



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN UN NIÑO CON
COMPONENTES DE PERSONALIDAD LIMÍTROFE**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

**YOLANDA ALEJANDRA
PERALTA HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA DE REPORTE:
MTRA. ROCIO NURICUMBO RAMÍREZ**

**REVISOR :
MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ**

**COMITÉ TUTORIAL :
DRA. TANIA ESMERALDA ROCHA SÁNCHEZ
MTRA. MARTINA JURADO BAIZABAL
DRA. FAYNE ESQUIVEL Y ANCONA**

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2015



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.

Agradecimientos y Dedicatorias

Dichosos los que no han visto y han creído (Jn. 20, 29).

A mi familia, con amor:

Agradezco a mis papás Yolanda y Jorge, por el acompañamiento y soporte durante todos los años de mi formación, por brindarme el amor, la paciencia y la comprensión. Por el apoyo incondicional.

Pa': gracias por tu presencia, apoyo y cariño.

Nena: gracias por escucharme, por aguantar mis prisas, mis confusiones y malos ratos. Siempre juntas.

A mi hermana Faba, por ser la mejor hermana mayor.

A mi tía Lupita, porque aunque hace ya 10 años que te fuiste, sigues presente a cada instante.

A mi abuelita Chelo, por tu cariño.

A mi abuelito Tanis, por ser el pilar de mi familia, porque durante toda mi vida me has transmitido tranquilidad, fortaleza y paciencia, con tu partida te llevaste un poco de eso; eres el mayor ejemplo de lucha, perseverancia y esfuerzo, ¡eres admirable! Por tu cariño y amor. Sé que seguirás presente en mi vida. Te extraño.

A mis amigos:

Agradezco a tod@s aquellos que me han acompañado en mi caminar, especialmente durante estos dos años de la maestría, gracias por sus porras, por su cariño y comprensión cuando "no podía verlos por los mil pendientes" o que "solo tenía un ratito": Eli, Braulio, Rosario, Pepe, Blanca y San. Muy especialmente a mi amiga y hermana Tere, por ser la primera en creer en que podía lograr este objetivo, recuerdo cuando te mostré la convocatoria para ingresar al posgrado, me diste todo tu apoyo y me transmitiste la convicción de que podía lograrlo, por no dejarme caer y por estar siempre a mi lado.

A Javier, por continuar.

Agradezco enormemente a Mi Universidad Nacional Autónoma de México, por ser siempre mi casa y Alma Mater, por la invaluable oportunidad de realizar mis estudios de posgrado. Asimismo al CONACyT por el apoyo brindado durante mi Residencia.

A todas las profesoras de la Residencia en Psicoterapia Infantil, en especial a aquellas que acompañaron mi formación:

Dra. Emilia Lucio, por todo el conocimiento, reflexiones y preguntas dentro de los seminarios. Por su apoyo como Responsable Académica de la Residencia.

Dra. Amada Ampudia, por sus valiosísimos comentarios y observaciones en la cámara de Gesell, por esa supervisión a veces dura, pero siempre honesta que ha permitido que me cuestione y comprenda mejor mi trabajo como psicoterapeuta infantil.

Mtra. Verónica Ruiz, por compartir el conocimiento de manera clara y puntual, por cada una de tus clases; además de permitirme aprender de tu técnica dentro de la cámara de Gesell.

Mtra. Fayne Esquivel, por tu enseñanza cálida, precisa y vivencial. Por tu calidez y cercanía y por ser parte de mi comité.

Mtra. Asunción Valenzuela, por lo transmitido en clases, por la supervisión del grupo terapéutico, por ser un gran impulso a probar lo desconocido.

Dra. Paulina Arenas, por tus importantes aportaciones durante el planteamiento de este reporte.

A la Mtra. Martina Jurado y a la Dra. Tania Rocha por formar parte de mi comité.

Y aquellos que más cercanamente estuvieron presentes:

Mtra. Cristina Heredia, porque durante los meses que tuve la fortuna de tenerte como tutora me transmitiste tu sensibilidad, escucha y apoyo. Por contener y acompañar mis ansiedades durante mi adaptación a la maestría. Por las sugerencias y supervisión a los casos clínicos que comentamos en la tutoría. Por tu calidez.

Mtra. Rocío Nuricumbo, por tu cercanía y calidez, por estar dispuesta a escucharme y guiarme en la elaboración de este reporte, por tus comentarios

siempre respetuosos y tan acertados que me permitieron repensar el caso y realizar un mejor análisis del mismo.

Mtro. Francisco Espinosa, por el espacio que juntos construimos en la supervisión, por contener mis ansiedades, por escuchar mis quejas, inquietudes, cuestionamientos y vivencias, muchas gracias por las respuestas dadas, pero sobre todo, por las preguntas realizadas. Gracias por compartir tu experiencia y conocimiento. Gracias por la cercanía y la confianza brindada, por el trato profesional y cálido.

A la coordinadora del Centro Comunitario de donde realicé mi residencia, Lic. Guadalupe Núñez, por tu compromiso con el programa de maestría de la UNAM, por darme siempre un trato profesional y respetuoso, por hacer de la sede un excelente lugar para comenzar con mi práctica clínica, por la confianza brindada.

A todos mis compañeros de la Residencia, por hacer de ella una experiencia interesante, divertida y sumamente enriquecedora, por lo que cada uno de ustedes me enseñaron, por compartir sus conocimientos y experiencias. Por los viajes realizados y la compañía.

Muy especialmente gracias a Blanca Nava, porque eres la persona a la que más vi durante esos 2 años: en las clases, sede, cámaras de Gesell, supervisión, tutoría, más los ratos que juntas decidimos compartir. Por estar siempre dispuesta a escucharme y contenerme, por compartir, por caminar siempre a mi lado.

Por último a los más importantes: los niños, niñas y sus familias, con los que trabajé a lo largo de la residencia, porque ellos me han formado, porque cada uno de ellos me dejaron grandes aprendizajes, experiencias y un sin número de acontecimientos que narrar; porque con ellos aprendí cómo evaluar, intervenir y jugar psicoterapéuticamente. Porque me permitieron conocer sus historias y sus mundos, sus emociones, sus deseos y sus fantasías. Porque me dejaron acompañarlos en su auto descubrimiento y en su desarrollo, por permitirme verlos crecer. A los padres, por confiarme a sus pequeños, por buscar su bienestar y por involucrarse en su proceso.

Yolanda Alejandra Peralta Hernández

ÍNDICE

Introducción

1

Capítulo 1 Formación del Yo

1.1 Aparato Psíquico	6
1.1.1 Ello	7
1.1.2 Yo	9
1.1.3 Superyó.....	12
1.2 Teorías de la Integración del Yo	14
1.2.1 Posiciones de desarrollo: esquizo-paranoide y depresiva.	14
1.2.1.1 <i>Posición esquizo-paranoide.</i>	16
1.2.1.2 <i>Posición depresiva.</i>	21
1.2.1.3 <i>Interacción entre la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva.</i>	25
1.2.1.4 <i>Conclusión de las posiciones.</i>	26
1.2.2 Proceso de separación-individuación.....	26
1.2.2.1 <i>La fase autística normal.</i>	27
1.2.2.2 <i>La fase simbiótica.</i>	28
1.2.2.3 <i>La diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal.</i>	29
1.2.2.4 <i>Ejercitación locomotriz.</i>	30
1.2.2.5 <i>Acercamiento.</i>	32
1.2.2.6 <i>La consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional.</i>	35
1.3 Mecanismos de defensa	36
1.4 Proceso de simbolización	37

Capítulo 2 Componentes de la Organización Limítrofe de Personalidad

2.1 Organizaciones de personalidad	45
2.2 Organización límite.....	46
2.2.1 Concepto.....	46
2.2.2 Características.. ..	49
2.2.3 Funciones yojicas.. ..	57
2.2.4 Mecanismos de defensa.. ..	59

Capítulo 3 Psicoterapia Infantil

3.1 Antecedentes	63
3.1.1 Importancia del juego.	65
3.2 Enfoque Gestalt.....	69
3.2.1 Premisas.. ..	69
3.2.2 Elementos del proceso terapéutico.....	73
3.2.2.1 <i>Modelo de trabajo</i>	77
3.3 Enfoque psicodinámico	80
3.3.1 Premisas... ..	82
3.3.2 Forma de trabajo....	83
3.3.2.1 <i>La Interpretación</i>	84
3.3.3 Trasferencia.....	91
3.3.4 Función de los padres.....	93
3.4 Psicomotricidad	94
3.5 Psicoterapia Integrativa	96
3.5.1 Concepto.....	96
3.5.2 Tipos de integración....	98
3.5.3 Características.....	99

Capítulo 4 Método

4.1 Justificación y planteamiento del problema	103
4.2 Pregunta de investigación e hipótesis	105
4.3 Objetivos	105
4.3.1 Generales.....	105
4.3.2 Específicos... ..	105
4.4 Tipo de estudio	105
4.5 Escenario	106
4.6 Participantes	107
4.7 Instrumentos.....	107
4.8 Materiales	108
4.9 Procedimiento	109

Capítulo 5 Presentación de caso clínico

5.1 Presentación.....	113
5.2 Antecedentes.....	116
5.3 Evaluación psicológica.....	126
5.4 Impresión diagnóstica	129
5.5 Focos de intervención	129
5.6 Proceso terapéutico	131
5.7 Análisis del caso	134
5.7.1 Retomando los antecedentes de desarrollo.....	134
5.7.2 Del juego diagnóstico.....	138
5.7.3 Del proceso de intervención.....	141
5.7.3.1 <i>Primera fase de intervención: Gestalt</i>	141
5.7.3.2 <i>Transición</i>	150
5.7.3.3 <i>Segunda fase: Psicoterapia Integrativa</i>	152
5.7.3.4 <i>Cierre por interrupción</i>	174
5.7.3.5 <i>Avances y limitaciones del proceso terapéutico</i>	180

Capítulo 6 Discusión y Conclusiones

183

Referencias bibliográficas

196

Anexos

203

Introducción

El pertenecer a la Residencia en Psicoterapia Infantil del Programa de Maestría y Doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México, conlleva muchas oportunidades, retos y responsabilidades. Al ser este un programa de formación *profesionalizante*, permite desde el primer momento tener experiencia en Centros Comunitarios o Instituciones Públicas que brindan atención psicológica a niños y sus familias.

Dicha atención a la población infantil es sumamente importante, ya que en los últimos años ha habido un incremento en las alteraciones emocionales debido a diversos estresores ambientales, en especial la población infantil se muestra vulnerable ante: el hacinamiento, desintegración y violencia familiar, inseguridad pública, sobrestimulación, maltrato; lo que propicia el desarrollo de trastornos emocionales, de adaptación y afectivos, mismos que a su vez repercuten en dificultades escolares y familiares (Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, 2002).

Por ello la Residencia en Psicoterapia Infantil, ofrece la oportunidad de especializarse en el trabajo con la población infantil, ya que:

El programa está diseñado para que el alumno sea capaz de diagnosticar y tratar los problemas emocionales que se presentan en la infancia, utilizando las diferentes técnicas de evaluación psicológica que permitan establecer un diagnóstico diferencial y tratar los problemas emocionales mediante técnicas de terapia de juego que son las que han demostrado su efectividad para este fin (Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, 2002 p. 10).

De modo que la formación en la Residencia, proporciona las herramientas necesarias para un adecuado desarrollo profesional: clases teóricas, seminarios, atención a pacientes en sedes, supervisión individual, supervisión grupal, tutoría, supervisión en vivo (en Cámara de Gesell), desarrollo de investigación metodológica y clínica, y participación en congresos nacionales e internacionales. De esta forma el programa tiene la ventaja de:

Ofrecer un modelo de intervención psicoterapéutico innovador con un número importante de horas de práctica clínica supervisada en escenarios institucionales. La práctica articula y fomenta asimismo la investigación clínica. Este diseño que integra teoría, práctica e investigación cumple con todos los estándares exigidos por los comités internacionales, lo que facilitará la acreditación de sus egresados (Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, 2002 p. 13).

De esta manera, el programa proporciona a los estudiantes los conocimientos, las habilidades y las aptitudes necesarias para diagnosticar, tratar y evaluar problemas emocionales en población infantil, cubriendo los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer las características de los problemas emocionales que se presentan en la infancia.
2. Identificar los principales trastornos psicopatológicos que se presentan en la infancia y cursan con problemas de índole emocional.
3. Conocer y aplicar las diversas técnicas de evaluación que ofrece la psicoterapia, para realizar un diagnóstico integral de los trastornos emocionales en niños de 0 a 14 años.
4. Conocer, aplicar y evaluar las diversas técnicas y procedimientos de la terapia de juego para tratar los problemas emocionales en la infancia.
5. Evaluar los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas realizadas.
6. Establecer estrategias de seguimiento de los pacientes tratados.
7. Identificar problemas asociados al trastorno emocional y canalizar al paciente a otro tipo de tratamiento cuando así se requiera.
8. Desarrollar habilidades para incidir en la solución de problemas conceptuales y metodológicos de la investigación sobre la psicopatología de los trastornos emocionales de la infancia.

9. Desarrollar habilidades para transmitir los conocimientos adquiridos y mejorar la calidad de la enseñanza en el diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales en la infancia.

10. Conocer y aplicar las políticas de legislación y de derechos humanos de los niños en nuestro país.

11. Conocer los aspectos éticos y legales relacionados con la práctica profesional del psicólogo en el área de la Psicoterapia Infantil (Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, 2002 p. 17).

Fue así que, como parte de esta formación fui asignada a un Centro Comunitario ubicado al oriente del Distrito Federal, en donde tuve la oportunidad de brindar atención psicológica a niños y sus familias, siempre bajo la supervisión del Mtro. Francisco Espinosa Jiménez y la tutoría en un primer momento de la Mtra. Cristina Heredia Ancona, posteriormente de la Mtra. Rocio Nuricumbo Ramírez, cuyo acompañamiento fue una pieza fundamental en mi desarrollo académico, profesional y personal; así como con el acompañamiento de cada una de mis supervisoras en Cámara de Gesell y profesoras.

Por lo cual, el presente trabajo tiene como finalidad poder exponer los conocimientos y habilidades terapéuticas, adquiridas y/o desarrolladas a lo largo de estos dos años de formación académica y profesional. Para ello he seleccionado uno de los casos clínicos con los que trabajé en este período. Cabe mencionar que la elección del mismo no ha sido sencilla, ya que cada uno de los niños que atendí me dejaron grandes aprendizajes, experiencias, un sin número de acontecimientos que narrar, sesiones que analizar y conocimientos; desde aquella primera niña que llegó al consultorio con el mismo susto que yo, y que siendo mi primer paciente me enseñó a llevar a la práctica los aspectos teóricos revisados durante las clases, saber *cómo jugar*, evaluar e intervenir terapéuticamente; aquellos pequeños que vi sólo una vez y que sus padres no volvieron a llevarlos al cuarto de juegos; aquel niño que vivía tan triste y no quería jugar, pero que en su última sesión quiso correr y brincar en la cancha de fútbol;

la niña que durante muchas semanas no me dirigió una palabra, hasta que me dijo adiós; los que jugaron con la arena creando historias, proyectando su interior y elaborando sus dificultades; la pequeñita que pintó las emociones como si hubiera revisado un libro de Gestalt antes de llegar a las sesiones; los niños que eran vistos por sus padres como “pequeños adultos” que comprendían sus circunstancias sin dificultad, pero que en el fondo estaban confundidos, tristes, enojados, y que no eran escuchados; en fin, todos esos pequeños con los que tuve la oportunidad de trabajar, aprender clínicamente, vincular teóricamente y atender psicoterapéuticamente.

Sin embargo, para este trabajo he considerado el caso de R. quizá por ser uno de los que en su momento me fue complicado, porque en ocasiones no lo entendía, tal vez porque contratransferencialmente ha sido de los casos más fuertes, en donde muchas veces la confusión se apoderaba de mí.

Este trabajo está constituido de 6 capítulos. En los primeros 3 desarrollo las cuestiones teóricas que sirvieron como base para la comprensión y atención del caso. En el capítulo 1 se encuentra el tema de *la formación del Yo*, primero se realiza una revisión general acerca del aparato psíquico, enfatizando las características del Yo; posteriormente la formación de éste, desde dos teorías psicoanalíticas: la de Melanie Klein acerca de las posiciones de desarrollo y la de Margaret Mahler sobre el proceso de separación-individuación; así como el proceso de simbolización.

En el capítulo 2 abordo el tema de *los componentes de la organización de personalidad limítrofe*: el concepto, las características, las funciones y los mecanismos de defensa de la misma.

El capítulo 3 contiene una revisión acerca de la *Psicoterapia Integrativa*, considerando los enfoques utilizados en el trabajo con R.: Gestalt, Psicodinámico y estimulación psicomotriz.

En el cuarto capítulo se haya la metodología usada: pregunta de investigación e hipótesis, así como los objetivos generales y específicos, el tipo de

estudio realizado, el escenario, instrumentos y materiales utilizados, así como el procedimiento realizado a lo largo del trabajo con R.

En el capítulo 5 presento el caso clínico, con los antecedentes del mismo, la evaluación realizada y los resultados de ésta, una breve descripción del proceso terapéutico y el análisis del mismo, este último se encuentra dividido en tres partes:

- Análisis de los antecedentes de desarrollo
- Análisis del juego diagnóstico
- Análisis del proceso de intervención, dividido a su vez en cuatro partes:
 - La intervención Gestáltica
 - Intervención con Psicoterapia Integrativa
 - Cierre decidido por los padres
 - Avances y limitaciones del proceso terapéutico.

Finalmente en el capítulo 6 presento la discusión y conclusiones del caso presentado. Así como de mi proceso de formación académica y profesional dentro de la Residencia en Psicoterapia Infantil y finalizando con una reflexión acerca de lo que me aportó la Residencia, refiriéndome a la adquisición y consolidación de mis competencias profesionales.

Capítulo 1 Formación del Yo

Dentro de la psicoterapia hay una gran variedad de marcos teóricos de referencia que pueden servir como base para la comprensión de un caso clínico. En el presente Reporte de Experiencia Profesional, coloco sólo aquellas aportaciones que me permitieron llegar a la comprensión del caso clínico que presento. Cabe mencionar que se trató de un caso (como muchos de los que llegan a consulta) muy complejo, como se podrá observar en la exposición del mismo, sin embargo, para los fines del presente trabajo se consideran solo algunos aspectos fundamentales, los cuales desarrollé teóricamente para luego vincularlos con la práctica clínica. Tomé como base, la importancia de la formación del Yo y las implicaciones de esta, en un niño con rasgos de una organización de personalidad limítrofe.

Para comprender cómo se desarrolla la personalidad, consideraré algunos aspectos que se revisan en este capítulo y son: aparato psíquico, formación del Yo, mecanismos de defensa y el proceso de simbolización, ya que los considero fundamentales en la formación y desarrollo del Yo.

1.1 Aparato Psíquico

La formación del Yo es un proceso que se da a lo largo del desarrollo de la persona, el Yo desde la teoría psicoanalítica constituye una de las tres instancias del aparato psíquico, que es un sistema de cargas y un sistema de representaciones íntimamente ligados, cuya regulación hace posible un funcionamiento organizado (González y Velasco, 2010).

Este modelo fue propuesto por Freud, a lo largo de diferentes trabajos. Hall (1988) menciona que Freud concebía tres instancias: el Ello, el Yo, y el Superyó; mismos que de manera idónea forman una organización unificada y armónica, de manera que al funcionar juntos y en cooperación, permiten a la persona, relacionarse eficiente y satisfactoriamente con su ambiente. De modo contrario, cuando estos tres sistemas no trabajan en armonía, existen dificultades en la

adaptación. A continuación, presentó la descripción de cada una de estas instancias psíquicas.

1.1.1 Ello.

Rodríguez (1986) menciona que el Ello es al nacer, la totalidad del aparato psíquico de donde derivarán el Yo y el Superyó. Brunetti y Ormart (s.f.) lo definen como la integración de la totalidad de los impulsos (pulsiones) cuyas tendencias coexisten en forma independiente. Bedoya, Arenas y Felipe (2010) explican que el Ello es la parte oscura e inaccesible de nuestra personalidad, contiene las pasiones y procura la satisfacción de las necesidades pulsionales, es regido por el principio de placer.

Hall (1988) refiere que la función de Ello es realizar la descarga de excitación, ya sea energía o tensión que se liberan en el organismo o por medio de estímulos internos o externos. Esta función cumple con el principio primordial o inicial de la vida, denominado *principio del placer*, el cual rige todas las reacciones psicológicas del niño, antes de verse influenciado por factores socializantes (Hendrick, 1950). Así, al disminuir la tensión que se experimenta como dolor o incomodidad, se llega al alivio que se experimenta como placer o satisfacción.

De forma primitiva el Ello, es un aparato reflejo que descarga por vías motrices, toda excitación sensorial que le llegue. Sin embargo, no todas las tensiones en el organismo pueden ser descargadas mediante acciones reflejas, por lo que es necesario el desarrollo psicológico. Para el Ello, este desarrollo se estimula por medio de la frustración, es decir, cuando no todas las pulsiones pueden ser satisfechas de manera inmediata (Hall, 1988).

De esta manera, como resultado de la frustración impuesta al Ello, surge el *proceso primario* que se refiere a la forma en que los sistemas sensorial, motor y perceptual interactúan, de modo que por medio de los sentidos, sus respuestas motoras y el sistema perceptual, se forman cuadros mentales, mismos que se conservan en la memoria, logrando que por medio de ella el pasado puede ser

traído al presente. Así, la percepción es la representación mental de un objeto y la imagen mnémica (en la memoria) es la representación mental de una percepción. El proceso primario se refiere a la producción de la imagen mnémica de un objeto, que se necesita para reducir la tensión. Puede observarse que el Ello, considera la imagen mnémica como idéntica a la percepción en sí (Hall, 1988).

Rodríguez (1986) menciona que en el proceso primario que se guía por el principio del placer, no existe el espacio, el tiempo, ni la lógica. El proceso primario es útil en el sentido de que, es necesario conocer lo que uno necesita, antes de que se proponga conseguirlo. Si no fuera por este proceso, una persona solo podría satisfacer sus necesidades mediante ensayo y error (Hall, 1988).

El Ello no está gobernado por leyes de razón o lógica, no tiene valores, ética o moral, solo los impulsos. Siendo así tiene dos caminos: descargar mediante la acción o realización de los deseos o ceder a la influencia del Yo, al cual queda ligada su energía.

El Ello es la sede de los instintos, afectos y tensión emocional; su energía está en estado móvil, de manera que se le puede descargar prontamente (Hendrick, 1950; Hall, 1980). Además el Ello no cambia con el tiempo, puesto que no puede ser modificado por la experiencia y no está en contacto con el exterior, más bien está en contacto con el cuerpo, sin embargo, puede ser regulado por el Yo (Hall, 1980).

Finalmente, Hall (1988) menciona que el Ello conserva siempre su carácter infantil; además de que no puede tolerar la tensión y exige gratificación inmediata, es exigente, impulsivo, irracional, asocial, egoísta y amante del placer. Posee lo mágico para realizar sus deseos, por medio de la fantasía, alucinaciones y sueños.

