la etapa de apertura donde los padres podrán establecer nuevas relaciones y aceptar los retos de la vida y de las diferentes etapas del desarrollo de su hija.

Realmente este hecho marca el antes y el más allá del proceso terapéutico y el puente entre la frustración y el crecimiento para la vida de Andrea y de su familia.

*18º sesión:* Los padres comienzan a cuestionarse por el futuro de la niña, su lugar en la familia y su vida cuando ellos no estén. Esta reflexión surge a partir de que pueden observar con mayor claridad las confrontaciones que siempre han tenido con la familia nuclear (hijos) y extensa en relación a la crianza de la niña. Los padres comentan hechos de aceptación-rechazo de la niña por parte de la familia, especialmente los hermanos que aún conviven en el núcleo familiar, de la escasa comprensión de su situación y necesidades socio-emocionales y escolares. Algunos de estos comentarios son: "Andrea no tiene ningún problema, no tiene que ir a esa escuela, es que ustedes la han chiqueado y la han hecho así" sic. Hermanos; "Andrea puede jugar pero no sabe jugar como nosotras" sic. Sobrina.

Observo dificultades con los hermanos en la relación con la niña, crítica a los padres y escaso apoyo en la crianza y decisiones. Sin embargo los padres se mantienen independientes respecto a ellas y refuerzan su visión respecto a las dificultades de la niña. La madre ha podido encontrar mayor apoyo en las hijas mayores.

Considero que el tema se va abriendo porque ya se están ocupando de su presente, y el reconocerla y mirarla diferente les está llevando a reflexionar



sobre otros aspectos de la niña, es decir que están ampliando sus miradas. La homeostasis familiar se ha perdido al surgir las preguntas, los cuestionamientos y los cambios. Los hermanos, al estar fuera del proceso psicoterapéutico, atacan de algún modo el cambio como defensa ante la verdad que ahora se ha plasmado en la familia: "tienen una hermana con necesidades educativas y socio-emocionales diferentes".

Como se especifica en el capítulo IV, al hablar de la afectación de la dinámica familiar, el tener un hermano con DI puede llegar a crear en los otros hermanos graves problemas en las relaciones intrafamiliares, pudiendo darse el caso de no reconocimiento de hermanos o de abandono de los mismos, sobre todo en determinadas etapas como en la pubertad y en la adolescencia.

Luego se vive un período de ausencias y cancelaciones de las sesiones, específicamente se plantean problemas de salud de la madre. La siguiente sesión la mantuvimos tres meses y medio después, con las correspondientes tres semanas de vacaciones de diciembre (de octubre de 2005 a febrero de 2006).

Mantuvimos dos sesiones más con una cancelación intermedia y otra antes de una tercera (*21<sup>o</sup> sesión*), donde se los confrontó directamente con este tema con la intención de realizar un análisis de la resistencia. Es así que se les propuso pensar sobre las ausencias, cancelaciones y sus sentimientos y como hipótesis se sugirió sentimientos de inseguridad y abandono del espacio terapéutico por la propuesta de espaciar las sesiones a tres semanas que se hizo para el año 2006 y el cambio de día y horario de sus sesiones.

Si bien la señora habló de las imposibilidades de salud para asistir, luego pudo decir en tono muy seguro: "...es que ya nos sentimos más acompañados entre nosotros para saber qué hacer con Andrea...", a lo que el padre complementó: "... ahora platicamos más...". La madre agrega más adelante respecto a la

relación con la niña: “ya no nos angustiamos, ahora la vemos y podemos ayudarla”.

Los padres concluyen en que se debía a mayor seguridad en ellos respecto a las demandas y necesidades de Andrea y cómo ellos debían responder a ellas. Por lo que la situación de ausencias se interpreta como un proceso de independización de los padres al haber aceptado a la niña, explorado sus recursos y ponerlos en práctica. También considero que es un proceso de corte en la relación con el terapeuta como mediador psíquico en el proceso, lo que nos permite observar cómo se instaura una conciencia propia y un acto de insight fluido en el espacio psicológico de la pareja parental.

Realmente me sorprendió esta respuesta de los padres y considero muy adecuado estar llegando a estos resultados en el proceso psicoterapéutico. En este punto, reflexioné, el camino hacia el cierre estaba abierto.

### **3.3. Cierre**

#### **3.3.1. Cierre con la paciente: de la 44<sup>o</sup> a la 49<sup>o</sup> sesión**

Durante cinco sesiones continúa modelando, creando con masa y cantando mientras trabaja. Se la observaba contenta, comunicativa lingüísticamente en las sesiones y divertida al expresarse y relacionarse con canciones.

Sigue trayendo conversaciones sobre sus gustos, su ropa y accesorios que combinan, sus sobrinas y la relación que mantiene con ellas y con otros niños. La observé más segura de sí misma, con recursos para saber relacionarse y resolver situaciones interpersonales. Su autovaloración continúa afianzándose.