1.1.2 Yo.

Brunetti y Ormart (s.f.) mencionan que para Freud, el Yo constituye una parte del Ello modificado, ya que el Yo para Freud, no existe desde el comienzo de la vida del individuo, por lo que para el niño todas las pulsiones buscan satisfacción.

Ya que los procesos por los cuales el Ello descarga la tensión (actividad motriz impulsiva y formación de imágenes), no son suficientes para alcanzar la supervivencia, es necesario tener en cuenta la realidad exterior (ambiente), de modo que para realizar las transacciones entre la persona y el exterior se requiere del Yo (Hall, 1988). Comprende aspectos responsables de la percepción, el conocimiento, el pensamiento, los sentimientos, las preferencias y los actos (Hendrick, 1950).

Bedoya et al. (2010) coinciden en que el Yo está volcado al mundo exterior y es el mediador de las percepciones de éste; dentro de él, nace el fenómeno de la conciencia, es decir, de aquella parte del Ello que fue modificada por la proximidad y el influjo del mundo exterior, instituida para la recepción de estímulos y la protección frente a estos.

La conciencia es representante de la razón y prudencia, por oposición al Ello que contiene las pasiones. El Yo tiene grandes dificultades por tener que servir a tres severos amos: el Ello, el Superyó y el mundo exterior: es pulsionado (es decir, presionado para satisfacer impulsos) por el Ello y encubre los conflictos de éste con la realidad; es apretado por el Superyó que le presenta normas de conducta que no tienen en cuenta el mundo exterior y el Ello; y finalmente, con el mundo exterior, porque es confrontado por la realidad (Freud, 1933, citado en Bedoya et al., 2010). De esta manera, en la personalidad adaptada el Yo es el ejecutivo de la personalidad, domina y gobierna al Ello y al Superyó, y mantiene contacto con el exterior, cuando funciona adecuadamente prevalece la armonía y la adaptación; cuando da demasiado poder al Ello, al Superyó o al mundo exterior hay inadaptaciones (Hall, 1988).

El Yo se rige por el *principio de la realidad*, que sirve para regir los impulsos del Ello y distribuir la energía de manera que se asegure el máximo beneficio egoísta en un momento dado y en la vida en general (Hendrick, 1950). Además el principio del placer, ayuda a demorar la descarga de energía hasta que se descubra o presente el objeto real que satisfará la necesidad. Demorar la acción implica que el Yo debe tener la capacidad de tolerar la tensión hasta que esta se pueda descargar de manera adecuada. Lo cual no quiere decir que el principio del placer quede rechazado, sino que se suspende de manera temporal en acuerdo con la realidad, la finalidad si es llegar al placer, aunque éste se demore, y se tenga que soportar cierta incomodidad (Rodríguez, 1986; Hall, 1988).

El principio de realidad se lleva a cabo por medio de lo que Freud denominó *proceso secundario*, que consiste en descubrir o producir la realidad mediante un plan de acción, previamente desarrollado por el pensamiento y la razón. Cumple lo que el proceso primario no puede hacer, separando al mundo subjetivo de la mente, del mundo objetivo de la realidad física; no considera la imagen del objeto, como al objeto en sí. De esta forma el proceso secundario estimula el desarrollo de procesos como: la percepción, la memoria, el pensamiento y la acción (Rodríguez, 1986; Hall, 1988).

Blos (1971,1980, citado en González y Velasco, 2010) menciona que la facultad de mantener el equilibrio homeostático del aparato psíquico están en el Yo, de modo que este protege la integridad de la personalidad y funciona como mediador entre el impulso y el mundo externo, proporcionando el máximo de gratificación con un mínimo de angustia.

Otra función que desarrolla el Yo, es la de producir fantasías y ensueños, sin embargo, a diferencia del proceso primario, las fantasías producidas por el Yo, se reconocen como tal, como imaginaciones juguetonas y placenteras, no se confunden con la realidad (Hall, 1988).

Cabe mencionar que el Yo no siempre es consciente, puede tener partes inconscientes, mientras que el Ello y el Superyó no son conscientes, la mayor parte del tiempo son inconscientes, aunque pueden llegar a la frontera entre lo inconsciente y lo consciente, es decir, el preconscious (González y Velasco, 2010).

El Yo tiene diversas funciones (González y De las Cuevas, 1992), Bellak (1993), realizó diversos estudios, de donde finalmente seleccionó 12 funciones del Yo, con las que describió lo que consideró las funciones “necesarias y suficientes” (no se requieren más, pero no se pueden considerar menos) para comprender y describir a las personas, dichas funciones son:

1. Prueba de realidad
2. Juicio
3. Sentido de realidad del mundo y del sí-mismo
4. Regulación y control de instintos, afectos e impulsos
5. Relaciones objetales
6. Procesos del pensamiento
7. Regresión adaptativa al servicio del Yo
8. Funcionamiento defensivo
9. Barrera a estímulos
10. Funcionamiento autónomo
11. Funcionamiento sintético-integrativo
12. Dominio-competencia

1.1.3 Superyó.

El Superyó es la rama moral o judicial de la personalidad; representa lo ideal más que lo real, lucha por la perfección y no por el placer o la realidad (Hall, 1988). Sus funciones se basan en la autoridad, la prohibición y la amenaza por medio de las consecuencias (Hendrick, 1950).

Las funciones del Superyó son la autoobservación y la crítica de los propios actos, así como presentar al individuo la imagen ideal a la que debe parecerse, es decir, el ideal del Yo (Garma, 1976; Bedoya et al., 2010). Se considera que el Superyó es heredero del complejo de Edipo, ya que en éste se haya la represión primaria, y según como sea esta represión (temprana y severa o tardía), es como se formará la conciencia moral del Superyó y el sentimiento inconsciente de culpa (Hall, 1980).

El Superyó se desarrolla desde el Yo (Rodríguez, 1986). Su psicogénesis se haya en la identificación de una parte del Yo con los padres, siendo pues una introyección de los padres dentro del Yo (Garma, 1978). De este modo, puede considerarse una consecuencia de la asimilación del niño, de las normas paternas respecto a lo bueno y lo malo; de manera que, al asimilar la autoridad moral de los padres, se reemplaza dicha autoridad con la interna, misma que permite controlar el comportamiento según los deseos de los padres, asegurando la aprobación y evitando el disgusto (Hall, 1988).

Una cuestión importante del Superyó, es que es el conductor de la tradición y los valores espirituales que se transmiten a través de las generaciones, ya que un individuo introyecta los valores que vienen de los padres, quienes para educar y desarrollar en los hijos el Superyó, siguieron las premisas de su propio Superyó, que a su vez es reflejo del Superyó de sus padres, es decir, de la tradición paterna (Garma, 1978).

El Superyó se compone de dos subsistemas: el *ideal del Yo*, y la *conciencia moral*. El primero se refiere a los conceptos del niño acerca de lo que

sus padres consideran moralmente bueno, y se transmite por medio de recompensas; mientras que el segundo se refiere a los conceptos que el niño tiene de lo que sus padres consideran malo, y se establece por medio de castigos (Hall, 1988).

Tanto las recompensas y los castigos dados por los padres, pueden ser físicos y psicológicos (Hall, 1988). Por ejemplo, las recompensas físicas pueden ser regalos, alimentos y objetos que el niño desee; y las recompensas psicológicas pueden ser aprobación, validación, amor, etc. Mientras que los castigos físicos pueden ser golpes, privación de cosas que el niño necesita o desea, etc., y el castigo psicológico implicaría desaprobación, falta de preocupación, etc.

De esta manera al haber internalizados las normas, las recompensas y los castigos, el Superyó realiza la función de premiar y castigar al Yo, ya que es el responsable de los actos (morales e inmorales) de la persona. Cabe mencionar que las acciones no necesariamente deben ser *reales*, basta con ser *pensadas* para que el Superyó pueda castigar al Yo, por el hecho de tener malos pensamientos, aunque estos no lleguen a la acción (Hall, 1988).

Una vez formado, el Superyó utiliza también castigos y recompensas físicas y psicológicas hacia el Yo. Las recompensas físicas pueden ser por ejemplo, una buena comida, descanso, experiencia sexual, etc., mientras que las psicológicas pueden ser el sentimiento de orgullo y valoración. Por otra parte los castigos físicos se relacionan con enfermedades, accidentes, perder algo valioso; y los psicológicos implican, por ejemplo, el sentimiento de culpa, inferioridad, etc. (Hall, 1988).

Las funciones efectivas del Superyó, comienzan a ejercerse mayormente, cuando las actividades extrafamiliares del niño predominan, y los adultos dejan al niño conducirse más libremente, esto es alrededor de los 5 años y medio y los primeros años escolares. De manera que, cuando la autoridad encargada de

prohibir los instintos ha sido interiorizada, el niño ya no se dirige sólo por los adultos, sino por su propia moralidad y por el temor a la mala conciencia (Hendrick, 1950).

1.2 Teorías de la Integración del Yo

La integración del Yo, puede ser explicada por medio de las teorías de las relaciones objetales. A continuación se presentan dos de ellas: la primera se refiere a la teoría de Melanie Klein, quien propuso diferentes posiciones entre las que se puede ir oscilando y a través del desarrollo de estas, se logra la *integración del Yo y del objeto*. La segunda es la propuesta por Margaret Mahler, quien explica diferentes fases que se cursan en los primeros años de vida, y como el transitar adecuadamente por ellas permiten que el ser humano logre *nacer psicológicamente*, es decir, el nacimiento del Yo.

1.2.1 Posiciones de desarrollo: esquizo-paranoide y depresiva.

Klein (en Segal, 2010) consideró que al nacer, existe un Yo suficientemente formado como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones de objeto en la fantasía y en la realidad. Además, Klein (1957) mencionó que, aunque Freud no habló de la existencia de un Yo temprano, tal como ella lo propuso, si atribuyó al organismo una función que para ella, sólo podía ser desempeñada por el Yo: la de defenderse contra el instinto de muerte, desviando la amenaza de aniquilación hacia el exterior, ella lo consideró una actividad del Yo.

Cabe mencionar que la aportación de Klein, pone especial énfasis en las experiencias internas, impulsos agresivos y amorosos que luchan en la mente, primero disociados y luego más integrados, en el vínculo con los objetos primarios.

Así pues el Yo temprano está muy desorganizado (Segal, 2010) y carece de cohesión (Klein, 1946). Además, la autora menciona que una de las principales actividades primarias del Yo es la *integración gradual del objeto* (Klein, 1957).

Para hablar de tal integración, propuso la existencia de dos *posiciones*: la esquizo-paranoide y la depresiva. Klein (1948) considera que desde el comienzo de la vida el Yo tiende a integrarse y sintetizar los diferentes aspectos de la vida a pesar de la escisión inicial, ya que es una expresión del instinto de vida.

A pesar de que Klein consideró los aspectos externos como muy importantes, de forma que las experiencias buenas fortalecen la confianza en el objeto externo bueno y los estímulos perseguidores al contrario, el conjunto de la teorización da más importancia a los factores intrínsecos (Bleichmar et al., 2011).

Otros autores, por ejemplo Winnicott, pone énfasis en las cuestiones externas, donde el cuidado, alimento y sostén maternos producirán un adecuado desarrollo psíquico, sin embargo, Klein considera que dicha reacción no es lineal, ya que si existen cuestiones internas en el infante, que proyecte de forma sádica o voraz sobre el objeto, lo sentirá como devorador y persecutor, por muy adecuado que sea el cuidado externo. El dar ese peso a lo interno, evita caer en la idea de que la patología se debe *únicamente* a la inadecuación de los padres o a factores ambientales adversos (Bleichmar et al., 2011).

Antes de profundizar en la explicación de dichas posiciones, es importante considerar lo referido por Bleichmar et al. (2011) quienes mencionan que las hipótesis básicas que se relacionan con dichas posiciones son:

- Una teoría del desarrollo temprano, el psiquismo se forma a través de las relaciones de objeto tempranas, con la madre y con el padre.
- El concepto de posición reemplaza en Klein, la idea de fase del desarrollo (de Freud).
- Es una teoría interpersonal, explica el vínculo con la realidad interna y externa.

- La ansiedad sigue siendo el elemento principal para entender el conflicto psíquico.
- La idea de pulsiones de vida y de muerte están presentes en el pensamiento kleiniano.
- La fantasía inconsciente es descrita como un acontecer constante y permanente, expresado en fenómenos inconscientes y conscientes.
- La noción de cuerpo (cuerpo de la madre y sus contenidos, interior del cuerpo, etc.) pierde su contenido biológico y se refiere a un nivel fantasmático.

Klein (1946) menciona que las posiciones propuestas siempre tienen fluctuaciones, ya que son parte del desarrollo normal, por lo que no puede establecerse una división entre los dos estadios, pues la modificación es un proceso gradual y los fenómenos de las dos posiciones permanecen durante algún tiempo, mezclándose e interactuando. Sin embargo, en el desarrollo anormal pueden existir diversas perturbaciones esquizoides o maniaco-depresivas.

A continuación presento una breve revisión de dichas posiciones.

1.2.1.1 Posición esquizo-paranoide.

Klein (1948) explicó que esta posición se desarrolla en los primeros 3 o 4 meses de vida, y en ella la ansiedad es provocada por la innata polaridad de los instintos (de vida y de muerte) y por el impacto de la realidad externa (en Segal, 2010).

En esta posición el primer objeto, el pecho de la madre, es escindido en un pecho bueno –gratificador- y un pecho malo –frustrador-, condicionando así a la separación entre amor y odio (Klein, 1946) de esa figura. De forma que el Yo escindido, proyecta fuera de sí, la parte que contiene el instinto de muerte y la coloca en el objeto original (la madre), éste se vive como malo y amenazador, dando origen a un sentimiento de persecución, de forma que el miedo original al

instinto de muerte, se transforma en miedo a un objeto persecutorio. Así, la fantasía del objeto ideal (siempre gratificador) se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado, y la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas a objetos persecutorios (Segal, 2010).

La ansiedad predominante de la posición esquizo-paranoide, es de aniquilación. Es decir, que el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el Yo, por lo que avasallarán y aniquilarán tanto al objeto ideal como al Yo, de modo que la ansiedad es paranoide (persecutoria) y el estado del Yo se caracteriza por la escisión, que es esquizoide (Segal, 2010).

Para afrontar esta ansiedad el Yo desarrolla mecanismos de defensa, Klein (1946) describió los mecanismos puestos en marcha por el Yo. El primero de ellos es la *escisión*, que implica la división entre un pecho bueno y otro malo, el pecho frustrador es atacado por medio de fantasías sádico-orales, y es percibido como “hecho pedazos” (destruido), mientras que el pecho gratificador que es incorporado bajo el dominio de la libido por medio de la succión, se siente como completo, de manera que este primer objeto interno bueno actúa como punto central del Yo, contrarrestando la dispersión y contribuyendo a la cohesión e integración, es decir, a la construcción del Yo. Sin embargo, la ansiedad y frustración dificultan mantener la división entre bueno y malo, y el niño puede sentir que también el pecho bueno está hecho pedazos. De forma que se considera que el Yo es incapaz de escindir al objeto (interno y externo) sin que se escinda también el Yo.

En 1957 Klein describió el proceso de *disociación*, al respecto mencionó que la tendencia del Yo a disociarse y disociar sus objetos se produce debido a la falta de cohesión que el Yo presenta al nacer, porque es una defensa contra la ansiedad primordial siendo así, un medio para preservar al Yo. Consideró además a la disociación como una precondition para la relativa estabilidad del niño pequeño, ya que en los primeros meses de vida se mantiene separado el objeto

bueno del malo y así lo preserva, lo que contribuye al aumento en la seguridad del Yo. Esta división primaria solo puede tener éxito si hay una capacidad adecuada para amar y el Yo es relativamente fuerte, haciendo que la futura integración se base en un objeto fuertemente arraigado en el núcleo del Yo, para lo cual es necesaria cierta cantidad de disociación, pues por medio de ésta se preserva al objeto bueno y posteriormente permite al Yo que sintetice sus dos aspectos (bueno-gratificador, malo-frustrador).

Otros de los mecanismos propuestos por Klein (1946) en esta posición son la *introyección* y la *proyección*, la proyección ayuda al Yo a superar la ansiedad, liberándolo de lo peligroso y de lo malo, por su parte la introyección del objeto bueno es usada como defensa contra la ansiedad.

La proyección aparece en principio ligada a la pulsión de muerte, cuya amenaza de destrucción interna se contrarresta al ser expulsada fuera del sujeto, de forma que la proyección de la agresión y de la libido permite la constitución de objetos parciales (pecho bueno y malo) (Bleichmar et al., 2011). De esta manera, no sólo se proyectan las partes malas del Yo, sino también las buenas, la proyección de sentimientos buenos y de partes buenas del Yo dentro de la madre es fundamental para que el niño desarrolle la capacidad de establecer buenas relaciones de objeto e integrar su Yo; pero si esta proyección es excesiva, se pueden sentir perdidas las partes buenas de la personalidad, trasformando a la madre en el ideal del Yo, debilitando y empobreciendo al Yo. La consecuencia de esto puede ser una extrema dependencia de otros, quienes representan debido a la proyección, las partes buenas del Yo (Klein, 1946).

Por su parte, la introyección de los primeros objetos lleva a la construcción de los objetos internos (Bleichmar et al., 2011), ya que el objeto interno bueno, constituye una parte central del Yo y contribuye a su cohesión, por medio de esta introyección del objeto bueno se tiende a idealizarlo y al presentarse estados de frustración y ansiedad, buscarlo como medio de escape de los perseguidores que provocan dicha ansiedad. Sin embargo, cuando el temor persecutorio y la fuga

hacia el objeto idealizado son excesivas, el desarrollo del Yo y las relaciones de objeto se ven dañados (Klein, 1946).

Otro de los mecanismos usados en la posición esquizo-paranoide, es la *idealización*, que se relaciona ampliamente con la escisión del objeto, pues se exageran los aspectos buenos del objeto como salvaguardia contra el temor al objeto persecutorio, surgen los deseos instintivos que aspiran a una gratificación sin límites, creando así la idea de un objeto (pecho) inagotable y siempre generoso (Klein, 1946). Más adelante Klein (1957) menciona la necesidad del bebé de tener un pecho inagotable que le dé no sólo alimento, sino que lo libere de los impulsos destructivos y de la ansiedad persecutoria.

La *negación* es otro mecanismo de defensa, este se encuentra ligado (al igual que la idealización) con la escisión, ya que se niega la frustración y la persecución, teniendo separado el objeto frustrador y persecutorio, del idealizado. De forma que, en la negación se hace omnipotente al objeto bueno, negando así la existencia del objeto malo y de la situación dolorosa, aniquilando inconscientemente al objeto, por medio del impulso destructivo, sin embargo, queda también negada y aniquilada una parte del Yo (Klein, 1946).

Finalmente, se encuentra en esta posición el mecanismo defensivo de *identificación proyectiva*, que surge de la proyección original del instinto de muerte, en ella se escinden y apartan partes del Yo y de los objetos internos, se les proyecta en el objeto externo, quedando poseído y controlado por las partes proyectadas e identificado con ellas. Este mecanismo puede usarse para dirigirlo hacia el objeto ideal, evitando la separación, o hacia el objeto malo para obtener control de la fuente de peligro. Además se puede proyectar partes malas del Yo, liberándose así de ellas, o para atacar y destruir el objeto; o proyectar partes buenas para evitar la separación, mantenerlas a salvo de la maldad interna o para mejorar al objeto externo por medio de una primitiva reparación proyectiva (Segal, 2010).

Segal (2010) menciona que la ansiedad que origina la identificación proyectiva es: “el miedo de que el objeto que se ha atacado proyecte sobre uno en retaliación, y la ansiedad de tener partes de uno mismo aprisionadas y controladas por el objeto en que se las ha proyectado” (p.35), es decir, que partes buenas del Yo han sido robadas y ahora son controladas por otros.

Además si la identificación proyectiva se da en medio de sucesos adversos (por ejemplo, la falta de gratificación en los primeros meses de vida, la falta de satisfacción en la alimentación o en los cuidados; o el no identificar partes buenas de sí mismo, que lo lleven a identificarse con objetos externos de manera indiscriminada) y se proyectan en el objeto las partes disociadas del individuo, lleva a una fuerte confusión entre individuo y objeto, en la que este último representa también al individuo, tras lo cual viene un debilitamiento del Yo y una perturbación en las relaciones de objeto (Klein, 1957).

Sin embargo, la identificación proyectiva tiene también partes positivas, ya que es la forma más temprana de empatía y la capacidad para ponerse en el lugar del otro. Además de ser la base para la formación de símbolos, ya que al proyectar partes de sí en el objeto e identificar partes del objeto con partes del Yo, este forma sus primeros y más primitivos símbolos (Segal, 2010), tema que se abordará más adelante.

En el desarrollo normal, en la posición esquizo-paranoide se escinde en objeto bueno y malo, el Yo que ama y que odia, escisión en que las experiencias buenas predominan sobre las malas, sin embargo, cuando las experiencias malas - ya sea por razones internas, externas o ambas- predominan sobre las buenas, se dan perturbaciones y la identificación proyectiva se usa de manera patológica, ya que la ansiedad y los impulsos hostiles y envidiosos son muy intensos y la parte proyectada es hecha pedazos y desintegrada en fragmentos diminutos; estos fragmentos se proyectan en el objeto, desintegrándolo a su vez en partes diminutas (Segal, 2010), lo cual desintegra a su vez al Yo.

Cabe mencionar que en esta posición el superyó forma sus primeras raíces, pues los objetos ideales y persecutorios comienzan a formarlo, el objeto persecutorio es percibido como autor de castigos crueles y retaliatorios; y el objeto ideal con el que el Yo desea identificarse se convierte en la parte del Superyó correspondiente al ideal del Yo, que se vuelve también persecutorio por sus elevadas exigencias de perfección (Segal, 2010).

1.2.1.2 Posición depresiva.

Klein (1948) considera que esta posición se desarrolla entre los 3 y 6 meses de vida. Aunque en realidad aún en los primeros meses de vida se pueden encontrar presentes y de manera paralela a la posición esquizo-paranoide, interfiriendo ambos procesos con el progreso de integración del Yo. En esta fase del desarrollo los aspectos amados y odiados de la madre ya no son percibidos tan separados, y se va formando un objeto total, no parcializado. De forma que se produce el miedo a la pérdida y sentimientos de culpa, similares al duelo, pues se siente que los impulsos agresivos se dirigen al objeto amado (Klein, 1946), de manera que la ansiedad surge ahora de la ambivalencia, y se debe a que el bebé cree que sus propios impulsos han destruido o pueden destruir al objeto amado del que depende (Segal, 2010), es decir, la ansiedad depresiva ante la pérdida.

La experiencia de sentimientos depresivos va integrando al Yo, pues contribuye a una mayor comprensión de la realidad psíquica, así como mayor percepción del mundo externo y mayor síntesis entre situaciones internas y externas (Klein, 1946). De esta manera el bebé percibe a la madre de forma más completa, lo que implica una mayor identificación con ella y una relación más estable; además, la relación con el padre y con otras personas del ambiente, tienen cambios similares, de forma que el padre también es percibido como persona completa. Aunado a esto, disminuye la escisión teniendo así objetos más totales que parciales (Klein, 1948).

Cuando el bebé percibe a la madre como objeto total, es capaz de recordarla, de igual manera recuerda las gratificaciones anteriores en momentos en que la madre parece frustrarlo, y viceversa, experiencias anteriores de frustración mientras lo gratifica; logrando reconocer que es una misma persona –él mismo- quien ama y odia al objeto (Segal, 2010).

Aunado a esto, comienza a distinguir los objetos externos de los internos, lo que lleva a distinguir también entre fantasía y realidad externa, logrando crear un sentido de realidad psíquica y diferenciándolo de la realidad externa (Segal, 2010).

Durante esta fase aparece el impulso a la reparación, debido al mayor insight de la realidad psíquica y a la creciente síntesis (Klein, 1946). Esto se debe a que la ansiedad persecutoria disminuye y la ansiedad depresiva aumenta, puesto que es un persona (objeto) amada (internalizada y externa) la que se siente dañada por impulsos agresivos. Enfrentándose además con una realidad psíquica muy dolorosa –quejas y reproches que vienen de la madre y del padre internalizados dañados, que ahora son objetos totales -, lo que lleva a la necesidad de reparar, preservar o revivir los objetos amados, es decir, surge la tendencia a la reparación (Klein, 1948).

Así pues, la ansiedad depresiva es el proceso por medio del cual el Yo sintetiza los impulsos destructivos y los sentimientos de amor hacia un objeto, el impulso de anular o reparar el daño proviene de sentir que el sujeto mismo lo ha causado, es decir, de la culpa (Klein, 1948).

En este sentido la culpa experimentada surge al igual que la ansiedad depresiva de la introyección del objeto como un todo. Por lo que en la posición depresiva el Yo más integrado y fuerte, tiene mayor capacidad de soportar el dolor de la culpa logrando así desarrollar las defensas correspondientes, en particular, la tendencia a reparar (Klein, 1957).

Segal (2010) explica que la reparación viene tras la culpa y desesperación por haber perdido al objeto, por lo cual se busca restaurarlo y recrearlo, para de este modo recuperarlo tanto externa como internamente. Es así que el conflicto amor-odio incrementa y el amor se ocupa de dos cosas, por un lado de controlar la destructividad y por otro de reparar y restaurar el daño realizado. Pudiendo entonces conservar el amor y las relaciones aún con conflictos y dificultades. De este modo las fantasías y actividades reparatorias resuelven las ansiedades depresivas. Una parte importante de la reparación es aprender a renunciar al control omnipotente del objeto y aceptarlo como realmente es.

En este sentido, la reparación es la elaboración adecuada de la posición depresiva, sin embargo, en ocasiones puede ser usada de como una defensa maniaca, Segal (2010) menciona que la reparación maniaca:

1. No se refiere a los objetos originales o internos, sino a los más remotos.
2. No es necesario sentir que uno mismo dañó al objeto destinatario de la reparación.
3. Se siente al objeto inferior, dependiente, y despreciable.

Puede observarse que por medio de la reparación maniaca, no puede haber verdadero amor ni valoración del objeto reparado, pues esto amenazaría el retorno a los verdaderos sentimientos depresivos, por lo que la reparación maniaca no puede completarse, ya que si lo hiciera, el objeto completamente restaurado se haría digno de amor, aprecio, libre del control omnipotente y del desprecio maniaco, dándole de nuevo valor, lo cual lo expondría a ser de nuevo atacado con odio y desprecio. Así, la reparación maniaca no logra aliviar la culpa (Segal, 2010).

Relacionado con la culpa, es importante mencionar que en la posición depresiva, el Superyó se modifica, ya que al irse integrando el objeto ideal y el persecutorio, el Superyó también se va integrando, aunque en las fases

tempranas de la posición depresiva es percibido como muy severo y persecutorio, a medida que se integra y se acerca más a una imagen de padres buenos y amados, se convierte en la fuente de los sentimientos de culpa y ayuda a luchar contra los impulsos destructivos (Segal, 2010).

Existen otras defensas que pueden surgir en esta posición para enfrentar los sentimientos de culpa y pérdida, estas son la tríada de: triunfo, control omnipotente y desprecio en las relaciones de objeto, pues existen fantasías de dominar y controlar el objeto para no sufrir por su pérdida (Segal, 1964, citado en Bleichmar et al., 2011).

Las defensas de la posición depresiva son normales en el desarrollo, pero si la posición depresiva no se elabora adecuadamente se produce una regresión a la posición esquizo-paranoide (Segal, 2010). Además, los mecanismos esquizoides siguen siendo poderosos, de forma que la elaboración de la posición esquizo-paranoide y depresiva se extienden durante los primeros años de la niñez (Klein, 1946).

Si en la posición esquizo-paranoide el desarrollo no ha sido óptimo y el niño no puede, sea por razones internas o externas, manejar el impacto de las ansiedades depresivas, se da un círculo vicioso en el cual el temor persecutorio y los mecanismos esquizoides son muy intensos, por lo cual el Yo no puede elaborar la posición depresiva, éste regresa a la posición esquizo-paranoide, refuerza temores persecutorios y fenómenos esquizoides (Klein, 1946).

La ansiedad depresiva, la culpa y la tendencia reparatoria solo se experimentan cuando los sentimientos de amor predominan sobre los impulsos destructivos, es decir, el instinto de vida supera al instinto de muerte, es así que el Yo puede integrarse y sintetizar los aspectos contrastantes del objeto (Klein, 1948).

La posición depresiva, nunca se elabora por completo, ya que siempre existen ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa, así como

situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Se observa que los objetos externos buenos de la vida adulta, simbolizan y contienen aspectos del primer objeto bueno interno y externo, de forma que cualquier pérdida de la vida posterior puede reavivar la ansiedad de pérdida, del primer objeto interno bueno (Segal, 2010).

Si en la posición depresiva, el bebé logra establecer un objeto interno bueno, adecuadamente afianzado, las situaciones posteriores de ansiedad depresiva no lo llevarán a dificultades, sino a una elaboración fructífera, enriquecedora y dirigida a la creatividad. Si por el contrario en dicha posición, no se elabora suficiente creatividad del Yo, así como capacidad de recuperar los objetos buenos, externa e internamente, el desarrollo posterior es menos favorable, el Yo tiene una constante ansiedad de perder las situaciones internas buenas, pues se encuentra empobrecido y debilitado, la relación con la realidad es frágil, existe el temor y amenaza de regresión (Segal, 2010).

1.2.1.3 Interacción entre la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva.

Como mencioné anteriormente, las posiciones no son lineales, ni va una después de la otra, sino que se oscila en ellas, sin embargo, el poder entrar en la posición depresiva, experimentando culpa y la tendencia a reparar, indica la presencia de un Yo más integrado y fuerte.

Klein (1948) menciona que durante los primeros meses de vida, aunque predomina la ansiedad persecutoria, los procesos depresivos y de culpa comienzan, pero la ansiedad persecutoria interfiere rápidamente en el proceso de integración, de modo que las experiencias de ansiedad depresiva, culpa y reparación sólo son transitorias. De forma que el objeto amado que ha sido dañado, se convierte en perseguido, por lo que el impulso reparatorio se convierte en la necesidad de apaciguar al perseguidor.

Aun en la posición depresiva en donde el Yo más integrado introyecta e instaura a la persona completa, continua la ansiedad persecutoria, experimentando además de la aflicción, depresión y culpa, ansiedad persecutoria relacionada con el aspecto malo del Superyó (Klein, 1948).

Cabe mencionar que para Klein (1957) mientras más predominen los rasgos depresivos sobre los paranoides y esquizoides, mayores son las perspectivas de mejora (cura), ya que los pacientes con ansiedades paranoides y mecanismos esquizoides son menos capaces de experimentar una transferencia positiva, además de tener ansiedades persecutorias despertadas por la interpretación, son menos capaces de mantener sentimientos de amor, con estos pacientes el éxito es limitado y frecuentemente no puede lograrse.

1.2.1.4 Conclusión de las posiciones.

En los primeros meses de vida la ansiedad que predomina es de persecución, lo que contribuye a la presencia de mecanismos y defensas esquizo-paranoides, como: escindir tanto a los objetos internos y externos, emociones y al Yo; negación, idealización, introyección, proyección, identificación proyectiva. Dichos mecanismos son parte del desarrollo normal, pero si no se van elaborando pueden considerarse patológicos. La entrada en la posición depresiva puede reforzar a los mecanismos esquizoides y llevar a una regresión (Klein, 1946). Sin embargo, cuando el Yo se encuentra más integrado, como resultado de un proceso de trabajo psicoanalítico (o en los casos que se da por medio del desarrollo normal) es capaz de experimentar culpa y sentimientos de responsabilidad, se efectúa la síntesis del objeto, y la mitigación del odio por el amor, decrece la ansiedad persecutoria y los mecanismos esquizoides y se puede ir elaborando la posición depresiva (Klein, 1957).

1.2.2 Proceso de separación individuación.

Mahler, Pine y Bergman (1977) mencionan que el nacimiento biológico del infante humano y el *nacimiento psicológico* no coinciden en el tiempo, pues el primero es

observable y el segundo un proceso intrapsíquico de lento desarrollo, que requiere que se lleve a cabo el proceso de *separación individuación*. Antes de dicho proceso, existen algunas características normales dentro del desarrollo, estas son:

1.2.2.1 La fase autística normal.

Esta fase abarca el primer mes de vida, en ella se considera una relativa ausencia de catexia de los estímulos externos. Se observa con claridad la barrera que se opone a los estímulos, una falta innata de respuesta a los estímulos externos. De manera que el infante pasa la mayor parte del día en un estado de semi sueño y semi vigilia. Se mueve básicamente por medio de las necesidades fisiológicas, llora cuando alguna de estas lo activan (hambre u otras tensiones) y vuelve a dormir al verlas satisfechas.

Se le considera *autismo normal*, ya que el infante parece estar en una situación de desorientación alucinatoria primitiva, donde la satisfacción de necesidades parece pertenecer a su propia orbita "incondicionada", omnipotente y autística.

Ribble (1943, citado en Mahler et al., 1977) menciona que lo que saca al infante de esta fase es la maternación, de forma que promueve la conciencia sensorial del ambiente y del contacto con el. Se observan dos estadios dentro de esta fase, el primero existe un narcisismo primario absoluto (durante las dos primeras semanas de vida) donde no hay conciencia de un agente externo maternante. El segundo, en donde existe una conciencia (primaria) de que uno mismo no puede proveer la satisfacción de necesidades, sino que provienen de algún lugar fuera del sí-mismo.

La tarea de esta fase es lograr el equilibrio homeostático del organismo dentro del nuevo ambiente extrauterino, por mecanismos somatopsíquicos. La fase autística normal sirve para la consolidación postnatal del desarrollo fisiológico extra uterino, promueve la homeostasis.

1.2.2.2 La fase simbiótica.

Es a partir del segundo mes cuando comienza esta fase, donde el infante se comporta y funciona como si él y su madre fueran un sistema omnipotente, una unidad dual dentro de un límite unitario común. Sin embargo, la necesidad que el infante tiene de su madre es absoluta, y la necesidad que la madre tiene del infante es relativa (Mahler et al., 1977).

De esta manera la *simbiosis* es un estado de indiferenciación, de fusión con la madre, en donde el “yo” no está diferenciado del “no-yo”; y en donde lo interno y externo sólo van sintiéndose como diferentes de manera gradual.

En este momento la órbita simbiótica reemplaza a la barrera instintiva innata que se opone a los estímulos y protege al Yo rudimentario de una tensión prematura.

Hacia el tercer mes, la recepción sensorial de naturaleza contacto-perceptual, facilita la entrada del infante en el estadio simbiótico propiamente dicho como lo indica Spitz (citado en Mahler et al., 1977). Cabe mencionar que en esta fase prevalece aún el narcisismo primario, aunque no es tan absoluto como lo era en la fase autística, es cuando el infante comienza a percibir la satisfacción de sus necesidades como algo que viene de algún objeto-parte, aunque aún este dentro de la órbita simbiótica.

De forma paralela ocurre la demarcación de las representaciones del Yo corporal dentro de la matriz simbiótica. Recordando que Freud (1923, citado en Mahler, 1977) considera que el Yo corporal se moldea bajo el impacto de la realidad y de los impulsos, y contiene dos clases de autorrepresentaciones, el núcleo interno de la imagen corporal, como un límite vuelto hacia el interior que separa a éste del Yo, y una capa externa de engramas sensoperceptivas que contribuye a la fijación de los límites del “sí mismo”.

La fase autística normal marca la capacidad filogenética del ser humano para investir a la madre dentro de una unidad dual, que constituye la base a partir de la cual se forman todas las relaciones humanas siguientes.

El autismo normal y la simbiosis normal son prerequisites del comienzo normal del proceso de separación-individuación. Estos dos estadios son de *no diferenciación*, el primero es no objetal y el segundo preobjetal (Spitz, 1965, citado en Mahler et al., 1977).

Propiamente, dentro del *nacimiento psicológico* que es en sí el *proceso de separación individuación* consta de 4 subfases:

1.2.2.3 La diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal.

Alrededor de los 4 o 5 meses comienza la subfase de diferenciación y termina hasta el 7 u 8 mes (Bleichmar et al., 2011). Un indicador del inicio de esta fase es la sonrisa específica hacia la madre, lo cual habla de que se ha establecido un vínculo específico entre el infante y su madre (Bolwby, 1958, citado en Mahler et al., 1977).

Se da además lo que Mahler et al. (1977) denominan la *ruptura del cascarón*, que se refiere a que, la atención del infante en los primeros meses de la simbiosis se dirigía mayormente hacia adentro o se enfocaba a la órbita simbiótica, ahora se expande gradualmente hacia el exterior, durante el aumento en los períodos de vigilia del niño, que ya no parece entrar y salir del estado de alerta, sino que sensorialmente permanece más en la alerta por encontrarse en estado de vigilia. Se combina además con los recuerdos de las idas y venidas de la madre, de experiencias “buenas” y “malas”, estas últimas que pueden ser aliviadas no por el Yo, pero si se tiene la confianza que serán aliviadas por la madre.

Alrededor de los 6 meses comienzan intentos de separación-individuación, el infante jala el cabello, orejas o nariz de la madre, pone comida en la boca de la

madre y tensa su propio cuerpo para alejarse de ella y verla mejor, para poder explorarla así visualmente, además de manual y táctilmente el rostro y el cuerpo de la madre. De esta forma el bebé puede identificar entre lo que es “madre” y “no madre”, entre sí mismo y su compañera simbiótica (Bleichmar et al., 2011).

Dentro de esta subfase de diferenciación, el infante adopta activamente la pauta de sedación preferida por su madre y usa objetos de transición entre estar separado de ella y estar junto a ella (Bleichmar et al., 2011), por lo que en esta subfase se destaca la importancia de los objetos y situaciones transicionales, tal como lo describe Winnicott (1953, citado en Mahler et al., 1977), relacionado con la preferencia del infante por un objeto que siempre es el mismo, blando, flexible, cálido y saturado de los olores corporales.

Cabe mencionar que esta *ruptura de cascarón*, puede ser prematura o demorada, lo cual puede tener alteraciones en el proceso de separación-individuación, por ejemplo el niño puede ser lento para madurar en las funciones motrices o ser menos enérgico, desarrollar ansiedad ante extraños, no desarrollar confianza, entre otras posibles dificultades.

1.2.2.4 Ejercitación locomotriz.

El período de ejercitación está dividido en dos partes (Mahler et al., 1977):

1. Capacidad del infante de alejarse gateando, trepando, poniéndose de pie, pero aún agarrado.

Este periodo va de los 8 meses aproximadamente al comienzo de la marcha libre. La maduración de funciones locomotrices durante el primer período de ejercitación, produce el más saludable efecto sobre niños con una relación simbiótica intensa pero insatisfactoria, ya que las madres muy ansiosas que no pueden aliviar la pesadumbre del bebé en las fases simbióticas y de diferenciación, sienten alivio cuando el infante se vuelve menos frágil, vulnerable y más independiente.

La manera en que se experimenta este nuevo mundo parece estar relacionada con la madre, que aún es el centro del universo, desde el cual el niño va saliendo gradualmente y ampliando su mundo. De esta forma, las exploraciones tempranas sirven para que el infante pueda familiarizarse con un segmento más amplio del mundo y para percibir, reconocer y gozar de la madre a mayor distancia.

2. Periodo de ejercitación propiamente dicho, caracterizado por la locomoción vertical libre.

Esta subfase va de los 10-12 meses a los 16-18 meses de edad, la nueva implicación para el infante radica en la posibilidad de cambiar el plano de su visión, ya que ahora tiene la postura vertical. La marcha le da al niño, un gran aumento en los descubrimientos y pruebas de realidad del mundo mediante su propio control y dominio. Sin embargo Anthony (1971, citado en Mahler et al., 1977) menciona la necesidad de apoyo emocional materno que tiene el niño en este momento de la subfase de ejercitación. Esto se refiere a la actitud que toma la madre, y las posibilidades que tiene el infante respecto a la madre, y retoma a Kierkegaard, mencionando:

La madre amante enseña a su hijo a caminar solo. Está bastante lejos de él, de modo que en realidad no puede servirle de sostén, pero le tiende los brazos. Ella imita los movimientos del niño, y si éste tambalea, se inclina rápidamente como para agarrarlo, de modo que el niño puede creer que no está caminando solo...Y sin embargo la madre hace más aún. Su rostro anuncia una especie de recompensa, de aliento. Así, el niño camina solo con sus ojos fijos en el rostro de su madre, no en las dificultades de su camino. Lo apoyan brazos que no lo agarran, y se esfuerza constantemente por alcanzar el refugio del brazo de su madre, casi sin sospechar *que en el momento mismo en que insiste en que la necesita, está demostrando que puede valerse sin ella*, porque está caminando solo.

En el caso de la otra madre (*la no amante*), la situación es muy diferente:

No hay ninguna señal de aliento, ninguna bendición al final del recorrido. Hay el mismo deseo de enseñar al niño a caminar solo, pero no como lo hace la madre amante. En efecto, hay ahora temor, que envuelve al niño. Ese temor lo abrumba y no lo deja avanzar. Hay el mismo deseo de guiarlo a la meta, *pero la meta se vuelve de repente aterradora*. (Kierkegaard, 1846, citado en Mahler et al., 1977 p. 85).

Lo cual representa la importancia de la función de la madre, para permitir que su pequeño se atreva a andar por sí mismo, así como el apoyo y contención emocional que debe brindarle.

La mayoría de niños en esta parte de la subfase de ejercitación, se muestran contentos, aun con las caídas o golpes, en ocasiones *bajan de tono emocional*, al percatarse de la ausencia de la madre, y se restablecen al reencuentro con ella.

1.2.2.5 Acercamiento.

Esta fase consta de dos pautas principales, la de seguimiento (vigilancia y seguimiento de todos sus movimientos) de la madre y la de huida de ella. Se redescubre a la madre como un individuo separado y se regresa a ella después de la ejercitación. En esta etapa ya se percibe a la madre como separada y exterior. Se presentan reacciones adversas ante las separaciones breves y no es fácil sustituirla (Mahler, Pine y Bergman, 1987, en Esquivel, Heredia y Lucio, 2007).

En el lapso que el niño pasa de ser pequeño (12 a 15 meses) a grande (alrededor de los 24 meses), comienza a experimentar los obstáculos que entorpecen el camino de su "regocijo" (de la subfase de ejercitación), es decir, el descubrimiento de sus habilidades, capacidades, etc., de modo que comienza

entonces a darse cuenta que debe enfrentar al mundo más o menos “por sus propios medios”.

A partir de esto, surge en el niño, el temor de perder el amor del objeto (y no ya el objeto en sí). Al darse cuenta de su separación, busca mecanismos para resistir y contrarrestar la separación real de la madre. Sin embargo, aunque se insista, la realidad es que el pequeño y su madre ya no pueden seguir funcionando eficazmente como una unidad dual. De este modo, la comunicación verbal se va haciendo más necesaria, pues gestual o preverbalmente ya no se logra satisfacer (Mahler et al., 1977).

La actitud de la madre puede variar, ya sea que reaccione a las exigencias del niño con disponibilidad emocional continua y participación juguetona, lo que es esencial para que el Yo autónomo del niño alcance su capacidad funcional adecuada, además de alentar al pequeño hacia su independencia; o con actitudes menos deseable (Mahler et al., 1977).

Mahler divide esta subfase de acercamiento en tres (Mahler et al., 1977; Bleichmar et al., 2011):

1. Comienzo del acercamiento: Ocurre alrededor de los 15 meses, disminuyen los esfuerzos exploratorios de la subfase anterior, los niños regresan a su madre, no para lograr una recarga emocional por la proximidad de esta, sino para compartir con ella sus logros y hallazgos. En este momento, el niño ya la siente como un objeto separado, lo que provoca ansiedad y temor, pero a la vez estimula el sentimiento de autonomía y refuerza su Yo (Mahler et al., 1977; Bleichmar et al., 2011).
2. Crisis del acercamiento: Abarca de entre los 18-20 meses a los 24 y posteriores. Mahler y sus colaboradores observaban alrededor de los 18 meses, aumento de la ansiedad de los niños por ejercitar su autonomía. Con lo que había conflictos por el deseo de estar separado y ser omnipotente, y por hacer que la madre satisficiera de modo mágico sus

deseos. Es un período que se caracteriza por el deseo alternado de alejar a la madre y de aferrarse a ella, lo que se denomina “ambitendencia” (Mahler et al., 1977; Bleichmar et al., 2011).

En este momento el deseo de funcionar mediante el propio Yo puede ser muy amenazador para el niño, pues el deseo de ser autónomo y separado de la madre, de dejarla, podría significar emocionalmente que la madre lo quiere dejar.

Los mecanismos defensivos en esta fase son la escisión, pues el niño separa lo “bueno” y lo “malo” y proyecta alternativamente uno y otro objeto tanto en la figura de la madre, como en los sustitutos maternos. Se usa además la identificación como una manera de calmar la ansiedad, esta identificación se hace con la madre o con el padre (Mahler et al., 1977; Bleichmar et al., 2011).

3. Moldeamiento de la distancia óptima: Comienza a darse alrededor de los 21 meses. Existen algunas precondiciones para posibilitar la capacidad para funcionar a mayor distancia, sin la presencia física de la madre, que son: *Desarrollo del lenguaje*, el infante puede nombrar los objetos, nombrarse a sí mismo en el espejo, hacer uso del pronombre “yo”, nombrar a sus familiares, lo que le da sensación de control sobre su ambiente; *Internalización de objetos buenos y reglas*, que constituyen las partes precursoras del superyó; *Juego simbólico*, por medio del cual se expresan deseos y fantasías (Mahler et al., 1977; Bleichmar et al., 2011).