Trabajamos en sus áreas de desarrollo durante el proceso, su importante crecimiento personal y sus habilidades creativas. Andrea manifestó estar "a gusto" sic., y "feliz" sic. por esos cambios.

Respecto al cierre del proceso y despedida, Andrea manifiesta al consultarla si quiere terminar: "sí" sic., y al preguntarle cómo le pareció este tiempo de trabajo dice: "me hizo bien" sic.

En la última sesión la niña llega y platica sobre una novela donde una chica le pegó una cachetada a un hombre porque "le agarró la mano..., para besarla" sic. Como pone gran énfasis en la situación le pregunto si a ella le ha pasado algo así y dice: "no..., no me gusta...". Pensamos alternativas de solución por si le llegara a pasar.

Considero que deja abierto este tema del desarrollo puberal y de la sexualidad como el próximo escalón que deberá sortear en su vida. Lo escolar, las dificultades e inhibiciones ya no ocupan el primer plano de atención..., está dando el próximo paso...

Posteriormente retoma elementos de todo el proceso. Me muestra su nueva chamarra y sus pulseras mostrando crecimiento y aumento en su autoconcepto. Conversa de su familia y de sus sobrinas: observo mayor comunicación y pautas de interrelación adecuadas. Luego quiere jugar, es decir, se abre a la experimentación de la simbolización y al desarrollo de sus cogniciones en los juegos.

Elige rompecabezas, dos para cada una, son iguales entre sí. Le interpreto el ensamble como el armado del proceso y de los pensamientos y sentimientos que en ella se fueron organizando – armando.

Quiere guardar todos armados en su caja, intactos, no puede..., piensa que con una cuchara los puede empujar hacia la caja pero eso no funciona. Le sugiero

con una hoja y lo hace con sumo cuidado y muy bien, no se le desarmen. Los míos se desacomodan y ella me ayuda, los vuelve a armar y los coloca en la hoja y luego en la caja. Quedan los de ambas armados y guardados en la caja.

Andrea se guarda y me guarda ahí, como un tesoro, quedamos juntas en el espacio psíquico de ambas.

Luego elige jugar memorama, por lo que hablamos de los recuerdos de las sesiones, de cómo llegó y de cómo está ahora. Dice: "me gustó venir..., compartir..." sic.

Se comenta sobre el *más allá...*, sobre lo que aprendió..., sobre la aceptación de sus dificultades, sobre su crecimiento y sobre su síntoma de inhibición intelectual superado.

### **3.3.2. Cierre con los padres: de la 22º a la 24º sesión**

Anuncié el término del tratamiento para mediados de Junio de 2006. Esta vez aceptan tranquilos este cierre, ya que en otras oportunidades habían comentado que no les parecía bueno, que querían seguir si bien se les mostraba la importancia de que ellos tuvieran la posibilidad de poner en práctica todo lo aprendido en sesión en un espacio psíquico individual.

En la primera sesión de cierre el padre manifiesta confusión diciendo: "ya no la entiendo, a veces es como niña chica y otras reacciona como más grande..., como que no se decide, pero veo que va reaccionando" sic. Reflexionamos sobre el crecimiento de Andrea en todas las áreas y sobre esta fluctuación en su conducta como algo esperable en un momento de cambios y reacomodo.

En las sesiones de cierre trabajamos sobre las reacciones y necesidades actuales de la niña en función de ir ubicándola en su etapa de maduración psicológica y cronológica.

Los padres pueden reflexionar sobre el haber "chiqueado" a la niña siempre y concluyen que le dieron mucho afecto y cuidados pero que también le han exigido y ahora lo tienen más claro.

Comentan respecto a engaños que a la niña le cuesta darse cuenta: "una sobrina la maneja, la engañó con unas ropitas de muñeca..., nosotros ahora le enseñamos, le decimos: piensa, qué pasó... Yo le digo a él que tenemos que enseñarle como nos dicen acá en las pláticas" sic. Madre.

Surgen cuestionamientos respecto al desarrollo del lenguaje y la consulta de si puede seguir en otro servicio de la institución. Como no es posible les planteo la necesidad de comenzar a buscar un nuevo lugar para trabajar las habilidades de lenguaje y comunicación. Les sugiero buscar un terapeuta del lenguaje.

Sin embargo, en otra sesión, comenta el padre: "está mejorando bastante en la manera de hablar, no se le dificultan las cosas para explicar, antes mochaba, ahora completa más las ideas" sic. Este crecimiento está directamente relacionado a la mayor participación en la familia, la creciente posibilidad de interacción comunicacional y el incremento en la información general que va incorporando de su medio social y escolar.

En la misma sesión la madre comenta que ya sabe regular las llaves del agua sola para bañarse, que lo aprendió de su sobrina. Y el padre remata emocionado: "¡Sí puede Andrea!, sí puede! Andrea no está mal! Enciende el DVD, saca fotos del celular, yo no puedo..." sic.