En esta fase se da también el *comienzo de la identidad sexual*: se logra reconocer las diferencias entre sexos. De forma que el niño tiene el recurso de identificación con el padre, a pesar de haber descubierto su pene desde antes, la posición vertical facilita la exploración visual y sensorio-motriz del pene. Por su parte la niña suele reaccionar con cólera ante su madre, ante el descubrimiento de que no tiene pene.

1.2.2.6 La consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional.

Abarca el tercer año de vida. Dentro de esta subfase la tarea a lograr es doble, por un lado el logro de una individualidad definida; y por otro, el logro de cierto grado de constancia objetal.

En lo que se refiere al sí mismo, hay una estructuralización del Yo, y se producen signos de internalización de exigencias parentales, que indican la formación de precursores del Superyó

En lo que se refiere al establecimiento de la constancia objetal afectiva-emocional (Hartmann, 1952, citado en Mahler et al., 1977) depende de la internalización positivamente catexiada de la madre, que permite al niño funcionar separadamente, aún con moderados grados de tensión e incomodidad.

Para que el niño logre dicha constancia e integración, requiere: *Confianza de que la madre simbiótica proporcionará alivio a las tensiones y necesidades vitales*, confianza derivada de una simbiosis normal. Las satisfacciones dadas por la compañera simbiótica, pueden ser atribuidas a un objeto total. Y *adquisición cognitiva que permite al niño "saber" que el objeto existe, aunque él no lo perciba*.

Mahler (en Bleichmar et al., 2011) propone tres características para saber cuándo se ha logrado la constancia objetal:

1. El objeto debe estar disponible intrapsíquicamente, es decir, poder ser evocado sin dificultad.
2. El objeto debe estar investido de energía libidinal o neutralizada.
3. El Yo no debe recurrir con facilidad a la escisión de las representaciones en objeto bueno y malo, es un objeto total disponible para el sujeto.

El logro de la individualidad se da a partir de la diferenciación, por medio del despliegue de funciones cognitivas complejas como la comunicación verbal, la fantasía y la prueba de realidad, que lleva al niño a una rápida diferenciación desde los 20 o 22 meses aproximadamente, hasta alrededor de los 30 o 36 meses se desarrolla la individuación.

1.3 Mecanismos de defensa

Como se mencionó previamente, los mecanismos de defensa constituyen una de las funciones del Yo. Estos han sido descritos por diversos autores, ya en 1894 Sigmund Freud lo uso para describir las luchas del Yo contra ideas y afectos dolorosos e insoportables (en Cacheux, 2008). Luego el término fue abandonado y sustituido por “represión” (Freud, A. 1961, citado en Cacheux, 2008).

Los mecanismos de defensa funcionan de manera inconsciente y sólo por medio de un gran esfuerzo pueden ser llevados a la consciencia (Cacheux, 2008). Los mecanismos de defensa son funciones psíquicas reguladoras de las cargas de energía para disminuir la tensión (Vels, 1990).

Perry et al. (1993) y P. Kernberg (1994 en Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2002) los agrupan en defensas: normales, neuróticas, limítrofes y psicóticas, esto, según el tipo de organización de personalidad que predomine, la diferenciación general entre los tipos de organización serán abordadas en el capítulo siguiente. A continuación menciono los mecanismos de cada una de dichas organizaciones.

De acuerdo a P. Kernberg et al. (2002) los mecanismos de cada *organización* son:

- *Organización normal*: Adaptación, anticipación, solución de problemas, supresión, sublimación, altruismo, afiliación, identificación y humor.
- *Organización neurótica*: Intelectualización, racionalización, aislamiento, hacer y deshacer, negación, formación reactiva, represión, proyección,

integración, regresión, somatización, volver la agresión hacia sí mismo y evitación.

- *Organización limítrofe*: Negación, escisión, identificación proyectiva, idealización primitiva, devaluación primitiva, control omnipotente e identificación con el agresor.
- *Organización psicótica*: Desdiferenciación, constricción, deanimación, dispersión, desmantelamiento, encapsulamiento autista, fusión, inmovilización, hipocondriasis e inversión de afectos.

Cabe señalar que los mecanismos de defensa de la organización limítrofe se describirán en el capítulo dos, en donde se aborda dicha organización.

1.4 Proceso de Simbolización

El término simbolización, se refiere a la acción de simbolizar, que significa: servir una cosa, fenómeno o hecho como representación o explicación de otra (Farlex Dictionary, 2014). Se relaciona con el término *símbolo*, que a su vez proviene del latín *symbolum*, y del griego *symbolon*, signo, contraseña. La voz griega derivada del verbo *synballein*, se compone de *syn*, que significa juntamente, y *ballein*, que significa lanzar, tirar, arrojar; es decir *lanzar conjuntamente y reunir* (Etimología de Símbolo, 2014). Segal (1957) menciona que el término se usaba por los griegos para significar reunir, reconciliar, integrar.

Existen diversos enfoques bajo los cuales puede comprenderse la simbolización, como la cognoscitiva o la psicoanalítica. Para fines del presente trabajo me referiré únicamente al proceso de simbolización, desde el punto de vista del psicoanálisis.

En psicología el proceso de simbolización puede ser comprendido desde aspectos cognitivos o emocionales. Acaso (2000, citado en Espinosa, 2010) menciona que la simbolización es fundamental en los procesos de intervención

psicoterapéutica, pues a través de lo que el niño dice o hace se puede obtener información acerca de cuestiones cognitivas, emocionales y creativas.

Para Freud la simbolización fue considerada como el mecanismo de elaboración más importante en los sueños, de forma que el terapeuta o analista que trabaja con material onírico, dibujos, discurso o juego, debe pasar del nivel del símbolo, como contenido manifiesto, al nivel de significado, es decir, al contenido latente (Espinosa, 2010).

Para Speier (1991, citado en Espinosa, 2010) el símbolo es un signo de una experiencia dinámica cargada de energía, que se deriva del hecho de que expresa una imagen, una experiencia que por su complejidad y unicidad elude a la formulación intelectual.

Espinosa (2010) menciona que la simbolización, es un proceso indispensable en el desarrollo del psiquismo, pues en esta influyen aspectos emocionales y cognoscitivos que se desarrollan dentro de las primeras relaciones de objeto.

Padilla (2003) define al simbolismo como un modo de representación indirecta y figurada de una idea, conflicto o deseo inconsciente, caracterizado por la constancia de la relación entre el símbolo y lo inconscientemente simbolizado. El símbolo surge como una necesidad del ser humano por tener una representación mental que refiera a objetos del entorno.

Por su parte Berrú (2011) define el proceso de simbolización como la capacidad del ser humano para reunir, juntar, integrar y utilizar todo lo que le ofrece el mundo externo (sean objetos, personas, palabras, etc.) y hacerlas como una representación de algo propio, es decir, representar en lo externo una representación interna. Segal (1957) menciona que se trata de un proceso continuo de reconciliación e integración de lo interno con lo externo, del sujeto con el objeto, de las experiencias tempranas con las posteriores.

Por lo que la comprensión e interpretación del simbolismo inconsciente, es un instrumento fundamental en la psicoterapia. Puesto que en ocasiones el psicólogo o psicoterapeuta se enfrenta a la tarea de comprender y reconocer el significado, no solo de un símbolo en particular, sino del proceso de la formación de símbolos (Segal, 1957).

Segal (1957) continua diciendo que la formación de símbolos comienza tempranamente, desde la aparición de las relaciones de objeto, y de esta manera se va desarrollando junto con ellas y con el Yo, viéndose así reflejados en el contenido de los símbolos, su formación y el uso que se les da, el grado de desarrollo del Yo y las relaciones de objeto.

Klein (1930) menciona que el simbolismo es fundamento de toda sublimación y de todo talento, pues es a través de la ecuación simbólica que cosas, actividades e intereses se convierten en temas de fantasías libidinosas.

Por su parte Segal (1957) se refirió al término *ecuación simbólica* de forma más amplia, diferenciándola del símbolo como tal. En la ecuación simbólica los sustitutos de objetos originales o de partes del self son considerados como *no diferentes* del objeto original, sino que son sentidos y tratados como idénticos a éste, de modo que las propiedades del sustituto no son reconocidas ni admitidas. Esta no diferenciación representa dificultades en la relación entre el Yo y el objeto. De manera que al no diferenciar, una parte del Yo queda confundida con el objeto. Mientras que el símbolo es una creación del Yo.

Siguiendo la idea de que el símbolo es creado por el Yo, se puede considerar la propuesta de Morris (citado en Segal, 1957) quien consideró que para establecer un símbolo se requiere una relación de tres términos:

1. Una relación entre la cosa simbolizada (Objeto).
2. La cosa que funciona como símbolo (Símbolo).

3. La persona para quien la una representa la otra (Yo).

García (2007) coincide en este supuesto, ya que menciona que en la simbolización existe la posibilidad de dicha terciarización entre el elemento presente, el que remite y el tercero que permite la interpretación.

Por lo que la formación de símbolos siempre debe considerarse en el contexto de las relaciones del Yo con sus objetos.

Segal (1957) continúa en esta línea de que el símbolo es una actividad del Yo, destinada a elaborar las ansiedades que surgen en relación con el objeto, es decir, las ansiedades persecutorias (miedo a los objetos malos) y las ansiedades depresivas (miedo a perder o no lograr los objetos buenos).

De esta forma es que sobre el simbolismo se construye la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad en general y a medida que el Yo va evolucionando, es importante que logre establecer una verdadera relación con la realidad, ya que estos dos elementos: el desarrollo del Yo y la relación con la realidad, dependerán del grado de capacidad del Yo para tolerar la angustia. De manera que, una cantidad suficiente de angustia es una base necesaria para la formación de símbolos y de fantasías. Siendo entonces necesaria una adecuada capacidad del Yo para tolerar la angustia, para que el Yo pueda desarrollarse óptimamente (Klein, 1930).

Lo anterior fue ejemplificado por Klein (1930) en el caso de Dick, un niño de 4 años, que por la pobreza de su vocabulario, así como al desarrollo intelectual tenía un nivel de un niño de 15 o 18 meses, además carecía de afecto, era indiferente a la presencia o ausencia de las figuras maternas (madre o niñera), rara vez había manifestado angustia, demostraba gran insensibilidad al dolor, su torpeza física era notable, no era capaz de tomar chuchillos o tijeras y llamaba la atención como manejaba la cuchara al momento de comer.

En Dick, la angustia pudo manifestarse y ser así resuelta por medio de la interpretación, elaborándola y distribuyéndola sobre nuevas cosas e intereses, pudiendo ser tolerada por el Yo. En ese caso, Klein concluyó además que, si la simbolización no se produce, todo el desarrollo del Yo se ve detenido (Segal, 1957).

En relación a la formación de símbolos y las posiciones propuestas por Klein que se describieron anteriormente, se vincula con la posición esquizo-paranoide, en la que uno de los mecanismos de defensa predominantes es la identificación proyectiva, por lo que las primeras proyecciones e identificaciones son los comienzos del proceso de formación de símbolos, ya que el sujeto proyecta partes de sí mismo en el objeto, identificándose con éste. Así, los objetos internos son proyectados fuera e identificados con partes del mundo externo (Segal, 1957).

Klein consideró además que la génesis de la formación de símbolos puede verse en la posición depresiva, ya que en el deseo de proteger los objetos, llevan a la sublimación de los impulsos destructivos y la represión reemplaza a la escisión, permitiendo que el bebé inhiba parte de sus instintos y los desplace sobre sustitutos, de manera que los procesos de sublimación y formación de símbolos se vinculan también con la posición depresiva (Segal, 2010). De este modo, al estar el símbolo disponible para la sublimación y ser promotor del desarrollo del Yo, se siente como representante del objeto, así sus características propias son reconocidas, usadas y respetadas (Segal, 1957). García (2007) menciona que en este sentido lo simbolizado es el objeto perdido, se debe configurar la ausencia, la pérdida de la cosa, el desasimiento del objeto, dicha pérdida provocará displacer empujando así a la posibilidad de representación.

Segal (1957) apunta que el símbolo surge cuando los sentimientos depresivos predominan sobre los esquizo-paranoides y la separación, ambivalencia, culpa y pérdida pueden ser experimentadas y toleradas, usando así al símbolo para superar (y no para negar) la pérdida. Si en la posición depresiva,

el desarrollo es adecuado y después de repetidas experiencias de pérdida, recuperación y re creación, se establece en el Yo un objeto bueno, a medida que el Yo se desarrolla y se integra se dan tres cambios en las relaciones de objeto:

1. Mayor consciencia de la ambivalencia.
2. Disminución de la intensidad de la proyección.
3. Aumento en la diferenciación entre el self y el objeto.

Con ello se tiene un sentido de realidad interna y externa mayor, pudiendo diferenciarse más adecuadamente.

Por medio de la integración del Yo, al reconocer un objeto total, es necesario el símbolo, para desplazar la agresión que se tenía al objeto original, de forma que la culpa y el temor a la pérdida disminuyan. En tal situación el símbolo no es equivalente al objeto original (*no es una ecuación simbólica*), pues la finalidad del desplazamiento es proteger y salvar al objeto. Igualmente se crean símbolos en el mundo interno, para restaurar, recrear, recuperar y apoderarse del objeto original; esto sumado al incremento del sentido de realidad, hace que los símbolos sean sentidos como creaciones del Yo, que no pueden ser igualados por completo al objeto original, así al ser el símbolo una creación propia, puede ser usado libremente. Por lo cual, la capacidad de simbolizar disminuye la ansiedad y resuelve los conflictos simbolizándolos (Segal, 1957).

Esa es la importancia del desarrollo del Yo y de ambas posiciones, ya que si la posición depresiva no lleva un desarrollo óptimo, no se tendrá la capacidad de experimentar la culpa y el temor a la pérdida.

Es importante señalar que a pesar de haberse logrado el estadio depresivo del desarrollo, este no es irreversible, como ya he mencionado, se puede oscilar entre ambas posiciones, ya que, si las ansiedades son muy fuertes, puede darse una regresión a la posición esquizo-paranoide, recurriendo nuevamente a la

identificación proyectiva como defensa ante la angustia, y los símbolos que ya se habían establecido y funcionado en la sublimación, retroceden a ecuaciones simbólicas concretas (Segal, 1957).

Finalmente es de gran importancia saber que la formación de símbolos rige la capacidad de comunicarse, pues toda comunicación se realiza por medio de símbolos, así los símbolos son necesarios para la comunicación tanto externa como interna (Segal, 1957).

Simbolismo en la psicoterapia de juego.

Dentro del juego los símbolos requieren una interpretación particular que incluye: la psicodinámica del niño, el símbolo del juguete, la forma de manipularlo, cómo juega, los medios y motivos que hay en cada juego, la manera de vincularse con el analista y la comprensión simbólica de éste. Para comprender adecuadamente el juego del niño, se deben interpretar los símbolos (ya sea por separado o globalmente) que incorporados como juego conducen al estado profundo e inconsciente (Padilla, 2003).

Klein (1955) explica que se debe considerar el uso de símbolos de cada niño en conexión con sus emociones y ansiedades específicas y con la situación total del análisis, ya que usar traducciones generalizadas de símbolos no tiene significado. De esta manera, el simbolismo permite al niño, transferir tanto interés, fantasías, ansiedades y sentimientos de culpa a objetos diferentes a las personas.

Espinosa (2010) menciona ciertas precauciones al momento de interpretar el juego simbólico y enfatiza la importancia de contextualizarlo en base al desarrollo e historia del niño, temas que aborda, secuencias de juego, formas de simbolización y detalles asociados a la actividad lúdica.

El niño que juega *simbólicamente*, reprime menos que aquel que tiene dificultades para simbolizar sus conflictos por medio de la actividad lúdica (Klein, 1932, en Padilla, 2003), ya que una severa inhibición en la capacidad de formar y

utilizar símbolos (es decir, desarrollar la fantasía) es señal de una perturbación importante (Klein, 1955). Esto se debe a que, por medio de la simbolización, el niño logra externar, es decir, representar sus fantasías, deseos, conflictos, angustias, etc., por lo que, el niño que no logra simbolizar, tampoco logra dicha representación.

Capítulo 2 Componentes de la Organización Limítrofe de Personalidad

2.1 Organizaciones de la personalidad

En 1987 O. Kernberg, explicó las *características estructurales* de las organizaciones de la personalidad, manifestando que hacer el diagnóstico sólo bajo un enfoque descriptivo era insuficiente, ya que algunas de las conductas observadas en diferentes tipos de organización pueden ser similares, pero son las características estructurales las que permiten un diagnóstico adecuado.

O. Kernberg, (1987b) consideró básicamente tres características para considerar un tipo de organización:

1. Grado de integración de la identidad.
2. Tipo de operaciones defensivas que habitualmente emplea.
3. Capacidad para la prueba de realidad.

El autor mencionado explica las estructuras como aquellas configuraciones relativamente estables de los procesos mentales; siendo el Yo, Superyó y Ello, estructuras dinámicas que integran subestructuras, además de configuraciones cognoscitivas y defensivas del Yo, así como relaciones objetales interiorizadas y diversos niveles de funcionamiento mental (O. Kernberg, 1976 en O. Kernberg, 1987b). Así mismo, propuso la existencia de tres organizaciones estructurales de personalidad: neurótica, límite y psicótica.

Propuso que la organización neurótica implica una identidad más integrada, presenta una organización defensiva centrada en la represión y operaciones defensivas de alto nivel; mientras que la límite y psicótica presentan operaciones defensivas centradas en el mecanismo de escisión. Además la prueba de realidad se conserva en la organización neurótica y límite, mientras que en la psicótica se encuentra deteriorada gravemente.

Más adelante, en su trabajo de trastornos de personalidad en niños y adolescentes, P. Kernberg, et al. (2002) explican que el término *organización de personalidad* engloba las características estructurales y patrones conductuales que subyacen a un tipo de *organización de personalidad*, este concepto permite tener un punto de vista integral de los diferentes componentes de la personalidad, no como comportamientos aislados, sino como elementos de una estructura mayor a la suma de sus rasgos individuales. Dichos autores, consideran seis características que aparecen en las organizaciones de personalidad: cognición, afecto, representación de sí mismo, representación del objeto, reflexividad yoica y del sí mismo y empatía. Aunado a lo anterior, proponen la evaluación de los mecanismos de defensa utilizados, así como el tipo de juego en los niños.

2.2 Organización limítrofe

2.2.1 Concepto.

Hablar de la organización limítrofe de personalidad, remite a términos como: estructura borderline, síndrome limítrofe, patología fronteriza, estado fronterizo (Cordera, 2008). Paz et al. (1976, en Cordera, 2008) y O. Kernberg (1993, citado en Jaime, 2008) señalan que la variedad de términos, se debe en parte a la dificultad de cercar una realidad clínica, en donde el término fronterizo se refiere a los pacientes con una organización caracterológica crónica que no es neurótica, ni psicótica.

Desde la Psiquiatría, se considera además que el trastorno límite de personalidad es producto de la interacción entre factores biológicos (temperamentales), conductuales y psicológicos (Chávez-León y Ontiveros-Uribe, 2006).

Los criterios para el diagnóstico según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) para el Trastorno límite de la personalidad son:

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. (p. 794, 795).

La mayoría de los clínicos considera que el término "límitrofe" no se aplica en niños de 6 a 12 años, pues se cree que a esta edad no existen trastornos de personalidad, por su parte el DSM-IV-TR considera que si el niño cumple los criterios del trastorno de personalidad, aunque sea de la vida adulta, puede realizarse el diagnóstico (P. Kernberg et al., 2002). En el presente trabajo se parte

de la idea ya planteada, acerca de la existencia de *componentes* de una organización de personalidad, que aunque en el caso de los niños aún no está completamente conformada, puede mostrar características de determinada organización de personalidad.

Green (1990) realizó una revisión del concepto de fronterizo, de donde destacó que el término ha sido descrito en diccionarios especializados y por diversos autores como una perturbación psicopatológica que se halla en la frontera de la neurosis y psicosis, es decir, que tiene manifestaciones tanto neuróticas como psicóticas, sin entrar en ninguna de las dos categorías. De esta manera “fronterizo” queda de cierta manera indefinido y vago y agrega:

Ser un fronterizo da a entender que una frontera protege al *self* de pasar al otro lado o de ser cruzado, de ser invadido, con lo cual uno llega a ser *una frontera móvil* (no digo *tener*, sino *ser esa frontera*). Esto, a su vez, supone una pérdida de distinción entre espacio y tiempo. (p. 92).

Esta frontera no sólo es móvil, sino fluctuante, tanto en la normalidad como en la afección grave, lo anterior visto desde la función de los progresos de transformación de energía y de la simbolización (Green, 1990).

Green (2000) agrega que el concepto fronterizo, es el concepto del límite entre lo psíquico y lo somático, es decir, el concepto de lo que está en el límite de lo conceptualizable. Menciona además que los límites son zonas de elaboración psíquica, en donde los límites del Yo entran en juego de forma automática respecto a las instancias del Ello y el Superyó.

Green (2000) señala además que en las relaciones de objeto existen dos tipos de ansiedad, por un lado la angustia de separación y por otro la de intrusión, en las personas con una organización límite, la angustia de intrusión es elevada, de manera que las personas con estos rasgos pueden sentirse constantemente invadidos en sus límites.

Charbert (2000) encuentra más adecuado utilizar la denominación de “funcionamiento fronterizo” (y no la de “estado fronterizo”) así también, no está de acuerdo con los términos *ni neurótico, ni psicótico*, no lo considera conveniente, ya que coloca el *estado fronterizo* en un lugar intermedio.

Bergeret (2001, en Cordera, 2008) señala que el tronco común de los estados límites es el bloque de la madurez afectiva del Yo, agrega que éste no puede ser considerado como una estructura, ya que carece de fijeza, solidez y especificidad, con la que cuentan las organizaciones verdaderamente estructuradas. De modo que el Yo intenta permanecer a la misma distancia de las dos grandes estructuras (neurótica y psicótica), una que ha sido superada –la psicótica- y otra que no ha sido alcanzada –la neurótica-.

2.2.2 Características.

O. Kernberg (1975, en Green, 1990) mencionó que los estados fronterizos se caracterizan por manifestaciones inespecíficas de debilidad del Yo; por un desplazamiento hacia el pensamiento del proceso primario (sistema inconsciente, en el cual la energía psíquica fluye libremente y pasa sin trabas de una representación a otra por medio de los mecanismos de desplazamiento y condensación, es decir, en una búsqueda de descarga de la energía (Laplanche y Pontalis, 2004); y operaciones defensivas específicas abordadas desde la perspectiva de relaciones de objeto internalizadas.

Green (1990) continúa diciendo que para O. Kernberg, la falla principal de la patología fronteriza, está en la incapacidad de la persona para sintetizar las introyecciones y las identificaciones, tanto positivas como negativas. Refiere además que los componentes del aparato psíquico están enteramente confundidos, por lo que no existe una distinción clara entre pensamientos, representaciones y afectos (Green, 1990). Agrega que otra característica de los estados limítrofes, es la tendencia a la repetición, a la actuación y a la desorganización del Yo (Green, 2000).

Paz, Pelento y Olmos (1976) realizan una extensa revisión histórica acerca de los diversos estudios y aportaciones realizadas por diferentes autores a partir del año de 1950, acerca de las conceptualizaciones del término fronterizo en niños y adolescentes. Cabe mencionar que en el presente reporte no incluyo la totalidad de explicaciones y aportaciones por no ser la finalidad del mismo la revisión exhaustiva de la evolución del concepto, pero se recomienda la consulta de dicho texto por la riqueza de su contenido. A continuación presento algunas de las aportaciones que considero primordiales y posteriormente las conclusiones realizadas por Paz et al. (1976), ya que varios de los hallazgos coinciden con el caso que se presentará más adelante:

- Knowlton y Burg (en Paz et al. 1976) titularon a su trabajo "Tratamiento de una niña borderline de cinco años", del cual quiero destacar que: desde el punto de vista emocional predominan sentimientos de irritación y enojo desde los primeros meses de vida, que se agudizan hasta originar fuertes explosiones de violencia frente a situaciones de separación, o cuando el niño se enfrenta a frustraciones mínimas.

En el área motriz describen: lentitud en el desarrollo, torpeza motriz, posturas extravagantes, inclinación de la cabeza al caminar, inmovilidad acentuada (sobre todo al estar de pie).

Otras características que mencionan son: el cambio brusco de sentimientos hacia uno y otro de los padres; en cuanto a la relación con la figura materna mencionan fuertes sentimientos de apego y hostilidad.

En la historia evolutiva refieren conflictos agudos en torno al aprendizaje del control de esfínteres.

- Geleerd (en Paz et al., 1976), quien menciona las características de estos casos: baja tolerancia a la frustración y una falta de diferenciación emocional de la madre. Refiere que se comportan bien y se relacionan afectivamente cuando se sienten queridos por un adulto (sustituto materno),

sin embargo, cuando el adulto se interesa en alguien o algo más, los niños borderline se desconectan o se tornan agresivos. De manera que puede decirse que no han superado el estadio que les permitiría conservar a la madre en su ausencia; por lo que el espacio de contacto con la realidad es reducido, haciendo que la gratificación y satisfacción parezca imposible en ausencia de la madre.

Perder a la madre o estar ausente de ella, se percibe como ser atacado y estar en peligro de aniquilación. A causa de la inadecuada diferenciación del mundo externo, éste es percibido como una fuerza externa peligrosa.

- Otra de las aportaciones que es fundamental, es la de Margaret Mahler (en Paz et al., 1976) cuyos aspectos generales de su trabajo acerca del *Nacimiento Psicológico* presenté en el primer capítulo.

Al respecto de la organización límite, Mahler menciona que el proceso de la agresión y el mecanismo de dividir en el mundo objetal lo “bueno” de lo “malo”, cumple un papel importante en la formación del fenómeno borderline. Continúa diciendo que cuando el proceso de separación-individuación es menos gradual y la función negociadora del Yo tiene poco poder, el objeto permanece como no asimilado y como un introyecto malo. De forma que al intentar expulsar el objeto aparecen los impulsos agresivos, desarrollando además una tendencia a identificarse o a confundir la representación del Yo con ese objeto malo introyectado.

Además menciona que, si la “preocupación primaria” de la madre con el pequeño es inestable, ansiosa u hostil, si su confianza en sí misma como madre es vacilante, el niño no tendrá un marco de referencia, lo cual repercutirá en el pequeño y puede crear rasgos de personalidad borderline. Sostiene que habría una relación entre la dificultad de las madres para permitir el gradual pasaje de la fase simbiótica a la de separación-individuación y la organización de rasgos borderline.

Cordera (2008) encontró algunas de las características de las mencionadas por Paz et al. (1976) mediante el cual quedan ilustradas las características de que ella pudo observar en el caso que presentó, de un niño de 13 años con organización limítrofe de personalidad, como son: fallas en la estructuración del Yo; ansiedad frente a cambios en el desarrollo, sobre todo en los que representan una pérdida de los objetos; violentas explosiones de rabia; conductas bizarras; fantasías bizarras; impresión de caos e inhabilidad en el control; fallas en la represión primaria; contratransferencia intensa; y como mecanismos principales de defensa (escisión, identificación proyectiva y omnipotencia).

La revisión expuesta, muestra algunas de las aportaciones de diversos autores que presentan Paz et al. (1976), al final de su texto los autores realizan lo que denominan una *visión de conjunto de los trabajos comentados*, en donde describen la siguiente sintomatología en la organización límite de la personalidad:

Los pacientes presentan violentas explosiones de rabia, pobre control de impulsos, ansiedad intensa con explosiones de pánico, descargas de tensión a través del aparato muscular, conductas bizarras, trastornos del lenguaje, perturbación en el vínculo con la madre, trastornos en el aprendizaje aunque tengan un coeficiente intelectual de normal a alto, cierta perturbación en el sentido de realidad, así como confusión entre el sujeto y el objeto a consecuencia de la *confusión entre los objetos internos y externos*.¹

Dentro del proceso terapéutico Paz et al. (1976), ubican también algunas características: aparición de fantasías bizarras que hacen eclosión en ciertos momentos de la sesión o periodos del tratamiento y que trasforman su clima en caótico. Además, la conducta de los niños es diferente dentro de la sesión y fuera de ella, así mismo la conducta oscila a lo largo del tratamiento, siendo distinta de un momento a otro. Se refieren también al súbito cambio del material por el efecto de la interpretación, así como el surgimiento en el terapeuta de reacciones

¹ Las cursivas son mías

contratransferenciales intensas, como sentimientos de horror, sorpresa e imposibilidad para pensar. O. Kernberg (1987, citado en Jaime, 2008) explica que, transferencialmente estos pacientes generan confusión en los clínicos, que ven frustrados sus esfuerzos terapéuticos, reaccionando con enojo y descalificación del paciente.

Un componente importante de la organización limítrofe, es el tipo de juego durante la intervención, Weil (1953, citado en P. Kernberg et al., 2002) menciona que los niños limítrofe no juegan de acuerdo a lo esperado para su edad y les encanta el juego de las “mentiritas”. Bemporad et al. (1986, citado en P. Kernberg et al., 2002) dicen que estos niños no pueden controlar su pensamiento, por lo que pasan rápidamente de temas neutros a temas de mutilación y muerte. P. Kernberg et al. (2002) mencionan que los juegos pueden ser repetitivos, sin intensidad o un juego de fantasía correspondiente a niños más pequeños. Además la ocurrencia de desorganización del juego es mayor que en los niños neuróticos; los impulsos sexuales y agresivos se infiltran en el juego, haciendo que surja la angustia intensa, haciendo que el niño sea incapaz de continuar su juego, ya que se ha colapsado el margen entre el juego y la expresión directa de la pulsión, el espacio de “hacer como sí”.

P. Kernberg et al. (2002) agrega que, en la organización de personalidad límite se observan también dificultades en el autoconcepto y en el proceso de separación-individuación, ya que la persona puede sentir que no sobrevivirá sin el otro, siente como si estuviera enganchado, de esta manera “el otro”, la madre por ejemplo, tiene que estar todo el tiempo a su lado. Por esto, el niño puede reaccionar como un pequeño que necesita todo el tiempo a la madre, también puede querer hacer parecer que no necesita a nadie, puede querer controlar a los demás o bien, someterse completamente al control del otro, para ganar así algo de sentido de sí mismo.

P. Kernberg et al. (2002) presenta los sistemas de fantasías con las que los niños y adolescentes limítrofes experimentan el sentido de sí mismo, desde el proceso de separación-individuación de Mahler (revisado en el capítulo 1):

- Diferenciación y desarrollo de la imagen corporal: “estoy enganchado a mi mamá, por eso, ella no puede sobrevivir sin mí, ni yo sin ella”.
- Ejercitación locomotriz: “yo cargo a mi mamá por todos lados, y no la necesito”.
- Ejercitación propiamente dicha: “mi mamá está adentro, es parte de mí por un rato; si ella no está, puedo dejar de existir (perderla dentro de mí), la necesito para reabastecerme”.
- Acercamiento: “mi mamá no es parte mía, o yo no soy parte de ella, pero está bajo mi control o yo estoy bajo su control”.

Por lo anterior, se propone que la alteración limítrofe puede surgir de la crisis de acercamiento, pero también, de fijaciones o regresiones a fases tempranas de diferenciación o ejercitación, del proceso de separación-individuación. De manera que los intentos de la persona limítrofe de lograr un sentido de identidad y funcionamiento autónomo se vuelven imposibles de lograr (P. Kernberg et al., 2002).

Otra característica importante a considerar es la dinámica familiar, P. Kernberg et al., (2002) mencionan que la situación de la familia tiende a mantener el funcionamiento limítrofe, ya que se presenta negación ante la dependencia del niño y hay ansiedad respecto a apoyar su autonomía. Por su parte D.B. Rinsley (1981, en P. Kernberg et al., 2002) explica los fracasos que se dan en estos pacientes durante el proceso de separación-individuación, comenzando en la subfase de ejercitación, diferenciación y teniendo su punto más alto en el acercamiento, aunque no especifica qué clase de situaciones provocan dichas dificultades.

El exceso de control de los padres (en especial de la madre), que manejen un control intrusivo, padres distantes u hostiles, pueden ser factores para la formación de una organización de personalidad limítrofe (P. Kernberg et al., 2002).

Considerando la relación del niño limítrofe con la madre, puede tener dos vertientes, la primera es la idealización primitiva, la segunda es el atributo de maldad extrema dirigida hacia la madre y la devaluación (Geleerd, 1958; Weil, 1953 en P. Kernberg et al., 2002). Además de que la madre llega a ser percibida como controladora e invasiva; se ha observado la escisión de los padres, E.R. Shapiro et al. (1975, en P. Kernberg et al., 2002) refieren que éstos, son percibidos como totalmente buenos o totalmente malos. Con lo que se observa la tendencia del niño a relacionarse de manera exclusiva con uno de los dos padres, excluyendo al otro, sin poder relacionarse con ellos como pareja, aunado a la incapacidad para manejar la envidia y rivalidades fraternas (P. Kernberg et al., 2002).

Afectivamente, se ha observado que los niños limítrofes generalmente no tienen objetos transicionales, y cuando los tienen, reciben una cualidad extraña, ya sea vinculándose con un objeto mecánico, o bien, intentando usar a la madre, tratando de experimentar sentimientos positivos de tipo simbiótico (P. Kernberg et al., 2002). Debido a estas dificultades en la relación de objeto, los niños fronterizos presentan dificultades en la constancia objetal (P. Kernberg et al., 2002; Cordera, 2008) y en la integración de una madre suficientemente buena, además de un alto nivel de angustia, ya sea de separación, desintegración o aniquilación (Cordera, 2008).

Shapiro et al. (1975, en P. Kernberg et al., 2002) explican que en la familia de niños con componentes de personalidad limítrofe, cada miembro se ve a sí mismo como “fuerte y autónomo”, y al niño se le percibe como débil, vulnerable, exigente y por completo dependiente. Se trata de un funcionamiento ambivalente, en donde la independencia y separación de la familia son vistas como devaluación de los valores familiares, mientras que la dependencia es una carga; de manera

que los padres consideran de forma inconsciente, que los movimientos de independencia del niño son rechazos hacia ellos.

Green (1990) coincide en que en las personas fronterizas, existe una escisión entre los padres, según lo “bueno-malo”, “persecutorio-idealizado”, de modo que uno de los padres se percibe como “totalmente bueno” y el otro como “totalmente malo”. El objeto parental bueno es visto como débil e ineficaz, y la idealización en la que se le tiene por ser bueno, no alcanza a defender de la maldad del otro progenitor; así, al ser tan idealizado el objeto bueno, se vuelve inalcanzable, mientras que se teme ser abandonado por el objeto malo, por miedo a que dicho abandono sólo lleve a un desierto. Lo anterior pone a la persona con organización limítrofe en un dilema, consecuencia de la escisión.

Debido a estas dificultades en las relaciones familiares y objetales, las relaciones sociales suelen ser inadecuadas, ya que aunque cuenten con habilidades sociales, no logran mantener amistades, lo que provoca un sentido de aislamiento (P. Kernberg et al., 2002).

Otra cuestión importante la describe Bemporad et al. (1982, en P. Kernberg et al., 2002) quien observó que los niños limítrofes manifiestan síntomas que en un primer momento pueden considerarse como leves o moderados, es tras una evaluación psicológica prolongada, o bien dentro del proceso terapéutico que se hace evidente que se trata de algo más grave.

Por su parte F.C. Verhulst (1984, en P. Kernberg et al., 2002) realizó un estudio para determinar qué características distinguen a niños limítrofes, de los neuróticos y psicóticos, encontró que los niños limítrofes presentaban:

Angustia de aniquilación, procesos de pensamiento primarios, niveles inestables de funcionamiento yoico, mecanismos de defensa primitivos, alteraciones de identidad, funcionamiento superyoico ineficaz, funcionamiento motor torpe, actividad fantasiosa significativa, y una

discrepancia entre las habilidades y preferencias y el funcionamiento real. (p. 123).

Al respecto del Superyó la mayoría de los autores revisados por Paz et al. (1976) coinciden en que este es débil y dependiente de los objetos externos y un tanto despersonalizado. Sin embargo, Paz et al. (1976) refieren que no coinciden en estas características del Superyó y lo describen más bien como cruel y severo, en momentos aparece personificado según las fantasías predominantes del paciente. Por su parte P. Kernberg et al. (2002) menciona que el desarrollo del Superyó se mantiene a niveles de introyectos, fácilmente proyectados en objetos externos, esto debido a la escisión y a la falta de la función sintética del Yo.

Charbert (2000) menciona que desde la perspectiva kleniana, es en la posición depresiva donde se alcanza la integración del objeto, sin embargo esto no aparece en la organización limítrofe de personalidad, ya que en esta el clivaje prevalece, de manera que el amor y el odio permanecen completamente separados y aislados, es decir, *escindidos, por falta de integración de las partes buenas y malas del objeto, lo cual dificulta la integración del Yo²*.

2.2.3 Funciones yoicas.

En lo que se refiere a las funciones cognitivas, se han observado dificultades en la atención, memoria, orientación espacial y capacidad verbal (P. Kernberg et al., 2002).

Los niños limítrofes muestran una variedad de síntomas que abarcan todos los aspectos del funcionamiento psicológico, incluyendo las funciones motoras (F.C. Verhulst, 1984, en P. Kernberg et al., 2002). Weil (1953, en P. Kernberg et al., 2002) describió patrones deficientes de desarrollo en las funciones motoras, que incluyen hábitos erráticos de alimentación y limpieza. Rosenfeld y Sprince (1963, en P. Kernberg et al., 2002), coinciden en la observación de dificultades

² Las cursivas son mías.

motoras, refieren un modo de caminar poco firme, tropezones con objetos y torpeza al sostener cosas en las manos.

Perceptualmente, los niños limítrofes llegan a tener alucinaciones visuales y auditivas, por lo cual es necesario realizar el diagnóstico diferencial, ya que puede tratarse de un amigo imaginario dentro del desarrollo normal, del lado contrario podría ir hacia la psicosis (P. Kernberg et al., 2002).

Respecto al juicio de realidad algunos autores mencionan que estos pacientes presentan cierto grado de adaptación a la realidad, por momentos aparecen conductas más razonables o funcionamientos neuróticos. O. Kernberg (1987b) refiere que la prueba de realidad se conserva en la organización límite. Aunado a que estos niños están en contacto con la realidad y no son ilusorios, pero se aíslan en su mundo fantástico cuando sufren la menor frustración, coaccionan su medio ambiente, especialmente a su familia y son propensos a hacer berrinches (Mahler, s.f. en Paz et al., 1976). A pesar de tener este mediano funcionamiento, el niño requiere la presencia del objeto para mantener el sentido de la realidad (Pine, 1974, citado en P. Kernberg et al., 2002), de manera que la negativa a aceptar el principio de realidad provoca que la adaptación a la misma sea inadecuada.

Existen otros déficits yoicos no específicos como: falta de control de impulsos; bajo nivel de tolerancia a la angustia; baja tolerancia a la frustración y a la depresión; y debilidad en la capacidad sublimatoria (P. Kernberg et al., 2002). Mahler (s.f. en Paz et al., 1976) menciona también: escasa tolerancia a la frustración, inmadurez emocional, desarrollo insuficiente, impulsividad incontrolable, altibajos de humor, relaciones frágiles y pobreza de juicio; además de rasgos neuróticos como: fobias, compulsiones y rasgos hipocondríacos.

Respecto a las fluctuaciones en el estado anímico, es importante mencionar que pueden pasar de la euforia a estados depresivos (P. Kernberg et al., 2002).

2.2.4 Mecanismos de defensa.

O. Kernberg (1987b) propone que una de las diferencias entre las organizaciones de la personalidad, es precisamente el tipo de defensas utilizadas en cada una de ellas, la neurótica se centra la represión y funciones de alto nivel (formación reactiva, aislamiento, racionalización, intelectualización, entre otros), mientras que en las organizaciones límite y psicótica predominan diversas defensas primitivas, en especial, la escisión. Suma a dicho mecanismo la identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación.

Knowlton y Burg (en Paz et al., 1976) mencionan como mecanismos defensivos en esta organización de personalidad: la tendencia a aislarse, y la proyección masiva de conflictos en otras personas; aunque mencionan la posibilidad del uso de defensas más adecuadas (sin mencionarlas específicamente).

Paz et al. (1976) conjuntan los mecanismos de defensa que diversos autores refieren para esta organización: proyección, omnipotencia, negación, introyección, identificación proyectiva, escisión y clivaje.

P. Kernberg et al. (2002) destaca los mecanismos de defensa que se utilizan en la organización limítrofe:

- *Negación*: Es el procedimiento por el cual, a pesar de que el sujeto puede formular sus deseos, sentimientos o pensamientos hasta ese momento reprimidos, se defiende negando que le pertenezcan (Laplanche y Pontalis, 2004), se tiende a no percibir sucesos y situaciones dolorosas y displacenteras, negando parte de la realidad exterior que es amenazante o no deseada (Cacheux, 2008).

O. Kernberg (1987b) explica la negación como un mecanismo que se manifiesta con la completa falta de interés, ansiedad o una reacción emocional respecto a una necesidad, conflicto o peligro. Ejemplifica diciendo que el paciente puede darse cuenta que sus percepciones,

sentimientos y pensamientos (de sí mismo o de otros), de un momento a otro son opuestos a los que ya antes había tenido, sin embargo, afirma que no tiene relevancia emocional y no llega a influir en la forma en que siente “ahora”.

- *Escisión*: Es el mecanismo más primitivo contra la ansiedad, fue descrito por Melanie Klein, en este, el objeto al que tienden las pulsiones eróticas y destructivas es escindido en un objeto “bueno” y un objeto “malo”, que seguirán destinos relativamente independientes en las introyecciones y proyecciones. La escisión del objeto interviene sobre todo en la posición esquizo-paranoide, y afecta a objetos parciales. En la posición depresiva, afecta al objeto total. La escisión de los objetos se acompaña de una escisión correspondiente del Yo, en un Yo “bueno” y uno “malo” (Laplanche y Pontalis, 2004).

Green (1990) explica que la escisión se concibe junto al término complementario de confusión, ésta última es una reacción básica ante la actitud del objeto, que puede ser: falta de fusión con la madre, en donde el niño se enfrenta a experiencias reales de un *pecho en blanco*, es decir, que no es responsivo a las necesidades; o un exceso de fusión, cuando la madre es incapaz de renunciar a la dicha dada por el embarazo.

Green (2001, citado en Cordera, 2008) menciona que la escisión en el fronterizo se desarrolla en dos niveles, en lo no psíquico (soma y mundo exterior) y la escisión dentro de la esfera psíquica. De manera que la escisión entre el adentro y el afuera se determina por la constitución de un contenedor yoico y un sostén o envoltura del Yo cuyos límites están delineados, pero no funcionan como cascara protectora, ya que es como si fueran elásticos.

- *Identificación proyectiva*: Término introducido por Melanie Klein para designar un mecanismo que se traduce por fantasías en las que el sujeto introduce su propia persona (*his self*), en su totalidad o en parte, en el

interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo (Laplanche y Pontalis, 2004).

- *Idealización primitiva*: La persona u objeto se valora por encima de todo, debido a una o varias características que no son duplicables, de manera que el atributo inalcanzable otorga un don y encanto mágico, dando poder y autoridad a los otros. De esta manera se ve al objeto como perfecto, puro, amable y poderoso, no se puede ser como él, sino que se está por debajo de él (P. Kernberg et al., 2002).

Este mecanismo crea imágenes no realistas, poderosas y totalmente buenas (O. Kernberg, 1897b). Esto sirve para protegerse de los objetos malos y asegurarse que los objetos buenos no sean contaminados, dañados o destruidos (O. Kernberg, O. 1987a).

- *Devaluación primitiva*: Es la devaluación completa del otro, se le rechaza por ser repugnante y aborrecido, se le descarta por no tener relevancia y puede aparecer como siniestro o amenazador. La devaluación se hace por completo y se enfoca en una o varias características que hacen que la otra persona sea inaceptable y no tenga características rescatables (P. Kernberg et al., 2002).
- *Control omnipotente*: Desde la teoría kleniana, se refiere a una de las defensas maniacas que pueden surgir en esta posición para enfrentar los sentimientos de culpa y pérdida, el control omnipotente puede darse en las relaciones de objeto, pues existen fantasías de dominar y controlar el objeto para no sufrir por su pérdida (Segal, 1964, citado en Bleichmar, 2011).
- *Identificación con el agresor*: Freud, A. (1936 citado en Laplanche y Pontalis, 2004) menciona que la persona, cuando es enfrentada a un peligro exterior (representado típicamente por una crítica procedente de una autoridad), se identifica con su agresor, ya sea reasumiendo por su cuenta la agresión en la misma forma, imitando física o moralmente a la persona

del agresor o adoptando ciertos símbolos de poder que lo designan. Según Anna Freud, este mecanismo sería el preponderante en la constitución de la fase preliminar del Superyó, permaneciendo la agresión dirigida hacia el exterior y no volviéndose todavía contra el sujeto en forma de autocrítica.

Capítulo 3 Psicoterapia Infantil

3.1 Antecedentes

La Psicoterapia Infantil es un área de tratamiento terapéutico que se comenzó a construir a partir de métodos usados con los adultos, desde finales del siglo XIX (Esquivel, 2010). En años posteriores se han ido implementando diversos métodos y técnicas para el trabajo con niños.

Esquivel (2010) presenta una revisión histórica acerca de la Psicoterapia Infantil. Se remonta a los trabajos realizados por Freud, en los cuáles plasmó aspectos de desarrollo y conflictos en la infancia, especialmente “Análisis de la fobia de un niño de 5 años”, mejor conocido como *Historia de Juanito*, en donde Freud proporcionó sugerencias al padre y de esta manera en casa se establecieron una serie de modificaciones que condujeron a la desaparición de la fobia que presentaba el niño. Además en diferentes momentos de su obra, Freud planteó las etapas de desarrollo psicosexual, la relevancia de las mismas en el psiquismo infantil, así como la importancia del complejo de Edipo y la elaboración del mismo.