Observamos la participación de ambos padres en la enseñanza y al respecto comentan que es la madre quien está más pendiente del lenguaje, le ayuda a expresarse y conversa con ella y que el padre le enseña cómo manejarse en la calle, en los micros, recorridos y cuidados al cruzar la calle. Al mismo tiempo que le da más independencia y responsabilidad personal porque ya deja que ella cargue su mochila en los viajes hacia y desde la escuela.

En un momento, los padres comentan haber estado "muy a gusto aquí..., ...aprendido mucho de cómo llevar lo de Andrea y comprendernos más entre nosotros" sic. También comentan que disminuyeron las peleas entre ellos cuando no estaban de acuerdo. Reconocen al espacio terapéutico como de crecimiento y de mayor bienestar.

Abordamos todos los cambios y logros alcanzados por la niña en conocimientos y destrezas de la vida diaria. Manifiestan también estar conscientes de las dificultades académicas respecto a la lecto-escritura y que "si no logra leer y escribir podrá desarrollar algún oficio que le ayude en el futuro" sic. Madre.

En la última sesión del proceso psicoterapéutico con los padres realizamos una recapitulación del trabajo, logrando identificar sus logros y la mayor comprensión de sí mismos como personas y como padres y con ello, la comprensión de la niña. Luego les hice dos preguntas organizadoras y concluyentes.

Primero les pregunté cómo se veían al inicio del tratamiento y cómo se ven ahora, a lo que la madre responde: "nos hemos comprendido mejor los dos" sic., y al cuestionarle comenta que como padres y también como pareja. Mientras que el padre responde: "las pláticas nos han servido, antes estábamos cerrados de ojos..., creíamos que los psicólogos eran para locos..." y hace un recuento de los lugares que visitaron anteriormente y no los supieron informar. Aquí intervengo diciendo: "en realidad ustedes no pudieron atender a

esa información... estaban cerrados de ojos...". La madre manifiesta: "sí, se nos hacía difícil aceptar lo de Andrea" sic.

Les retroalimenté el gran refuerzo por el trabajo que realizaron en su proceso, su constancia y participación.

La segunda pregunta fue: cómo vieron a Andrea al inicio y cómo la ven ahora. El padre comenta: "cuando llegó estaba en otro mundo, no sabía nada, lloraba, tenía miedo, hacía berrinches, se comía las palabras, decía cosas a la mitad..., ahora un cambio del cien por ciento, totalmente diferente" sic. Y la madre manifiesta: "se le quitó un velo de la cara..., estaba atrasadita... Ahora ya es muy diferente, ha cambiado..., al jugar con los niños..." sic.

Considero que las sesiones de cierre fueron un resumen espléndido y muy acabado del proceso de Andrea y de sus padres.

Dejo en sus palabras el cierre del proceso...

*..."cerrados de ojos..."*

*..."se le quitó un velo de la cara..."*

*... "cambio..."*

*... "me hizo bien..."*

*... "feliz..."*

## **DISCUSIÓN**

Antes de adentrarme en la discusión del trabajo y método utilizado, quiero hacer una breve discusión-síntesis del proceso psicoterapéutico desarrollado.

La paciente llega al proceso como enajenada, sin construcción de un self propio, "no sabe", "no aprende". La evalué al inicio con un psicodiagnóstico que comprueba la existencia de un Déficit Intelectual de base, determinado orgánicamente, acompañado de un abanico de dificultades derivadas de la carencia de estimulación adecuada. Dificultades a nivel de expresión lingüística y comunicativa, de autoconciencia, autoestima y autonomía; a nivel social y relacional para afrontar situaciones interpersonales (habilidades sociales), y a nivel de juego e imaginación.

Sin embargo, el trabajo psicoeducativo genera en ella un despertar de ideas, conceptos y posibilidades que estaban como dormidas. La paciente, y considero al final que en cierto modo la familia también, mantenía un funcionamiento neurótico donde la inhibición intelectual como síntoma secundario al déficit les proveía beneficios secundarios múltiples que mantenían homeostático el sistema familiar. Ejemplo de ello era el trato de niña pequeña que le daban para no ver así, el déficit cognitivo en relación con su edad cronológica.

Develada la inhibición intelectual sobre-agregada, y por ello superada, llegamos al primer logro de la paciente: la autoconciencia. Incluyendo en ésta la conciencia de sí misma, de su cuerpo, de sus sentimientos, de sus relaciones, de su espacio, de sus habilidades y también de sus dificultades, especialmente las escolares.

La tercera fase del tratamiento de Andrea, es la fase de crecimiento y desarrollo integral. Se produce aquí una eclosión biopsicosocial, donde se



realizan aperturas, se abren senderos y se llega a otros sitios inexplorados por la paciente, incluso inexplorados por la familia en relación con ella.

Se desarrollan cogniciones relacionadas con lo escolar, por lo cual la memoria se amplía, se focaliza la atención, se comienzan a incrementar las conceptualizaciones. El lenguaje en general tiene más contenidos y la comunicación en terapia fluye. Realizamos sesiones donde sólo se habla, se traen recuerdos y se imaginan situaciones.