Espinosa (2010) refiere que la Psicoterapia Infantil es un recurso que utilizan los psicólogos y psicoanalistas, como una manera de ayudar a entender a los niños sus emociones, sentimientos, fantasías, deseos y conflictos, buscando así optimizar y/o recobrar un adecuado desarrollo emocional y personal.

Esquivel (2010) agrega que en las diferentes aportaciones de los modelos de terapia, como por ejemplo: el psicoanálisis, el conductismo, el cognitivo-conductual, la gestalt, la terapia narrativa, la terapia centrada en el cliente, la terapia filial y la terapia integrativa, a pesar de que cada enfoque tiene su manera de abordar el tratamiento psicoterapéutico, existen algunas semejanzas: todos los enfoques toman en cuenta el desarrollo socio-emocional del niño y abordan la forma en que se presentan las dificultades afectivas, que se manifiestan en problemas focalizados o síntomas; además de utilizar el juego como técnica de intervención.

Ya que la mayoría de los enfoques utilizan el juego dentro de la terapia, es conveniente comprender qué se considera la terapia de juego, Klein (citado en Aberastury, 1973) afirmó que el niño expresa sus fantasías, deseos y experiencias por medio de juguetes y juegos. Landreth (1991) define la terapia de juego como:

Una relación dinámica interpersonal entre un niño y un terapeuta entrenado en los procedimientos de terapia de juego, quien proporciona materiales de juego selectos y facilita el desarrollo de una relación segura a través de la cual el niño exprese y explore sus sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas, empleando su medio de comunicación: el juego. (p.14).

El juego es el lenguaje simbólico de autoexpresión y puede revelar (Landreth, 1991 p. 15):

1. Lo que el niño ha experimentado.
2. Reacciones a lo que fue experimentado.
3. Sentimientos sobre lo que experimentó.
4. Lo que el niño quiere, desea o necesita.
5. La percepción de sí mismo.

West (2000) considera que la terapia de juego implica una aproximación holística, al ser usado como un medio para *ayudar* de forma no agresiva, en aspectos físicos, espirituales, emocionales y cognoscitivos, sean conscientes o inconscientes y considerando pasado, presente y futuro del niño. Presenta además la definición que proporciona la Asociación de Terapeutas de Juego (Reino Unido):

La terapia de juego es el proceso dinámico entre el niño y el terapeuta de juego, en el cual el niño explora, a su propio ritmo y con un orden individual, aquellos elementos del pasado y del presente, conscientes e inconscientes, que están afectando la vida presente del niño. La alianza terapéutica habilita los recursos internos del niño para lograr el crecimiento y el cambio.

La terapia de juego es centrada en el niño, el juego es el medio primario y el lenguaje el medio secundario (p. XI).

Cattanach (2003) explica que la terapia de juego es una forma de ayudar a niños preocupados a enfrentar su angustia, usando el juego como medio de comunicación entre el niño y el terapeuta, basándose en la suposición de que el juego es el placer donde los niños primero reconocen la separación con el mundo más allá de sí mismos, es decir, en donde entran en contacto con su entorno.

3.3.1 Importancia del Juego.

Schaefer y Drewes (2012) explican que el juego es una actividad natural de los niños, es una actividad casi tan importante como el alimento o el sueño, siendo además el medio más poderoso para el adecuado desarrollo de los niños. A través del juego los niños pueden: relacionarse con los adultos, desarrollar el pensamiento que permite el control de impulsos, procesar experiencias estresantes y aprender habilidades sociales (Chaloner, 2001 en Schaefer y Drewes, 2012); además proporciona al niño la sensación de poder, forma sentimientos de logro y confianza. Landreth (1991) menciona que a diferencia de los adultos, cuyo medio natural de comunicación es la palabra, el medio del niño es el juego y la actividad, ya que el juego espontáneo, se disfruta, es voluntario y no tiene un objetivo directo, es la actividad del niño; lo involucra física, mental y emocionalmente e implica además la interacción social.

Klein (1926) menciona que por medio del juego los niños representan simbólicamente fantasías, deseos y experiencias, usando en éste el mismo lenguaje que los adultos usan en los sueños. Considera que para comprender el juego del niño, se debe tomar en cuenta más allá del simbolismo del juego e incluir todos los medios de representación y su conexión con los fenómenos externos. Agrega (Klein, 1955) que en el juego se interpreta la conducta total del niño (juego y acciones), ya que por medio de estos expresa lo que el adulto manifiesta predominantemente por la palabra. Menciona además que se deben interpretar

las fantasías, sentimientos, ansiedades y experiencias expresadas en el juego, o en el caso de que el juego este inhibido, se interpretan las causas de la inhibición.

Frank (1982, citado en Landreth, 1991) agrega que por medio del juego, los niños aprenden lo que no puede ser enseñado por otro, es decir, exploran y conocen el mundo por sí mismos en tiempo y espacio, descubren cosas, animales, estructuras y personas.

Esquivel (2010) menciona además que, gracias al juego los niños logran integrar su mundo afectivo, social y cognitivo, así como perfeccionar sus habilidades, aprender roles, ensayar soluciones y manipular objetos. Asimismo, en el juego el niño desarrolla su capacidad para construir, su creatividad, expresión artística y el lenguaje.

La autora continúa explicando que la terapia de juego, es un término utilizado para denominar toda aquella intervención terapéutica que emplea el juego como técnica. El utilizar el juego en la Psicoterapia Infantil, es una manera de crear un ambiente seguro, donde los niños se expresen, hagan cosas nuevas, aprendan cómo funciona el mundo, las restricciones de éste y la manera de trabajar sus dificultades. Además menciona los aspectos fundamentales para introducir el juego en la psicoterapia infantil:

1. Es el medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje del niño.
2. Hace sentir al niño como en casa.
3. Facilita la comunicación y expresión.
4. Facilita la liberación catártica de sentimientos, ansiedades, frustraciones, etc.
5. La experiencia del juego es renovadora, saludable y constructiva.
6. El terapeuta puede comprender el mundo del niño, a través de su juego.

Es fundamental mencionar que el juego tiene diversos poderes terapéuticos. Autores como Yalom (1985), Berning y Strupp (1972) (en Schaefer y

Drewes, 2012) han mencionado los factores terapéuticos. Schaefer y Drewes (2012) aportan los factores curativos del juego: autoexpresión, acceso al inconsciente, enseñanza directa e indirecta, abreacción, inoculación del estrés, contracondicionamiento del afecto negativo, catarsis, afecto positivo, sublimación, apego y mejora de la relación, juicio moral, empatía, poder y control, competencia y autocontrol, sentido de sí mismo, desarrollo acelerado, solución creativa de problemas, fantasía de compensación, prueba de realidad, ensayo conductual y construcción del rapport.

Por su parte Esquivel (2010) realiza un análisis sobre el uso que se da al juego, dentro de los diferentes enfoques terapéuticos:

- Desde la perspectiva psicoanalítica, se busca comprender el aspecto simbólico del juego, explorando el contenido manifiesto y latente. Se considera que en la relación terapéutica se producen procesos transferenciales y contratransferenciales, así bien, se utilizan materiales no estructurados, accesorios semi estructurados y solo en algunos casos juegos más estructurados, además del dibujo y otras expresiones artísticas que permiten las proyecciones, así como la simbolización.

Desde este enfoque, se considera que el juego equivale a la asociación libre del adulto, ya que el niño manifiesta sus fantasías inconscientes, sexuales, agresivas, deseos y experiencias vividas. En el juego hay un contenido manifiesto que incluye la forma de jugar, los roles, cambios, etc. y uno latente que puede ser interpretado.

- En el enfoque de terapia de juego centrada en el niño, se da la oportunidad al niño de experimentar, se considera al juego como el medio natural de expresión por medio del cual puede manifestar su tensión, frustración, inseguridad, temor, etc. Por lo cual, se utiliza el juego libre, sin embargo, no se interpreta la conducta, se utilizan intervenciones en las que se va reflejando y acompañando, se mantiene la distancia con la finalidad de respetar las iniciativas del niño y se participa solo si el lo pide.

Los objetivos de este enfoque son: establecer una relación positiva con el niño, expresar sentimientos, explorar experiencias de la vida real, ensayar y probar límites, desarrollar imagen positiva del self y comprensión de éste, así como desarrollar autocontrol.

Se usan diversos juguetes que permiten: representar la vida real, expresar la agresión, expresar la creatividad y la emoción.

- En la Gestalt se trata de hacer consciencia en el aquí y ahora, busca la expresión de sentimientos por medio de materiales poco estructurados, narrativa e imaginación. Utiliza técnicas sensoriales, fantasía, dibujo, entre otros.
- En el enfoque cognitivo-conductual, el terapeuta identifica los factores que refuerzan y mantienen conductas problemáticas, con el objetivo de modificarlos. Se usan básicamente los juguetes como modelos de conductas que se desea alentar o evitar. También pueden usarse técnicas como el juego de roles, identificación de problemas y creencias en la resolución de problemas, entre otros.
- Dentro de la terapia filial, se busca reducir los comportamientos problemáticos de los niños, así como mejorar la relación padre-hijo, de manera que el niño se adapte mejor y adquiera confianza, al mismo tiempo que los padres adquieren habilidades para criar a sus hijos. Por ello se incluye de manera activa a los padres por medio del juego libre.

Dentro de este enfoque se utilizan las bases del juego planteadas por la terapia centrada en el niño, además del modelamiento a los padres para que logren interactuar con sus hijos por medio del juego, de manera tal, que se graban las sesiones para poder dar retroalimentación a los padres y se pueda monitorear el trabajo, donde ellos mismos ofrezcan alternativas para mejorar la crianza de sus hijos.

- En el enfoque narrativo, la base principal es la imaginación y creatividad del niño. Por medio del uso de metáforas e historias el niño puede ir

manifestando su realidad interna y cambiar el curso o la resolución de la historia, modificando de esta manera también su realidad interior.

La creación de historias puede usar algunos juguetes, por ejemplo, por medio del arenero se utiliza la metáfora y la creación de historias alternativas, la externalización y personificación del problema, buscar excepciones de la situación problemática y poder descentrarlo.

- Finalmente el enfoque integrativo, utiliza todas las técnicas de los diferentes enfoques terapéuticos, que pueden ser útiles para trabajar la problemática que el paciente presenta.

A continuación se presentan los enfoques utilizados durante el proceso psicoterapéutico del caso que se describe en el capítulo 5. Los enfoques empleados fueron básicamente el Psicodinámico y Gestalt, así también se integró una parte de estimulación psicomotriz; por lo antes expuesto podemos considerar que se realizó una intervención desde el enfoque Integrativo.

3.2 Enfoque Gestalt

3.2.1 Premisas.

En la terapia Gestalt se busca integrar el funcionamiento completo de la persona: sensaciones, cuerpo, emociones e intelecto. Para los niños es esencial reconocer sus necesidades emocionales físicas y cognitivas. Dentro de este enfoque el estudio de la personalidad se basa en la perspectiva de que el organismo funciona en ciertas condiciones ambientales, es decir, el organismo y el medio ambiente están mutuamente determinados (Carroll, 2009).

En este modelo no se conceptualiza la psicopatología como tal, se denomina a través de términos como estancamiento, rigidez, resistencia y sobre control (Carroll, 2009) por lo que existen los llamados bloqueos en la zona de experiencia, la experiencia o contacto tiene tres zonas propuestas por Perls (citado en Salama, 1988), que son:

- Zona externa: todo lo que existe de la piel hacia afuera.

- Zona interna: todo lo que existe de la piel hacia adentro.
- Zona de la fantasía (intermedia): pensamientos, conceptos, abstracciones, imágenes, sueños.

El ciclo de experiencia es un ciclo psicofisiológico que se lleva a cabo continuamente en toda persona, que está relacionado con la satisfacción de necesidades y también se le puede llamar ciclo de autorregulación orgánica (Salama, 1988).

Salama (1988) indica que en la terapia Gestalt es importante detectar los bloqueos que pueden presentarse dentro del ciclo, el cual consiste en 6 fases que son:

1. Reposo o retraimiento: El individuo ha resuelto una Gestalt o necesidad anterior y se encuentra sin ninguna necesidad imperiosa. Su conducta puede ser de relajamiento o de total concentración.
2. Sensación: La persona está distraída de su estado de reposo anterior, siente “algo” que no logra definir o diferenciar.
3. Darse cuenta (formación de figura): El individuo logra “notar”, “darse cuenta”, concientizar o comprender a qué se debe la sensación que tiene y puede nombrarlo (enojo, tristeza, etc.).
4. Energetización o movilización de energía: La persona moviliza energía, reúne la fuerza o la concentración necesaria para llevar a cabo lo que su necesidad le demanda.
5. Acción: El individuo moviliza su cuerpo y hace lo que sea necesario para satisfacer su necesidad.
6. Contacto: La culminación del proceso se logra al llegar a la satisfacción y se disfruta haber alcanzado lo que se proponía. El individuo se siente bien y puede comenzar un nuevo ciclo de experiencia.

A estas etapas Ruiz (2013) agrega el pre contacto y el poscontacto, el pre contacto se refiere a cuando “se comienza a hacer algo” para lograr el contacto (el cambio o la satisfacción y disfrute por alcanzar lo que se deseaba); y el post

contacto se refiere a las situaciones en las que no se logra el contacto (la satisfacción de la demanda).

De esta manera, en cada una de las etapas del ciclo puede existir un bloqueo, dichos bloqueos son también propuestos por Salama (1988) se refieren a:

- Postergación: Es cuando en la fase que debiera estar en reposo, no lo hay, pero en lugar de comenzar con el ciclo se posterga.
- Desensibilización: Se refiere a no lograr “sentir” o experimentar la “sensación” de que algo sucede.

Los siguientes 5 bloqueos Salama (1988) los denomina mecanismos de defensa:

- Proyección: Es cuando el individuo no puede aceptar sus actos o sentimientos, ya que “no debería” actuar o sentir de esa manera (ese “no debería” se debe a algún introyecto). Para resolver el dilema, el individuo opta por culpar o depositar en otro, sus sentimientos o acciones.
Un ejemplo en los niños lo plantea Oaklander (2009), quien explica que los niños imaginan que todo el mundo está en contra de ellos (tienen pesadillas, son hiperactivos, sueñan despiertos, puede también ser muy controlados, o retraídos, fríos, etc.).
- Introyección: El niño acepta cualquier cosa que no experimente instantáneamente como nociva. Se absorbe lo que se dice de uno mismo y se incorpora como si fuera cierto. La atención del individuo se dirige a confirmar o sintonizar con esos introyectos.
- Retroflexión: Oaklander (2009) menciona que por medio de la retroflexión, se busca hacerse a uno mismo lo que le gustaría hacerle a otro, volcando la energía hacia adentro, en vez de hacia afuera (dolores de estómago, cabeza, arrancarse el cabello, lastimarse a sí mismo, etc.).
- Deflexión: Un ejemplo lo aporta Oaklander (2009), refiere que es cuando se desvía la ira y el niño siente que no puede expresar un sentimiento, por lo

cual lo olvida, sin embargo la energía permanece y debe ser expresada (golpear, patear, gritar, culpar a los demás, orinarse en la cama, retener materia fecal y expulsarla en momentos inadecuados, etc.)

- Confluencia: El individuo no siente ningún límite entre él mismo y el ambiente que lo rodea, siente que es uno con él.

El último bloqueo no es descrito por Salama (1988), pero puede definirse como lo que desde la teoría psicoanalítica se conoce como fijación y se describe a continuación:

- Fijación: Debido a que no se logró el contacto, es decir, la satisfacción de la demanda existente, el individuo se queda fijado en ese ciclo de experiencia, hasta que logra resolverlo.

En este enfoque se considera que existe un *funcionamiento sano*, en el cual se considera al individuo de manera integral, es decir, abarcando todos los aspectos de las funciones del niño de manera coordinada y sana, esto incluye el bienestar del niño apoyado interna y externamente, tomando en cuenta: la maduración, crecimiento, aprendizaje y expansión. La experiencia de este funcionamiento integral, sin el conflicto interno o bloqueo, contribuye a un sentido subjetivo de ánimo y la confianza en la capacidad del niño para vivir y enfrentarse con las vicisitudes de su vida (Carroll, 2009).

Para que los niños logren expresar las emociones bloqueadas es importante que sientan apoyo dentro del Sí mismo. Oaklander (2005) menciona que en ocasiones los niños acogen muchas introyecciones erróneas acerca de sí mismos, ya que no tienen la capacidad cognitiva para discriminar entre lo preciso y lo impreciso, lo cual provoca una actitud autodesaprobatoria y baja autoestima.

Para Carroll (2009) las metas principales del tratamiento gestáltico son básicamente:

1. Integración del funcionamiento del organismo: El niño en terapia necesita ayuda para restaurar la salud en su organismo, en la autorregulación, despertar de nuevo la conciencia de las experiencias

internas y externas y ser capaz de usar los recursos disponibles en el medio ambiente, que lo apoyan física, emocional y psicológicamente. Se busca que el niño se fortalezca para expresar sus emociones, recupere su capacidad para usar los recursos con los cuales puede cubrir sus necesidades e integre su comportamiento, emociones, pensamientos, deseos y necesidades.

2. Construir un soporte en el medio ambiente: El crecimiento y desarrollo se dan dentro de un contexto relacional, por lo que esta meta de la terapia se relaciona con los sistemas sociales, que le ayudan al niño a construir recursos físicos, emocionales e intelectuales. Esto puede requerir terapia familiar, educación para padres, terapia para los padres, consultas en la escuela o intervención médica.

3.2.2 Elementos del proceso terapéutico.

Por otra parte, Oaklander (2009) menciona algunos elementos importantes dentro del proceso terapéutico con los niños, mismos que describo a continuación, es importante mencionar que los elementos del proceso no son lineales, ya que puede haber oscilaciones dentro del mismo:

La relación.

Requiere de cuidado y nutrición, es la base del proceso terapéutico y puede, en sí misma, ser poderosamente terapéutica. En la relación yo/tú se relacionan dos individuos separados, ninguno es superior al otro, es muy importante que el terapeuta sea auténtico. Sin manipular ni juzgar.

Acerca de la transferencia y contratransferencia, Oaklander (2005) menciona la importancia de no promoverlas, refiriéndose a que, en el caso de que el niño reaccione ante el terapeuta como si esta fuera una figura parental, éste no lo alienta, sino que hace ver sus propios puntos de vista, límites y forma de responder (Oaklander, 2009). Especialmente en cuanto a la contratransferencia, es esencial explorar las reacciones propias a fin de no dañar al pequeño, busca

reconocer las propias respuestas emocionales, evitando al máximo que estas interfieran en el trabajo terapéutico del niño.

Contacto.

Se busca que exista contacto real, el contacto implica poseer la habilidad de estar completamente presente, en una situación específica con todos los aspectos del organismo (sentidos, cuerpo, expresión emocional e intelecto), prontos y disponibles para darles uso. De lo contrario un sentido fuerte del Yo será mínimo. El contacto implica también la capacidad de retirarse apropiadamente antes que paralizarse en un espacio de supuesto contacto.

Estas actitudes implican tocar, mirar, ver, escuchar, oír, oler, saborear, hablar, moverse, etc. además es importante tener una idea del nivel de contacto del niño en cada sesión.

Resistencia.

Es cuando se trata de lidiar, sobrevivir y hacer contacto de la mejor manera posible. La resistencia debe existir hasta cierto punto, de lo contrario significa que el niño es frágil y necesita hacer todo lo que le digan para sentir que puede sobrevivir, se considera una manera de protegerse. Reaparece una y otra vez y debe ser aceptada. Además, es una manifestación de energía e indica el nivel de contacto del niño, si la energía baja, el contacto puede escapar del terapeuta. Se debe volver a tomar contacto con el niño.

Los sentidos.

Se trata de ofrecer al niño experiencias por medio de las cuales logre experimentar sus sentidos, a través de dar experiencias táctiles, visuales, auditivas, etc.

El cuerpo.

Cada emoción tiene una conexión corporal, por lo que se debe trabajar con las posturas, respiración, relajación, meditación, mímica, etc., a fin de que el niño logre experimentar las conexiones emocionales en relación a su cuerpo.

Fortalecer el yo.

Se debe desarrollar un fuerte sentido del Yo, para que se puedan expresar las emociones ocultas, esto se hace a partir de experiencias corporales y sensoriales, además de:

Definir el yo.

Animar al niño hablar de sí mismo por medio de las actividades (dibujos, títeres, collage, arcilla, metáfora, etc.), para que logre diferenciar “Este soy yo” de “Este no soy yo”.

Promover elecciones.

Dar alternativas no amenazantes al niño a fin de que pueda ir haciendo elecciones, comenzar con cosas sencillas como el material que desea usar, o donde se quiere sentar, para avanzar hacia lo que desearía hacer en una sesión.

Dominio o maestría.

Permitir que el niño vivencie y cree oportunidades para que sienta el dominio en las actividades que realiza.

El dominio implica:

1. Autorregulación física.
2. Autocontrol de respuestas que permitan llegar a la meta sin dañar a otros.
3. Asertividad, capacidad de adaptación, a las respuestas socialmente aceptables.

Reconocer proyecciones.

Todas las actividades que realiza el niño, las está exteriorizando de su propia individualidad y experiencia, pueden ser representaciones metafóricas de su vida. Cuando llega a reconocer aspectos de estas proyecciones, está haciendo declaraciones sobre sí mismo y su proceso de vida, por lo que la toma de conciencia de sí mismo y sus límites se intensifican.

Fronteras y límites.

Se trata de establecer límites claros y apropiados al nivel del niño, de forma que pueda experimentar, probar y conocer sus propios límites. Tener límites claros en la sesión, como un encuadre adecuado, que el niño ayude a limpiar y el cierre de la sesión en la hora establecida, es importante.

Jugueteo, imaginación y humor.

Dar oportunidad para juegos imaginativos y hacer cosas divertidas.

Poder y control.

Brindar al niño la experiencia de poder (no de una lucha de poder), en la cual pueda sentir que él tiene el control, de modo que se fortalezca su Yo.

Energía agresiva.

Es importante que los niños expresen su energía agresiva, entendida como la fuerza e iniciativa, no como algo violento. Por lo que se deben brindar experiencias que permitan al niño sentir su energía agresiva, de modo que se ayude al niño a desarrollar un fuerte sentido de sí mismo que le dé una sensación de bienestar y un sentimiento positivo suyo. Las actividades de energía agresiva deben de:

1. Realizarse en contacto con el terapeuta.
2. Realizarse en un entorno seguro.
3. Tener un espíritu de diversión y jugueteo en la interacción.
4. Exagerar el juego.

Expresión emocional.