Su cuerpo cambia, no sólo biológicamente, sino que el crecimiento psíquico lo transforma: se viste como niña de su edad, elige su ropa, tiene aspecto de niña moderna y femenina, su cabello lo lleva suelto y siempre arreglado con alguna diadema a tono con su ropa, ya no "la peinan" con coletas.

Algo significativo que cambia también, es su mirada. La mirada de Andrea se hace más amplia, no sólo levanta más la cabeza y con ello se amplia su campo visual sino que mira diferente. Comienza a observar detalles del ambiente, pequeños cambios en el espacio, en la terapeuta y en ella misma. Usa su mirada de modo más frontal, mira a los ojos por más tiempo y comunica con ellos; se ríe, duda, pregunta, se confunde y se enoja con los ojos.

Los padres reportan que tiene amigos en la escuela, que asiste muy contenta y que está aprendiendo.

La paciente comienza a mostrar un desarrollo social adecuado a su edad, platica de amigas con las que comparte juegos, pláticas e intereses, y también manifiesta los juegos de roles y de descubrimiento del otro sexo: como niños que le gustan a sus amigas, ser novios, besarse; aunque a ella eso no le gusta, le da como asco que se besen. El interés observado en esos temas, demuestran un desarrollo psicosexual más adecuado a su edad.

En cuanto al juego se observa al inicio, un juego social de espectador y al final del proceso psicoterapéutico un jugar con otros manteniendo un tema común. También, al inicio era funcional y al finalizar podía manejar algunos elementos simbólicos.

Observamos una continua apertura en su proceso, donde van surgiendo indicadores que posteriormente trabajará ampliamente y se consolidarán. Ejemplo de ello es cómo se ve la paciente proyectada en la historia que imagina de la señora cuidando el hogar y a sus padres, en un rol de autonomía y autosuficiencia; para luego observar el cambio de autoconcepto que surge en las sesiones siguientes hasta llegar a la diferenciación e independencia al finalizar el proceso terapéutico plasmado en su capacidad para pensar y actuar por sí misma.

En cuanto al análisis del trabajo psicoterapéutico realizado con los padres, considero que el ingreso al Centro de Atención Múltiple (CAM) es uno de los mayores logros de la intervención y el puente que divide la negación de la aceptación y el crecimiento. En este punto los padres dejaron de necesitar la defensa de la negación que siempre interfirió el proceso de duelo, para trabajar la pérdida de la "hija sana esperada" desde el momento de la concepción. Elaborar el duelo les permitió llegar a la aprehensión de la aceptación de la hija con dificultades, buscar los recursos para una educación adecuada, inscribirla en un CAM y posteriormente caminar juntos hacia el fortalecimiento de sus capacidades y relaciones parentales, maritales y filiales.

Modificaron también la representación psíquica que tenían respecto a la hija. La superación de la negación permitió cancelar la representación de niña pequeña y constituir la imagen psíquica de una hija diferente a la que deseaban, con dificultades y procesos más lentos que otros niños de su edad cronológica.

El estudio de Heinicke (1976), describe un trabajo psicoanalítico realizado con padres de niños con DI donde los mismos se percibieron más positivamente como personas y como padres y sus hijos obtuvieron mayor CI y mejores medidas en el desarrollo y adaptabilidad luego del tratamiento.

Consideramos también, que los padres han podido realizar un trabajo importante de reflexión y en ocasiones de insight de las reacciones que han ido teniendo en el proceso de acompañar a su hija a lo largo de la vida, y fundamentalmente en esta etapa donde todo se va esclareciendo y reubicando. Por ello podríamos mencionar otros logros: "mirar" diferente a su hija, mayor comunicación entre la pareja y con la terapeuta, identificación de sus dificultades, reconocimiento de aspectos propios que influyeron en la niña, identificación de capacidades de la niña, valoración diferente de la hija, identificación del funcionamiento familiar, necesidad de cambio en las pautas de crianza y en la relación parental.

Respecto a este último punto, un estudio longitudinal del desarrollo cognitivo y comportamental de niños con DI y la adaptación de sus padres, demostró que las diferencias en el clima familiar y sus relaciones predecían cambios en las habilidades sociales de los niños (Hauser-Cram, Warfield, Shonkoff, Krauss, Sayer y Upshur, 2001). En el caso presentado en este reporte la paciente incrementa sus capacidades comunicativas y sociales cuando los padres adaptan el ambiente familiar y escolar a sus necesidades.

Desde mi consideración profesional, era fundamental "sumergir" a los padres dentro de un proceso terapéutico desde el inicio para que pudiesen trabajar la desmentida del diagnóstico dado anteriormente por otros profesionales y así detectar la necesidad de cambio de escolarización de la niña. Mi insistencia en el trabajo de intervención para lograr el ingreso de la paciente a un CAM, se debió a la importancia que brindé al bienestar psicológico de Andrea; y por creer indefectiblemente que el lugar de enseñanza y estimulación adecuado a

su déficit le proveerían de un enriquecimiento integral que no alcanzaría solo con el espacio terapéutico, o con su entorno social.

Al llegar al final del trabajo de investigación queda por responder a los cuestionamientos que nos hiciéramos al inicio a modo de objetivos. De este modo estaríamos cerrando el reporte de la experiencia profesional que realizamos durante la residencia de la Maestría en Psicoterapia Infantil y, al mismo tiempo estaríamos brindando un sustento lógico y teórico al estudio de caso que presentamos con anterioridad.

*1. ¿Pudo conocerse el proceso psicoterapéutico individual y familiar en un caso de déficit intelectual exponiendo la intervención realizada desde diferentes perspectivas de abordaje?*

Considero que hemos expuesto datos, experiencias, frases textuales y conceptos suficientes para alcanzar una comprensión integral del caso, de las personas que intervinieron y del proceso psicoterapéutico en sí.

También propusimos un sustento teórico que permitió contextualizar la naturaleza del déficit intelectual, la constelación de aspectos influyentes en el sistema familiar y las representaciones inconscientes asociadas con este tipo de casos clínicos.

La intervención que integró distintos modelos psicológicos constituyó un gran desafío de exposición, más no así de implementación ya que las intervenciones fueron aplicándose en el fluir del proceso, es decir, en el mismo devenir del sujeto, especialmente en el desarrollo que la niña experimentó al abrirse sus posibilidades de expresión, como dice su padre al final, saliendo de ese otro mundo donde estaba, del mundo del déficit intelectual y de la inhibición secundaria.

*2. ¿Logramos explicar cómo se redescubren los sujetos participantes y caminan más allá del déficit intelectual?*

Puedo decir que se realizó el mayor esfuerzo para plasmar de modo resumido e integrado el proceso terapéutico completo realizado con y por la niña y con sus padres. Queda a criterio del lector juzgar este punto con las observaciones pertinentes.

Considero que la descripción de las sesiones de cierre, tanto de la paciente como de los padres, brindaron elementos consistentes sobre los cambios y redescubrimientos que hicieron de sí mismos, incluso éstos quedaron simbolizados en sus propias palabras.

*3. ¿Se considera apropiado proponer la psicoterapia de juego en casos de déficit intelectual?*

La intervención terapéutica realizada con la paciente en la segunda y tercera etapa del proceso, descrita en los resultados, brinda elementos para contestar afirmativamente esta pregunta ya que los cambios observados en su esquema corporal, percepción de sí, lenguaje, interrelación, imaginación y creatividad se lograron. Y afirmaré enfáticamente, "sólo" pudieron lograrse a partir del trabajo intrapsíquico por medio del lenguaje único de los niños: el juego.

El juego, como afirma M. Klein (1932), es un puente entre la fantasía y la realidad, es decir, la fuerza para organizar el conocimiento de la realidad. Conocimiento que Andrea pudo adquirir para sí y desde sí para relacionarse de un modo diferente con ella misma al inicio, con el terapeuta luego y con su medio social posteriormente.

Junto con esta aprehensión de la realidad a partir del juego incluyo las comprensiones generales de la vida y de la familia, los académicos, los socio-

emocionales, los interrelacionales y el autoconcepto. Áreas comprensivas en las que la niña pudo crecer y desarrollarse.

Por ello, considero a la psicoterapia de juego como la técnica universal de trabajo con niños, y propongo implementar este sistema de trabajo con cada niño y cada niña que tengan un déficit intelectual, porque este déficit no condiciona su imaginación, su fantasía, su simbolización y sus emociones plasmadas en el juego.

En un juego puramente sensorial, allí, en la estimulación "per se", allí encontramos indicadores emocionales dignos de rescatar, interpretar y poner en el nivel siguiente de funcionalidad.

Considero que el tipo trabajo clínico realizado ofrece amplias ventajas sobre otros modelos de intervención donde, o sólo se aborda al niño en psicoterapia, o el más común: el tratamiento del niño se limita a la escuela y, en el mejor de los casos, a los padres se les brinda orientación familiar en escasas sesiones al año. De hecho, este último modelo de trabajo es el habitual en nuestro medio. En un sondeo personal realizado en dos Centros de Atención Múltiple (CAM) en el área de Psicología, y en el sistema que maneja USAER, se advierte esta modalidad.

El abordaje múltiple que realizamos en este caso clínico, no solo se debe a la inclusión del paciente y de los padres en la psicoterapia sino al uso de diversos enfoques y conceptualizaciones psicológicas. En el trabajo se entremezclan técnicas y conceptos como *programas* o *reforzadores* extraídos del modelo cognitivo conductual; así también como términos psicoanalíticos al referirnos a la *inhibición intelectual como síntoma*, al *narcisismo*, a la *negación*, al *duelo por el hijo sano*; y técnicas de la psicoterapia de juego con elementos tanto psicoanalíticos como algunos derivados de la psicología humanista. En algún momento del proceso se trabaja también con recursos de la terapia familiar, al incluir a todos los miembros en las sesiones. El enfoque psicoeducativo que se

mantiene al inicio del tratamiento con la paciente deriva de una perspectiva educativa; misma que en ciertos momentos se implementa con los padres cuando se observa la necesidad de entender lo que sucede con la hija.