Enseñar a los niños formas sanas de expresar sus emociones en la vida diaria. Esto puede hacerse por medio de técnicas como: arcilla, dibujos, collages, dramatización, bandeja de arena, metáfora, juego, etc. Esto debe vincularse con las proyecciones del niño, a fin de que pueda finalmente reconocer y expresar adecuadamente sus emociones.

Autocuidado.

Ayudar a los niños a ser más receptivos, comprensivos y activamente nutritivos consigo mismos, esto implica ir en contra de los introyectos negativos que puede tener de sí mismo y de la idea de que preocuparse por sí mismo es egoísta.

Además se debe ayudar a que acepte todas las partes de sí mismo, aun las más odiadas, entendiendo su función y propósito, a fin de que tenga un desarrollo sano y a partir de ello pueda crear un concepto nuevo de sí, viendo que esas son solo unas partes de sí, no la totalidad.

Padres y familias.

Es importante tener sesiones constantes con los padres, Oaklander (2009) recomienda que sean cada 4 o 6 sesiones, ya que es importante educar a los padres sobre el proceso terapéutico.

3.2.2.1 Modelo de trabajo.

Aunado al proceso terapéutico ya descrito, Oaklander (2010) presenta lo que denomina como *Mi modelo de trabajo* refiriéndose a cuestiones más prácticas, como el dibujo, la imaginería, etc., que tienen la finalidad de:

- Ayudar al niño a darse cuenta de sí mismo y de su existencia en el mundo.
- Lograr encontrar el equilibrio entre: dirigir y guiar la sesión; e ir con el niño y seguir la línea que el marque.
- Expresar el Yo del niño, implica construir el sentido del Yo del niño y reforzar las funciones de contacto con sus sentidos, cuerpo, sentimientos y uso del intelecto.

Y los coloca en diversos pasos que son:

1. Hacer que el niño comparta la experiencia de dibujar (sus sentimientos sobre enfrentar y hacer a tarea que se le dificulta).
2. Hacer que el niño comente el dibujo en sí mismo, describiéndolo a su manera.

3. Estimular en el niño, un mayor autodescubrimiento pidiéndole que se explaye sobre fragmentos del cuadro; describiendo figuras, formas, colores, representaciones, objetos, personas.
4. Que el niño describa el cuadro como si este fuera él, usando la palabra Yo: “Yo soy este cuadro”, “Yo tengo líneas rojas”
5. Escoger cosas específicas en el cuadro del niño para que se identifique con ellas.
6. Preguntarle cosas que puedan ayudarlo en el proceso ¿Qué es lo que haces?, ¿Quién te usa? ¿A quién quieres más?, de modo que pueda “meterse” en el dibujo.
7. Concentrar la atención del niño y agudizar su toma de conciencia mediante el énfasis y la exageración de una o varias partes del cuadro. Pueden usarse preguntas como: ¿A dónde va ella?, ¿Qué está pensando este círculo?, ¿Qué va hacer?, ¿Qué le va a ocurrir?, si el niño dice “No sé” hay que insistir.
8. Hacer que el niño entable un diálogo entre dos partes de su cuadro o entre dos puntos de contacto u opuestos.
9. Estimular al niño a que ponga atención en lo colores, que piense que colores va a usar y diga que significan para él los colores brillantes, los oscuros, los opacos.
10. Estar atento a claves en el tono de voz, postura del cuerpo, expresión facial y corporal, respiración y silencio del niño. Por ejemplo, el silencio puede significar censura, pensamiento, remembranza, represión, angustia, miedo o conciencia de algo.
11. Trabajar la identificación ayudando al niño a “reconocer” lo que se ha dicho sobre el cuadro o partes de éste. Por ejemplo preguntar ¿Siempre te sientes así?, ¿Alguna vez haces esto?, ¿Encaja eso en alguna forma con tu vida?

12. Dejar el dibujo y trabajar en las situaciones de la vida del niño y los asuntos incompletos que emergen en el cuadro. ¿Encaja esto en tu vida?, observar sus respuestas verbales, o expresiones faciales.
13. Estar atento de las partes faltantes o espacios vacíos en el cuadro y prestarles atención.
14. Permanecer en el flujo de primer plano del niño o prestar atención al propio frente (intereses, entusiasmo y energía).

Es importante considerar el modelo de la Gestalt, en donde Cornejo (1996) propone para alcanzar los objetivos antes expuestos, el uso de una carpeta de trabajo en donde se van realizando actividades en cada sesión y el niño las va colocando en ella: "cada página tendrá una frase a manera de enunciado escrita por mí, en donde se le pedirá que dibuje o escriba, y le pido que él las haga" (p. 75).

En lo que se refiere a la fase de finalización Oaklander (2009) considera que esta debe darse cuando el niño está actuando bien en su vida y el trabajo terapéutico parece estar de más, sugiere un cierre especial, haciendo un recuento de las actividades y temas trabajados.

Para el cierre Cornejo (1996) sugiere que, cuando se trata de una interrupción del proceso: explicar al niño lo dicho por los padres y escuchar que piensa. Además de trabajar algunas hojas de despedida en la carpeta de trabajo, de cómo se siente al interrumpir su terapia, lo que recuerda especialmente; explicar al niño que "siente" no poder continuar trabajando con él; realizar una devolución de lo trabajado y hablar de sus fortalezas.

Cuando se trata de un cierre debido a que el niño ya no requiere del tratamiento, se le informa con antelación y las sesiones se van espaciando, se hacen cada 15 días y luego cada mes, hasta que llega la última sesión, en la que se revisa su carpeta de trabajo, se realiza la devolución de cómo ha cambiado; además de realizar las últimas hojas de su carpeta (Cornejo, 1996).

3.3 Enfoque Psicodinámico

Landreth (1991) y Bromfield (2005) realizan una recapitulación acerca de la terapia de juego con enfoque psicodinámico, mencionan que éste tiene sus raíces en los trabajos realizados por Freud, aunque él se enfocó en el trabajo con adultos, hizo aportaciones al tratamiento infantil. Mencionan que Hug-Hellmuth fue la primera en realizar un tratamiento directo con niños en 1920, usando el juego y charlas. Además revisan el trabajo realizado por Ana Freud, quien trabajaba con los niños, entendiendo la parte consciente, el pensamiento, sentimientos y conductas, además de la forma que usan para afrontar ansiedades, traumas, etc.; y el trabajo realizado por Melanie Klein, quien consideró que el juego del niño equivalía a la asociación libre del adulto, por lo que a través de este medio era posible interpretar el inconsciente, para Klein en el juego el niño expresaba ansiedades, fantasías y defensas que podían ser interpretados.

Laplanche y Pontalis (en Aberastury, 1969) definen la terapia analítica como la forma de psicoterapia que se apoya en principios básicos teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin reunir las condiciones estrictas de un tratamiento psicoanalítico, emplea la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis sistemático de la transferencia, teniendo una resolución final.

Para Ana Freud (1969 citado en Lee, 2009) el análisis en los niños debe ser indicado cuando: existan conflictos en la estructura interna del niño, las defensas que utiliza sean inadecuadas, se presenten ansiedades, existan fijaciones en etapas tempranas del desarrollo, aparezcan movimientos regresivos, haya represión de la agresión que limite cualquier actividad productiva. Por su parte Klein consideró que el análisis puede llevarse a cabo desde la infancia, ya que desde el nacimiento existe un Yo temprano con el que puede realizarse el trabajo analítico (Segal, 2010). Klein (1926) considera importante poder adaptar la técnica de análisis a los niños, lo cual puede realizarse, por medio de la terapia de juego (Klein, 1926).

Lee (2009) menciona que la meta final del análisis con niños, es poder explorar, entender y resolver la etiología de detenciones, fijaciones, regresiones y operaciones defensivas, a fin de que la energía psíquica del niño, pueda ayudar a reanudar el desarrollo normal. A diferencia del trabajo con adultos, en el niño se trata de un trabajo de progreso, con tendencias hacia la maduración, que se dan a lo largo del desarrollo infantil. El análisis infantil no busca la regresión o el reencuentro con el pasado o recuerdos reprimidos; aunque en ocasiones la regresión al servicio del Yo puede ser adaptativa y promover el desarrollo.

El uso del juego es primordial, Aberastury (1973) menciona que tanto el juego como el dibujo representan el material que el niño ofrece de manera natural como forma de comunicación, así como en el adulto es la palabra, del mismo modo que el adulto no siempre asocia libremente en la sesión, tampoco lo hace siempre el niño por medio del juego.

Esta autora (Aberastury, 1973) explica que dentro del modelo de trabajo analítico, el niño puede elaborar en el juego su propia experiencia, en ocasiones permite: expresar la satisfacción de sus deseos, elaborar situaciones placenteras, descargar una experiencia o residuos de experiencias no asimiladas, transformar una situación que ha vivido pasivamente y hacerla activa, desempeñar otro papel del que le experiencia le ha permitido, representar papeles prohibidos por la educación y por el Superyó, dominar situaciones, cumplir deseos y asimilar experiencias.

Es importante mencionar que de acuerdo con los planteamientos de la teoría psicoanalítica aplicada a niños, se busca que a través del tratamiento se logre la modificación intrapsíquica, misma que puede ser diferente en cada caso particular; de manera general puede decirse que los aspectos a trabajar mediante la intervención psicoterapéutica consiste en: el fortalecimiento del Yo, disminuir la severidad del Superyó, flexibilizar el uso de las defensas, aparición y elaboración de la angustia, culpa y conciencia de conflicto, aumentar la capacidad de tolerar la frustración y usar mecanismos de defensa más adaptativos. Además, cuando

estos cambios generales y los particulares en cada caso se han logrado, la conducta del niño se modifica de manera natural (Aberastury, 1969).

En los casos que se trata por medio de intervención breve con perspectiva psicodinámica, no se esperan los cambios mencionados, sino que van hacia la desaparición del síntoma, buscando obtener un mejor rendimiento afectivo, intelectual y conductual en una situación específica y determinada (Aberastury, 1969).

3.3.1 Premisas.

Entre las metas de este enfoque terapéutico están: ayudar a que el niño sufra menos, superar traumas, adaptarse a situaciones y sucesos de la vida, afrontar enfermedades, dominar fobias, tener mejores posibilidades de asistir a la escuela, manejar la ira (Bromfield, 2005) así como identificar y conocer sus emociones.

Su busca generar un cambio a nivel sintomatológico, yendo hacia aspectos más profundos y esenciales en la vida del niño, Bromfield (2005) menciona que esta puede utilizarse para:

- Ayudar al niño a integrar varios aspectos de su personalidad.
- Dominar algunas tareas del desarrollo (separación, crecimiento, adolescencia).
- Promover la flexibilidad y adaptabilidad.
- Contribuir a reducir la vulnerabilidad de un niño.
- Ayudar a los niños inhibidos a desenvolverse de manera más espontánea, activa y dichosa.
- Ayudar a niños impulsivos a contenerse mejor.

Bromfield (2005) explica que este enfoque es especialmente útil en casos de ansiedad o depresión, así como en niños con funcionamientos limítrofe o psicótico, así como aquellos que tienen enfermedades crónicas o discapacidades de aprendizaje. Debido a que es una terapia prolongada, no se recomienda en

situaciones en donde es necesario un alivio rápido, por ejemplo ante una fobia, o situaciones de ansiedad que estén incapacitando el desenvolvimiento del niño.

O'Connor (2014) menciona que al comienzo de este tipo de terapia hay más juego que plática, conforme el proceso avanza, el juego va disminuyendo y la plática terapéutica incrementa, debido al uso que se le va dando al lenguaje por medio de la interpretación.

3.3.2 Forma de trabajo.

El juego libre constituye la herramienta fundamental al realizar las sesiones, ya que este permite que el niño pueda manifestar sus principales dificultades y logre simbolizar a través del juego. Bromfield (2005) indica que también es necesario usar señalamientos, confrontaciones e interpretaciones.

Weiner y Bordin (1983, en Phares, 1996) y Díaz (1994) describen los diferentes tipos de intervenciones verbales por parte del terapeuta:

- Preguntas: Busca hacer que el paciente hable, con el objetivo de reunir información, puede también dirigir a la persona hacia un tema específico (Weiner y Bordin, 1983, en Phares, 1996)
- Aclaraciones: Busca recoger y enfatizar algún tema que el paciente está discutiendo (Weiner y Bordin, 1983, en Phares, 1996). Díaz (1994) los denomina esclarecimientos y explica que éstos buscan puntualizar y fijar datos ambiguos, confusos o mal entendidos por el terapeuta, además de disminuir la culpa, angustia, temor o vergüenza. Etchegoyen (2002) menciona que, el esclarecimiento busca dar luz a algo que el individuo sabe, pero no percibe claramente de sí mismo y permite el reordenamiento de la información.
- Los señalamientos: Se usan para llamar la atención del paciente sobre aspectos de su vida, de los cuales parece no ser consciente (Díaz, 1994).
- Exclamaciones: Tales como "mm-hmm", "ya veo", son útiles para reforzar la importancia de algún tema en particular o para alentar al paciente a

continuar hablando o a elaborar sobre el punto (Weiner y Bordin, 1983, en Phares, 1996).

- Confrontaciones: Tienen un tono interpretativo, ya que presentan a la atención del paciente nuevas formas de conectar eventos o sugieren una manera alternativa de interpretarlos.
- Interpretaciones: Buscan hacer que el paciente reconozca algo que no ha visto antes, alguna conexión o significado que ha sido el motivo verdadero para determinados sentimientos o conductas (Weiner y Bordin, 1983, en Phares, 1996). Díaz (1994) menciona que éstas se refieren a deducciones del sentido latente de las manifestaciones del paciente. Etchegoyen (2002) explica que la interpretación es algo que le pertenece al paciente, pero de lo cual no tiene conocimiento, es una explicación que da el analista al paciente (a partir de lo que este comunicó) y que le da un nuevo conocimiento de sí mismo. Este autor refiere que la intervención de este tipo es siempre una hipótesis, de manera que la única manera de probarla es comunicándola al paciente, así cuando la interpretación es correcta y el analizado la admite, operará en su mente, promoviendo y produciendo un cambio. Finalmente señala que en algunos casos es necesario abstenerse de hacer una interpretación, cuando se piensa que no se va a comprender, o que se entenderá de manera distorsionada.

3.3.2.1 La Interpretación.

Etchegoyen (2002) enfatiza que las preguntas, señalamientos y confrontaciones son pasos preparatorios para la interpretación, son de utilidad ya que no introducen elementos que pueden ser equívocos.

O'Connor (2002) explica que la interpretación es sólo una parte del proceso de intervención, la eficacia de esta depende (desde la visión ecosistémica que él maneja) de los diversos sistemas que interactúan: social, escolar, médico, legal, comunitario y cultural.

Winnicott (1972) y Pine (1984) (citados en Slochower, 2014) consideran que la interpretación se liga directamente con el *holding*, debido a que el paciente puede sentirse sostenido por medio de la interpretación.

Aberastury (1969) menciona que la interpretación puede usarse desde la parte verbal, o bien, la cuestión lúdica o no verbal. Para ella, sólo la palabra puede hacer consciente lo inconsciente, por lo que la interpretación con niños tiene las mismas características que las del análisis de adultos, adaptando la manera de formularla a la edad del niño, necesidades y momentos del tratamiento. Considera que, al momento de terminar un tratamiento, el niño debe disponer de un equipo verbal mínimo que le permita expresarse, sin tener que usar el lenguaje no verbal. Por su parte Anzieu (2001) refiere la necesidad de poder utilizar un lenguaje usual para el niño, la nominación de los objetos y afectos, de modo que sea accesible para el niño, a partir de las figuraciones que él produce en su juego: ya que lo que se transmite por la palabra, está impregnado de simbolización. Para O'Connor (2002) la función del lenguaje se relaciona con la capacidad del niño de usarlo como un puente hacia lo simbólico, es decir, hacia el pensamiento, así como el papel integral del lenguaje en la experiencia emocional y la regulación.

En el sentido de adaptar la interpretación a la edad y necesidades del niño, Ferreiro y Volnovich (1981) explican que, "la interpretación que alude al conflicto neurótico asume necesariamente alguna concepción acerca del desarrollo cognoscitivo" (p. 39). Por lo que el analista, requiere conocer el grado de desarrollo cognoscitivo al que ha accedido el niño al que le habla o con quien juega. Es importante preguntarse si es posible hablar de la misma manera y con la misma expectativa de asimilación, a un niño de tres, cuatro u ocho años. Es necesario esperar cierta cantidad de años, así como desarrollo en el niño, que permita atribuirle nociones lógicas y operacionales adquiridas, mismas que responden a un ritmo que no se puede acelerar o retrasar, invertir o posponer (Ferreiro y Volnovich, 1981).

O'Connor (2002) propone 6 pasos que ayudan a que el terapeuta pueda desarrollar una interpretación que sea eficaz:

1) Realizar la formulación de caso, incluyendo las hipótesis subyacentes a las causas del problema actual y los factores que mantienen los síntomas y la conducta.

2) Especificar las metas a corto y largo plazo.

3) Desarrollar una serie de interpretaciones que guíen al niño en una nueva comprensión de sus problemas (teniendo en cuenta las hipótesis realizadas en el primer paso).

4) Comenzar por generar interpretaciones al niño, aprovechando las oportunidades que surjan en el juego o en la entrevista psicoterapéutica, observando la respuesta del niño, con el objetivo de evaluar la exactitud de las hipótesis, se considera que si con las interpretaciones no se observan cambios en la conducta, se debe revisar la formulación de caso y repensar las hipótesis.

5) Apoyar al niño a usar la nueva información acerca de sí mismo para resolver problemas y desarrollar alternativas de conducta.

6) Repetir el material interpretativo, aplicándolo a diversas situaciones, de modo que el niño sea capaz de usar su nuevo conocimiento y habilidades fuera de la sesión de terapia, facilitando la generalización.

Respecto a la interpretación, Anzieu (2001) menciona que ésta sólo puede ser reiterada cuando el analista está bastante seguro de sí mismo como para aplicar este método; cuando se considera que el niño está preparado para comprenderlo y sacar provecho. Por lo que debe observarse en qué momento de la sesión es necesario o acertado intervenir, se aconseja que la interpretación no se realice en los últimos minutos de la sesión, para que el paciente cuente con el tiempo para reaccionar a la interpretación y en su momento integre los efectos.

O'Connor (2002) menciona que la interpretación debe usarse a beneficio de la solución del problema, por lo que el terapeuta debe considerar: traducir los pensamientos y emociones del niño, utilizar un nivel de lenguaje adecuado a su

desarrollo; además de devolver las interpretaciones de una forma gradual y sistemática, para que el niño no se sienta abrumado.

La interpretación tiene el objetivo de transformar el concreto real, es decir, las estructuras psicopatológicas, por medio del juego se reconstruye el significado y conocimiento inconsciente, de modo que al interpretarlo se reconstruye también la coherencia del discurso del paciente (Ferreiro y Volnovich, 1981).

Es importante mencionar que con los niños más pequeños o con mayores dificultades, lo más recomendable es la intervención y no la interpretación, entendiéndose esta como la manera de poner en palabras por parte del terapeuta, los contenidos secuenciales (Anzieu, 2001).

Para Klein (en Anzieu, 2001) existen dos momentos significativos para la intervención: “la manifestación de una transferencia negativa y la expresión de una angustia insuperable que interrumpe el juego, luego la fluidez de las asociaciones” (p.208). Aberastury (1973) menciona que en el método de Klein, la interpretación nunca se realiza de manera meramente simbólica, sino que debe abarcar la conducta total del niño durante la sesión: el modo en que juega, el contenido de lo que juega, las acciones, expresiones, palabras, relación terapéutica, es decir, interpretando dentro del contexto de la sesión. Ya que, un mismo juego puede tener diferentes significados en cada niño e incluso en el mismo niño a lo largo del tratamiento. De manera que, no se trata de interpretar directamente el contenido del juego, ni su simbolismo, sino vincular la sensación actual expresada por ese juego (Anzieu, 2001).

Anzieu (2001) ofrece algunas pautas para la interpretación y explica que para ella, es recomendable interpretar: *la angustia*, cuando esta es intensa y perturba la relación, pues la excitación intensa que causa frecuentemente se manifiesta por medio de la agitación motriz, que es mejor interpretar antes que las manifestaciones se hagan irreducibles y que el mismo analista se desborde por sus identificaciones inconscientes. También *para vincular el juego con las*

manifestaciones afectivas, que aparecerán por la toma de consciencia de los propios movimientos contratransferenciales. De esta manera:

...por la interpretación del juego, pone en movimiento los procesos de recreación de los objetos internos del niño. El juego es, por sí mismo, organizador de esos objetos internos en el espacio psíquico. Durante largos períodos la terapia puede transcurrir sin que el analista tenga que intervenir... Pero cuando la excitación producida por el juego conduce a la angustia, entonces el analista debe intervenir para contener el despertar pulsional así desencadenado (Anzieu, 2001 p. 211).

Aberastury (1973) explica que las interpretaciones son fácilmente aceptadas por el niño, debido a la relación que hay entre los estratos inconscientes y conscientes de su mente es comparativamente sencilla, lo cual facilita el camino al inconsciente; por lo que los efectos de la interpretación suelen ser rápidos, aun cuando el niño parezca no aceptarlos. Esto se manifiesta en la manera en que el niño reanuda un juego interrumpido a causa de la interpretación, lo modifica o amplía, mostrando partes más profundas.

Como mencioné previamente, O'Connor (2002) enfatiza la importancia de hacer una interpretación paulatina y gradual, él propone 5 niveles de interpretación (O'Connor, 2002; 2014):

1. *Reflejos*: Existen dos tipos, de contenido y de motivo. Los primeros buscan identificar los pensamientos y sentimientos del cliente, por ejemplo "pareces muy enojado". Los reflejos de motivo, son declaraciones explícitas de la razón del niño para decir o hacer una cosa particular, implica un nivel de atribución de parte del terapeuta, es más intenso que el reflejo de contenido y debe usarse con cuidado. La clave del reflejo es que el niño no dice cuál es su pensamiento, sentimiento o motivo, sino que el terapeuta lo coloca.

Los propósitos de este nivel de interpretación son: demostrar al niño que el terapeuta está interesado en sus pensamientos, emociones y motivos; enseñar al niño un vocabulario emocional y aumentarlo, con lo cual será

más capaz de expresar verbalmente lo que le sucede; contribuir en que el niño pueda representar (simbolizar) tanto en la sesión, como en el mundo externo; y dar al terapeuta la oportunidad de validar sus percepciones del estado emocional del niño.

Los reflejos pueden usarse durante toda la sesión, de manera constante.

2. *Interpretaciones de patrón:* Consiste en identificar las repeticiones abiertas o encubiertas en el juego, comportamiento, o verbalizaciones. El terapeuta debe operacionalizar la repetición tan claramente como sea posible y dar los ejemplos de cómo estos han sido manifestados, es decir, dar evidencia del patrón que se está interpretando por ejemplo “es la tercera vez que acabas la sesión apagando las luces y dejándonos aquí” o “comenzaste el dibujo y como no te gustó lo dejaste, empezaste la torre y como no te gustó la dejaste...”