En relación a lo anterior, el estudio de Stewart, Law, Burke-Gaffney, Missiuna, Rosenbaum, King, Moning y King (2006), concluye que los padres que recibieron información respecto al déficit experimentaron un incremento significativo en la percepción de sus habilidades para tratar a su hijo con DI.

Nos preguntamos respecto a qué hubiese sucedido si se hubiera abordado el caso desde un solo marco referencial, y la respuesta que encontramos es que el tipo de diagnóstico, de paciente y de familia requería de una terapia integral que detectara la complejidad de los aspectos intervinientes ya que si solo hubiésemos trabajado desde el marco cognitivo conductual, por ejemplo, no se hubiese observado el despertar psíquico de la paciente o la inhibición como síntoma, ni tampoco los padres hubiesen aceptado las dificultades de la hija, por lo tanto las necesidades de una escolarización diferente. Y si hubiésemos trabajado puramente con el modelo psicoanalítico se hubiese perdido la riqueza de las dos sesiones familiares que se mantuvieron y que marcaron un pasaje a otra etapa del proceso.

A pesar de que algunas publicaciones como la de Reber (1992), sugieren que el mejor método para tratar a niños con DI es el análisis conductual, en este reporte podemos afirmar que un abordaje psicoterapéutico integral y focalizado es el más adecuado para el caso clínico que se expuso.

Un estudio reciente de Lloyd y Dallos (2006), sustenta nuestro trabajo con los padres al comprobar que la terapia focalizada breve empleada en siete familias generó una adecuada asociación entre los padres y los profesionales permitiéndoles comprender las habilidades del niño, integrar las metas de la vida diaria y clarificar el futuro para sus hijos.

También quiero mencionar que la carencia en las instituciones para dar diagnósticos y tratamientos oportunos hace difícil la labor terapéutica cuando los pacientes llegan a consulta tras años de escasa estimulación y desarrollo. Por ello el modelo trabajado presenta beneficios no sólo para el diagnóstico preciso sino en el abordaje paralelo de la niña y de los padres, generando costos menores de tiempo y esfuerzo familiar, y mayor efectividad en los resultados y en la perdurabilidad de los cambios.

El estudio de Jason (1975), muestra que la intervención temprana reduce los problemas intelectuales y lingüísticos de los niños con DI.

Como limitaciones del tratamiento, puedo advertir las que forman parte de la falta de contacto profesional y trabajo interdisciplinario con la escuela y otras instituciones intervinientes como USAER. Al igual que con la paidopsiquiatra, con quien el contacto fue mínimo y a través del expediente institucional.

En este aspecto, el estudio de Lubetsky, Mueller, Madden, Walker y Len (1995), propone la necesidad de un equipo interdisciplinario para la mayor comprensión de las necesidades y del tratamiento de niños con DI a fin de obtener resultados positivos, dar continuidad al tratamiento y sostener a la familia en la comunidad.

Puedo concluir que la relevancia del estudio de caso expuesto en este Reporte de Experiencia Profesional, es la combinación de diversas técnicas y orientaciones psicoterapéuticas, y de la articulación de aspectos teóricos y clínicos que permiten vislumbrar más allá del déficit intelectual.



## **CONCLUSIONES**

La psicoterapia infantil constituye un método de trabajo terapéutico fundamental para ayudar a niños que se encuentran en períodos de crisis y/o déficit que no pueden resolver por sí mismos o a través del apoyo de sus familiares, debido a que ellos mismos se encuentran afectados. Por ello, veo como necesario atender no sólo al niño sino a sus padres a fin de promover un tratamiento y cambio integral.

Hablamos en este reporte de Déficit Intelectual ya que la paciente que la paciente que presentamos mostraba una amplia gama de disfunciones y déficit reflejados en el test de inteligencia y en los datos cualitativos obtenidos de la observación conductual durante las entrevistas diagnósticas y terapéuticas. Ellos se refieren a las formas de respuesta limitada a los estímulos y situaciones que con la intervención psicoterapéutica se desarrollaron ampliamente.

Andrea y su proceso representaron para mí una gran experiencia profesional de cambio, optimismo, aprendizaje y desarrollo. Puedo decir, que en mi vida personal se dio un paralelismo con los anteriores conceptos: vida adulta en otro país, matrimonio, maestría, valoración de la salud.

En cuanto a las conclusiones personales sobre la Maestría y la Residencia en Psicoterapia Infantil:

Considero haber alcanzado los objetivos que me había propuesto y mi desempeño en la maestría, en la facultad y en la institución de residencia han sido enriquecedores. También la experiencia y el tiempo transcurrido ayudaron a desarrollarme y conocer más sobre la cultura mexicana y la forma de relación que se da en ella.

Los logros a nivel escolar y profesional los focalizo casi enteramente en la formación y experiencia terapéutica, ya que el contacto con más pacientes, sus diversos procesos y la aplicación de la teoría en el mismo me han permitido crecer en la observación y análisis de conductas y de sus procesos inconscientes. A veces, estos procesos me han sorprendido, y este hecho ha generado mayor enriquecimiento en mi labor clínica.

Sin embargo, a veces he sentido que la maestría en cuanto a formación académica, no ha cumplido con todas mis expectativas y que el nivel ha sido alto en tiempo de trabajo y lecturas en lugar de acercamientos a los teóricos importantes de la psicología, teóricos que deberíamos haber revisado en profundidad y desde sus escritos, como nivel de maestría en el que nos encontramos.

Como propuesta, surgida de la experiencia que he vivenciado, quisiera mencionar que sería más beneficioso si se pudiesen elegir las clases que se quisieran tomar, de acuerdo a la orientación que uno desee, le agrade y de acuerdo al modelo con el que se quiera trabajar; para que de esta manera sea más productivo el trabajo de la residencia, más completa la formación de maestría y más satisfactor para el alumno.

Personalmente considero que no sólo mi trabajo con pacientes es lo que me ayudó a adquirir las habilidades que desarrollé, sino que la observación directa o indirecta del trabajo de otros ha sido una fuente constante de crecimiento, diferenciación y gusto continuo por la profesión que elegí y desempeño. Por ello agradezco la experiencia enriquecedora de las observaciones en Cámara de Gessell.

Quiero destacar que fue valiosísimo rescatar las sesiones clínicas y volver a tener ese espacio que nos faltó durante dos semestres y que hubiesen enriquecido mucho nuestra formación.

La residencia me permitió continuar con los procesos de los pacientes y experimentar la preparación para los cierres, esto es algo que nunca hice antes, nunca había dado de alta, siempre se iban del proceso o yo me fui de Mendoza (Argentina) y traté de cerrar con las capacidades que tenía en ese momento, también derivé. Fue una gran experiencia ya que me permitió adquirir habilidades profesionales en cuanto a la observación del paciente, a la síntesis del proceso y fundamentalmente a rescatar los logros y cambios de los niños y también de sus padres. Incluso en aquellos casos donde hubo avances limitados y el trabajo con los padres fue frustrante, aquí lo interesante fue aprender a interpretar las resistencias.

Otro hecho muy enriquecedor del cuarto semestre fue la posibilidad de trabajar en un grupo ya que ha sido un re-descubrir el proceso psicológico, y darle otra vertiente, otra mirada. Estoy asombrada de cómo se hace y transita un grupo, muy contenta de haber adquirido habilidades para abordarlo y maravillada de los procesos de los padres en el grupo, aunque fue un grupo breve. Ambos grupos avanzaron y esto me posibilita observar que un abordaje de grupos paralelos es muy bueno en cuanto a optimización de recursos y de tiempos, especialmente en el trabajo institucional.

También la residencia me ha permitido aprender y desarrollar habilidades para el abordaje institucional y el afrontamiento de las situaciones que allí se presentan.

Quiero mencionar y valorar el apoyo valiosísimo de las supervisiones que me brindó mi tutora Dra. Bertha Blum Grynberg durante los semestres, ya que han sido de mucho interés y compromiso de su parte. Fueron supervisiones muy completas, donde además de lo clínico, la teoría estuvo constantemente presente y, fundamentalmente su disposición para compartirla y enseñarla.

Finalmente, al mirar hacia atrás y verme hace tres años, puedo descubrir a una nueva profesional, con recursos y habilidades diversas adquiridas,

fundamentalmente al darme cuenta del funcionamiento del psiquismo en el proceso terapéutico y de lo apasionante de ver ese desarrollo psíquico en un niño. Puedo decir que a nivel profesional la maestría es lo que esperaba, y el plus, o el más allá..., es este reporte.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (4ª ed.)*. España: Ediciones Masson.
- Axline, V. (1994). *Terapia de juego*. México: Editorial Diana.
- Blackham, G. y Silberman, A. (1973). *Cómo modificar la conducta infantil*. Bs. As., Argentina. Editorial Kapelusz.
- Bleichmar, S. (1999). *En los orígenes del sujeto psíquico: Del mito a la historia*. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Bowlby, J. (1997). *El apego y la pérdida*. Barcelona, España: Paidós.
- Brodin, J. y Rivera, T. (2001). *La comunicación en deficiencia mental: Claves para su intervención*. Manuscrito no publicado, Escuela Superios de maestros de Estocolmo, Suecia.
- Estrada G., J. (2004). *Análisis de los efectos de un taller de sensibilización y cuidados para padres de niños con síndrome de down*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Everett Bailey, C., Ford Sori, C. (2000). Involving parents in children's therapy. En C. Everett Bailey (Ed.), *Children in Therapy. Using the family as a Resource*. New York, EE.UU.: W.W. Norton & Company.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras completas*, vol. 14 (pp. 241-255). Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*, vol. 20 (pp. 84 - 101). Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En *Obras completas*, vol. 14 (pp. 71-98). Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- García-Pelayo y Gross, R. (1970). *Nuevo Larousse Manual Ilustrado*. Paris, Francia: Editorial Larousse.
- Gonzalez C., D. (1999). Retraso mental: guía básica para comenzar un siglo. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 8, 23-27.
- Greenspan, S. y Wieder; S. (1998). *The child with special needs: Encouraging intellectual and emocional growth*. Massachusetts, EE. UU.: Perseus Publishing.
- Guic S., E. y Salas N., A. (2002). El trabajo de duelo. *Revista de Estudios Médico Humanísticos*, 11 (11).
- Hauser-Cram, P., Warfield, M.E., Shonkoff, J.P., Krauss, M.W., Sayer, A. y Upshur, C.C. (2001). Children with disabilities: a longitudinal study of child development

- and parent well-being. *Monographs of the Society Research in Child Development*, 66 (3), i-viii, 1-114.
- Heinicke, C.M. (1976). Aiding 'at risk' children through psychoanalytic social work with parents. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 46 (1), 89-103.
- Hernández S., R., Fernández-Collado, C. y Baptista L., P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Jason, L. (1975). Early secondary prevention with disadvantaged preschool children. *American Journal of Community Psychology*, 3 (1), 33-46.
- Johnson, J., Rasbury, W. y Siegel, L. (1995). *Métodos de tratamiento infantil: Introducción a la teoría, investigación y práctica*. México: Editorial Limusa.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- Klein, M. (1929). *Contribuciones al Psicoanálisis*. Bs. As., Argentina: Paidós.
- Kübler-Ross, E. (1971). *On death and dying*. New York, EE.UU.: The Macmillan Company.
- Lacan, J. (1972). Las formaciones del inconsciente. Bs. As., Argentina: Nueva Visión.
- Lebovici, S., Diatkine, R. y Soulé, M. (1988). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. España: Biblioteca Nueva.
- Lloyd, H. y Dallos, R. (2006). Solution-focused brief therapy with families who have a child with intellectual disabilities: A description of the content of initial sessions and the processes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11 (3), 367-86.
- Lubetsky, M.J., Mueller, L., Madden, K., Walker, R. y Len, D. (1995). Family-centered/interdisciplinary team approach to working with families of children who have mental retardation. *Mental Retardation*, 33 (4), 251-6.
- Luque P., D. (2003). Trastorno del desarrollo, discapacidad y necesidades educativas especiales: Elementos psicoeducativos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 14.
- Marcelli, D. y De Ajuriaguerra, J. (2005). *Psicopatología del niño*. España: Masson.
- Marie-Cécile y Ortigues, E. (1987). *Como se decide una psicoterapia de niños*. Bs. As., Argentina: Editorial Gedisa.
- Martinez P., L. (2005). *Psicoterapia breve en grupo con niños de 10 a 11 años con rasgos ansioso-depresivos*. Reporte de experiencia profesional de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mayan, M. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Qual Institute Press. Internacional Institute for Qualitative Methodology). <http://www.ualberta.ca/~iiqm/introduccion.pdf>

- Mannoni, M. (1971). *El niño retrasado y su madre: Estudio psicoanalítico*. Madrid, España: Ediciones Fax.
- Mannoni, M. (1987). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Bs. As., Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Mc Callion, P. y Tobin, SS. (1995). Social workers' perceptions of older parents caring at home for sons and daughters with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 33 (3), 153-62.
- Meth, R. (2000). Involving fathers in children's therapy. En C. Everett Bailey (Ed.), *Children in Therapy. Using the family as a Resource*. New York, EE.UU.: W.W. Norton & Company.
- Razo, R. (1993). *Cambios en las habilidades sociales de niños con retraso mental a través del juego*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Reber, M. (1992). Mental retardation. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15 (2), 511-22.
- Rivière, A. y Martos, J. (1997). *El tratamiento del autismo*. España: Instituto de Migraciones y Servicios sociales de España.
- Ross, A. (1989). *Terapia de la conducta infantil: Principios, procedimientos y bases teóricas*. México: Editorial Limusa.
- Schaefer, C. y O'Connor, K. (1988). *Manual de terapia de juego*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Selekman, M. (2000). Solution-oriented brief family therapy with children. En C. Everett Bailey (Ed.), *Children in Therapy. Using the family as a Resource*. New York, EE.UU.: W.W. Norton & Company.
- Sierra Bravo, R. (1994). *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica*. Madrid, España: Ediciones Paraninfo.
- Stewart, D., Law, M., Burke-Gaffney, J., Missiuna, C., Rosenbaum, P., King, G., Moning, T. y King, S. (2006). Keeping It Together: an information KIT for parents of children and youth with special needs. *Child: care, health and development*, 32 (4), 493-500.
- West, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Wechsler, D. (1992). *Test de inteligencia para niños (WISC)*. Bs. As., Argentina: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1999). *Realidad y juego*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.