Se debe tener cuidado en este nivel de no incluir la emoción, ya que el niño puede negar la emoción y además descartar el patrón.

Los propósitos de las interpretaciones de patrón son: ayudar al niño a ver su comportamiento; observar la constancia de los comportamientos, generar soluciones, resolver problemas y generalizar a conductas similares.

3. *Interpretación dinámica simple:* Consiste en dejar tomar un patrón, un sentimiento, y conectarlos. El terapeuta realiza conexiones entre los pensamientos, afectos y motivaciones del niño que previamente se reflejaron e identificaron. Por ejemplo, el terapeuta podría sugerir que el niño que deja varias actividades antes de terminarlas fue porque tuvo miedo de equivocarse.

Una vez que el niño se ha acostumbrado a las interpretaciones dinámicas simples que se realizan en las sesiones, se pueden hacer a través de las sesiones. De esta manera, se ayuda al niño a entender su comportamiento.

Por medio de las interpretaciones dinámicas simples, el terapeuta anima al niño a ver la continuidad de su comportamiento y su significado; el niño es sensibilizado a sus sentimientos internos, procesos y motivaciones que dirigen su comportamiento.

Como se observa, las interpretaciones dinámicas simples, son la unión de los dos niveles previos, mismas que el niño ha ido aceptando por separado, por lo que la aceptación de este nivel es mayor y con menos probabilidad de resistirse.

Para estos primeros tres niveles solo se usa información de lo que el terapeuta ha observado o que el paciente ha brindado directamente, teniendo cuidado de no usar información que han dado los padres.

4. *Interpretación dinámica generalizada*: Consiste en unir lo que pasa en la sesión de juego con lo que sucede fuera de la sesión, en el mundo real: el terapeuta indica las semejanzas entre el modelo de pensamiento, sentimiento y comportamiento del niño a través de diversos contextos. Por ejemplo, el terapeuta podría indicar la tendencia del niño a dejar una variedad de actividades en la sesión, y mostrar la similitud con no terminar su trabajo en la escuela, mientras sugiere que ambos son debido al miedo de equivocarse, “*tal vez (yo creo que) por eso a tus amigos no les gusta jugar contigo, porque siempre renuncias*”. De esta forma se ayuda al niño a aplicar lo que aprende en las sesiones de juego, a la vida real, a su mundo actual.
5. *Interpretación genética (o histórica)*: Consiste en hipótesis acerca del origen de donde vienen los patrones en los niños, así como sus pensamientos y emociones, va hacia la raíz del problema.

Es importante mencionar que con los primeros 4 niveles se puede lograr un gran trabajo con el niño, sin la necesidad de usar el quinto nivel. Sin embargo la interpretación genética puede ser de gran utilidad en casos de niños que han sufrido un trauma a muy temprana edad y en donde este

siga organizando o marcando su vida. Por ejemplo, un niño que fue abusado y que ahora cree que el mundo es peligroso y todos los adultos posibles abusadores, esto se interpreta a fin de que pueda haber un cambio en la conducta.

Este tipo de interpretaciones solo se sugiere realizar de 1 a 3 durante toda la sesión, ya que son tan centrales que se tienen pocas, O'Connor (2014) sugiere la "Regla de los 2/3", tanto para la sesión como para el tratamiento. Dentro de la sesión sugiere no realizar la interpretación genética antes de la mitad de la sesión, ni después de que haya transcurrido dos tercios de la misma, por ejemplo si la duración de la sesión es de 60 minutos, la mitad serían los 30 minutos y dos tercios serían 40, por lo que el lapso para realizar este tipo de interpretación iría de los 30 a los 40 minutos. Esta sugerencia se debe a que, este tipo de interpretación al comienzo puede sobresaltar o agobiar al cliente; hacia el final tampoco es recomendable porque ya no se tiene el tiempo para trabajar con ello. En el proceso en general se aplica introduciendo este tipo de interpretación cuando se está en los "dos tercios" del proceso completo, por ejemplo si se está en la sesión 18, y se introduce la interpretación genética, se requieren al menos 6 sesiones más.

Las interpretaciones por lo general, se van devolviendo al niño, en la secuencia de niveles mencionada. Se recomienda que la interpretación se realice dentro del marco del juego (O'Connor, 2002).

3.3.3 Transferencia

Laplanche y Pontalis (2004) definen la transferencia como el proceso por medio del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecido entre ellos y de modo especial, dentro de la relación analítica. Es decir, en el caso de los adultos, es la repetición de prototipos infantiles, vividos como un sentimiento actual. Mencionan que para Freud, la transferencia es el desplazamiento del afecto de una representación a

otra, él (Freud) descubrió que lo que se revive en la transferencia, es la relación del sujeto con las figuras parentales, en especial la ambivalencia pulsional que caracteriza esa relación. Phares (1996) explica que la transferencia ocurre cuando el paciente reacciona hacia el terapeuta como si este representara alguna figura de la infancia, menciona que se pueden transferir tanto sentimientos positivos como negativos, es decir, los conflictos y dificultades de la infancia se vuelven a instituir dentro de la relación terapéutica. Lo anterior permite al terapeuta interpretar dichos sentimientos.

Freud (citado en Klein, 1952) define la transferencia:

¿Qué son las transferencias? Reediciones o productos ulteriores de los impulsos y las fantasías que se han despertado y hecho conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan, como singularidad característica de su especie, la situación de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobra vida de nuevo, pero ya no como pertenecientes al pasado, sino como la relación actual con la persona del médico (p. 57).

Klein (1957) agrega que, debido a que el análisis abre caminos al inconsciente, es que se transfieren experiencias, relaciones de objeto y emociones primitivas, que se focalizan en el analista. Además sostiene que la transferencia se origina en los mismos procesos que determinan las relaciones de objeto en los primeros estadios (descritos en el capítulo 1). Considera además que el análisis de la transferencia positiva tanto la negativa y la interconexión entre ambas, es imprescindible para el tratamiento.

O'Connor (1991, en West, 2000) enfatiza acerca de las transferencias comunes que llegan a hacer los niños: reflejan sus experiencias parentales, en ocasiones colocan al terapeuta en roles inesperados; ven al terapeuta como todopoderoso o que lo sabe todo; y/o esperan que el terapeuta los rescate o los persiga.

En su contraparte, la contratransferencia se refiere al conjunto de reacciones inconscientes del analista frente al analizado, en especial, ante la transferencia de este. Algunos autores, conciben la contratransferencia un componente fundamental de la personalidad del analista, que puede intervenir en la cura; otros la limitan a los procesos inconscientes que la transferencia del analizado provoca en el analista (Laplanche y Pontalis, 2004). West (2000) explica que la contratransferencia abarca las emociones, pensamientos y conductas que provienen del pasado, que el terapeuta de juego trae a la relación terapéutica, por lo que es importante que el terapeuta identifique sus propios aspectos internos.

3.3.4 Función de los padres.

En este enfoque de terapia, el trabajo con los padres busca dar orientación y apoyo, teniendo siempre presentes las necesidades del niño. Los padres son en un primer momento, fuente de información sobre el niño y el hogar, además de brindar información acerca de la historia de desarrollo del niño y el motivo por el cual buscan la terapia. Por lo que el terapeuta debe escucharlos con atención, respeto y sin emitir juicios (Bromfield, 2005).

Por su parte Aberastury (1969; 1973) indica que en su modelo de trabajo, el papel de los padres es considerando únicamente al comienzo del proceso, para obtener información de ellos, por medio de entrevistas que se realizan sin la presencia del niño, se habla acerca del motivo de consulta, historia del niño, descripción de un día en la familia, la manera de festejar cumpleaños y cómo se desarrollan las vacaciones, ideología, religión y la historia de los padres. En el resto del proceso no se hacen más entrevistas, incluso se les dice a los padres que no es necesario que mantengan al terapeuta al corriente de las evoluciones o situaciones del niño en casa. Menciona además que no se revela a los padres ningún detalle de las sesiones con el niño, mientras que al niño si se le transmite la información de las entrevistas con los padres. Respecto a la interpretación no se usa la información dada por los padres respecto al niño, sólo la información que

éste brinda. Finalmente, la autora menciona que en su modelo de trabajo no hace ningún esfuerzo por para modificar al grupo familiar.

Anzieu (2001) por el contrario no sólo obtiene información de los padres, sino que llega a incluirlos directamente en el tratamiento, por ejemplo en *Psicoterapia de niños de 0 a 5 años* brinda una serie de ejemplos clínicos en donde, el trabajo con los padres dentro de las sesiones, ya sea por medio de la entrevista o bien el modelamiento del juego y las interacciones con los niños, constituyen la base del tratamiento, considerando que el acompañamiento a los padres, para desarrollar su capacidad de jugar es primordial; esperando que después puedan llevarlo a cabo fuera de las sesiones, promoviendo así la mejoría en los pequeños. Menciona además la importancia de la interacción padres-hijo, y la manera en que se representan uno al otro.

O'Connor (2014) menciona respecto al trabajo con padres, que estos brindan información acerca del niño. Sugiere no tocar en sesión con el niño las demandas específicas de los padres "*hable con él acerca de...*", en ese caso él pregunta al niño si quiere hablar acerca de lo que sus padres mencionaron, si el niño no lo desea, él lo acepta, ya que lo que más importa en las sesiones del niño es el mismo.

3.4 Psicomotricidad

A pesar de que la estimulación psicomotriz no forma parte esencial de la Psicoterapia Infantil, sino que es un ámbito importante y requiere un grado de conocimiento y especialización particular, es importante hacer una breve mención de esta, ya que parte del trabajo realizado en el caso que se presenta más adelante tuvo relación con cuestiones psicomotrices, sin pretender ser una terapia como tal. Además, en el juego dentro de prácticamente todos los enfoques, existe movimiento e interacción con el cuerpo.

La psicomotricidad puede definirse como el desarrollo físico, psíquico e intelectual que se produce en el sujeto a través del movimiento (Cedeño y Nava, 2010).

Cedeño y Nava (2010) mencionan algunas conceptualizaciones acerca de la motricidad. Refieren que para Picq y Vayer (1977) la educación psicomotriz es una acción psicológica que utiliza los medios de la educación física para normalizar o mejorar el comportamiento del niño. Mencionan también a Wallon (s.f.) quien estableció la primera relación entre trastornos psicomotores y trastornos del comportamiento.

Pérez (2004) define la psicomotricidad como la ciencia que, considerando al individuo en su totalidad, psique-soma, pretende desarrollar al máximo las capacidades individuales, por medio de la experimentación y la ejercitación consciente del propio cuerpo, para lograr un mayor conocimiento de sus posibilidades en relación consigo mismo y con el medio en que se desenvuelve. Abarca el estudio del desarrollo del movimiento corporal, estudio de las desviaciones y trastornos que pueden darse en el desarrollo normal del movimiento corporal, el diseño y la aplicación de técnicas que faciliten el desarrollo motor normal y aquellas que mejoren las posibles desviaciones.

Pueden existir intervenciones psicomotrices preventivas, educativas, reeducativas y terapéuticas (Pérez, 2004).

Por su parte Jiménez y Jiménez (1995) realizan propuestas de actividades prácticas por medio de las cuales se puede estimular y mejorar los diferentes elementos de la psicomotricidad:

- Esquema corporal
- Respiración
- Relajación
- Equilibrio
- Coordinación dinámica general
- Coordinación manual
- Coordinación visomanual

- Estructuración espacial
- Estructuración espacio-temporal
- Percepción temporal (ritmo)

Las actividades que presentan son de gran utilidad, ya que no requieren de muchos recursos materiales y pueden realizarse en el consultorio, o brindarlas a los padres para que ellos las practiquen con los niños.

3.5 Psicoterapia Integrativa

3.5.1 Concepto.

Golfried (1995, en Obregón, 2002) considera que el movimiento integracionista de la psicoterapia es una tendencia que está a favor del reconocimiento de los límites de la orientación teórica propia, y busca ampliar la forma en que los terapeutas conceptualizan sus casos y tiene mayor disposición a utilizar otros métodos.

Coonerty (1993, en Drewes, 2011) menciona que las teorías integradoras parten del hecho que, diferentes aspectos de la experiencia personal del cliente se entretajan, de manera que la psicopatología se explica multicausalmente, dando el mismo valor a los diversos aspectos de funcionamiento de la persona, viéndolo como un todo unificado y combinado.

Esquivel (2010) coincide con Coonerty, pues considera que dentro de la Psicoterapia Integrativa, se contempla al niño en todas las áreas, biológica, ambiental, conductual, afectiva, cognitiva y sistémica.

Opazo y Bagladi (s.f.) explican que el modelo integrativo, surge a partir del análisis crítico de la calidad de las teorías existentes y de la constatación de la necesidad de sintetizar el conocimiento y potenciar los efectos de la psicoterapia.

La Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas (2014) menciona que la Psicoterapia Integrativa:

- Parte de una concepción de salud integral, considerando al ser humano en su unidad psique-soma-entorno.

- Integra aportes de distintas corrientes de la psicología y de otras disciplinas conformando una teoría globalizadora.
- Posibilita la comprensión y abordaje de los procesos de salud y enfermedad considerando la multidimensionalidad y convergencia multifactorial presente en los mismos.
- Propone un proceso activo desarrollado en un contexto interpersonal diseñado específica y deliberadamente como medio de influencia con objetivos acordados entre cliente y terapeuta. (p. electrónica <http://www.alapsiweb.org/quienes.php>)

El objetivo de la Psicoterapia Integrativa es:

Promover experiencias correctivas considerando el self y personalidad del consultante, en términos cognitivos, afectivos y nuevos comportamientos en lo vincular, social y en lo biológico ya que cambios en un sistema repercuten en los otros sistemas. Estas experiencias pueden ser tanto correctivas como enriquecedoras, modificando aspectos nocivos o de riesgo o potenciando los recursos saludables (p. electrónica <http://www.alapsiweb.org/quienes.php>).

Esquivel (2010) menciona que la Psicoterapia Integrativa busca nutrirse de la investigación y experiencia clínica, a fin de generar teorías más completas. Refiere que los principales desafíos de esta son:

- Poder acceder a una observación amplia de la dinámica psicológica.
- Brindar sistematización y orden a la psicoterapia.
- Dar prioridad al conocimiento y al paciente, por encima de sectarismos y dogmatismos.
- Colocar criterios epistemológicos claros y compartidos sobre los alcances del conocimiento en psicoterapia.

Drewes (2011) menciona que en sus inicios alrededor de 1990, la Psicoterapia Integrativa fue llamada *eclecticismo*, sin embargo ahora el término más adecuado es integración, ya que conjunta cuestiones teóricas, técnicas y de factores comunes.

Norcross (2005, en Drewes, 2011) describe algunas posibles razones del incremento en el uso de las psicoterapias integradoras, de las que Drewes (2011) destaca:

1. Incremento considerable en las terapias.
2. Falta de una única teoría o tratamiento adecuado.
3. Aumento de los tratamientos a corto plazo enfocados en el problema.
4. Aumento de los tratamientos basados en evidencia que resultan de la identificación de efectos específicos de la terapia.
5. Reconocimiento de la existencia de factores comunes en las terapias con una contribución considerable en el resultado (p.23).

3.5.2 Tipos de integración.

Norcross (2005, en Drewes, 2011) explica los diversos tipos de integración que pueden darse:

Eclecticismo técnico: Se selecciona el mejor tratamiento según el caso, es decir según cada persona y problema. Esta decisión se toma en base a lo que se ha trabajado con anterioridad y ha funcionado mejor con personas con problemas y características similares.

Integración teórica: Se toman los mejores elementos de dos o más enfoques y se usan en conjunto, con la expectativa de que el resultado será mayor que la suma de las dos terapias por separado. Se pone énfasis en la integración de las teorías subyacentes y la integración de las técnicas de cada una.

Factores comunes: Se buscan los elementos que dos enfoques tienen en común, con el objetivo que el tratamiento sea más eficaz si se basa en las

concordancias de los enfoques. Un estudio de Grencavage y Norcross realizado en 1990 (Norcross, 2005, en Drewes, 2011), reveló que las principales concordancias entre las teorías son: la alianza terapéutica, oportunidad para la catarsis, adquisición y práctica de nuevos comportamientos y clientes con expectativas positivas.

Integración asimilativa: El terapeuta debe tener una fuerte base teórica de un modelo y estar en la disposición para poder incorporar, seleccionar y asimilar las prácticas de otros sistemas. De modo que combina las ventajas de los sistemas teniendo coherencia con la teoría, con la flexibilidad de una más amplia gama intervenciones técnicas de múltiples sistemas.

Para poder elegir el tipo de integración con que se trabajará, se debe tomar en cuenta a cada cliente de forma individual, así como su propia problemática, necesidades particulares y los factores que pueden verse como agentes de cambio: auto expresión, acceso al inconsciente, enseñanza directa o indirecta, contracondicionamiento del afecto negativo, juicio moral, empatía, poder y control, competencia y auto control, creatividad en la solución de problemas, fantasía de compensación y prueba de realidad.

De esta manera, la Psicoterapia Integrativa interrelaciona constructos de diferentes escuelas teóricas, separa los conceptos e ideas que no son consistentes teóricamente entre sí, para poder conformar un núcleo coherente de constructos que guíen el proceso terapéutico (Esquivel, 2010).

3.5.3 Características.

Esquivel (2010) menciona que los postulados principales de la Psicoterapia Integrativa son:

- Es consistente.
- Es un proceso interpersonal.

- El diagnóstico integral es considerado crucial en términos de predicción de evolución clínica y en términos de selección de estrategias clínicas.
- Los objetivos terapéuticos son esclarecidos y acordados con el paciente y sus padres.
- El cambio clínico será diferente en función de la parte específica del sistema que sea influenciada (padres o cuidador principal).
- Cualquier cambio específico de una parte del sistema tiende a irradiarse en el sistema total.
- Cualquier cambio en el sistema total tiende a afectar a cada parte del sistema psicológico del niño.
- Las variables inespecíficas (en ocasiones para los papás) van adquiriendo especificidad en el marco de la Psicoterapia Integrativa.
- Los principios de influencia (del terapeuta) aportan especificidad a la psicoterapia integrativa.
- El eje de la Psicoterapia Infantil es la traducción de la experiencia.
- El desarrollo de cada sistema tiene efectos preventivos.
- Es un proceso creativo sobre bases científicas. (p. 25).

Otra cuestión de gran importancia está en que, en el enfoque integrativo los poderes terapéuticos del juego antes mencionados se convierten en el mecanismo de cambio, capaz de ayudar a los clientes, niños y adolescentes, a superar dificultades psicosociales, conductuales y emocionales (Drewes, 2009, en Drewes, 2011).

En la Psicoterapia Integrativa la función del terapeuta dependerá de modelo o modelos de tratamiento utilizados, algunas veces el papel será no directivo, en otras al contrario. Por lo que el terapeuta de juego deber ser flexible (Drewes,

2011) tanto en la conceptualización del caso, como en la manera de llevar a cabo la intervención.

Del mismo modo, el papel de los padres, obedecerá a las teorías y tipo de tratamiento utilizado (Drewes, 2011).

Munns (2011, en Drewes, 2011) menciona que hay diferentes cuestiones que se deben considerar al momento de integrar diversos enfoques trabajando con el mismo niño, por ejemplo, preguntarse qué es lo que el niño requiere en ese momento, además de cuál será la función de los padres, o si es que ellos mismos requieren un proceso terapéutico propio. Además de reflexionar si este tipo de intervención puede ser confusa, ya sea para el niño, los padres o el mismo terapeuta.

Una vez que se ha decidido usar un enfoque de Psicoterapia Integrativa, se debe resolver el modo en que se trabajara, esto puede ser:

1. Un número de sesiones con un enfoque y otra fase de sesiones con el otro.
2. Media sesión con cada enfoque.
3. Sesión combinada con ambos enfoques. (Munns, 2011, en Drewes, 2011).

Con todas las ventajas y la utilidad de poder manejar un enfoque integrativo, me parece fundamental tener:

1. Claridad acerca de los resultados de la evaluación (desde la historia clínica, pruebas, etc.).
2. Claridad acerca de los núcleos (objetivos, metas, etc.) terapéuticos.
3. Bases teóricas que ayuden a dar la explicación del caso, desde el punto de vista de cada enfoque que se está trabajando, de modo que sea posible hallar los puntos de convergencia e incluso los divergentes.
4. No crear confusión en el niño o en los padres.

Considero que teniendo entendidas estas cuestiones, al menos para personas que, como yo, nos iniciamos en el camino de la Psicoterapia Infantil, nos

permitirá tener una mejor comprensión acerca del caso que estamos trabajando y será menos probable que nos perdamos, y que de pronto al *intentar* trabajar un enfoque integrativo, acabemos confundidos. Sino que, por el contrario, logremos trabajar ya sea desde el eclecticismo técnico, la integración teórica, factores comunes o la integración asimilativa, o una combinación de los mismos, de la manera que sea más provechosa y benéfica para los pequeños con los que trabajamos. Teniendo siempre presentes los poderes terapéuticos de la terapia de juego.

Capítulo 4 Método

4.1 Justificación y Planteamiento del Problema

El proceso de integración del Yo es un aspecto fundamental para lograr un adecuado desarrollo psíquico, ya que el Yo es la instancia encargada de mantener el equilibrio entre el Ello y el Superyó, de modo que si su integración no es apropiada, el desarrollo adecuado de la psique y su funcionamiento se verán afectados. Existen diferentes posturas teóricas acerca de cómo se llega a dicha integración, sin embargo, el enfoque psicoanalítico brinda aportaciones acerca de las relaciones objetales, por lo que el conocer algunas de estas teorías puede brindar una buena comprensión del proceso de integración del Yo. Es por ello que se han seleccionado para el presente trabajo dos teorías psicoanalíticas, por una parte la realizada por Melanie Klein (1930; 1946; 1948; 1957), acerca de las posiciones del desarrollo del Yo, y por otra, la de Margaret Mahler (1977), quien propuso que el nacimiento biológico y el psicológico no son simultáneos y que el nacimiento psicológico requiere que se lleve a cabo el proceso de separación-individuación.

En ocasiones, el proceso de integración del Yo, se ve afectado por factores diversos, ya sea del medio ambiente, de la relación madre-hijo en los primeros años de vida, o bien, por factores internos propios de la persona. Sin embargo, la literatura describe las implicaciones que pueden tener las fallas en la integración del Yo y el impacto de éstas en la estructuración de la personalidad.

En el trabajo clínico, es constante enfrentarse al trabajo con niños que presentan dificultades en la integración del Yo, sin embargo, algunos de ellos parecen tener un funcionamiento más adaptativo, mientras que otros parecen verse más afectados por dichas dificultades.

En función de las necesidades observadas en el trabajo clínico con niños, consideré necesario revisar los componentes de la terapia integrativa que apoyan en la intervención con niños que no han logrado un completo desarrollo del Yo y que cubren las características de la organización limítrofe de personalidad.

En este trabajo presento el caso de R., un niño que llegó a consulta cuando tenía 8 años de edad y que manifestaba diversas dificultades en el desarrollo, tras la evaluación psicológica, se comenzó la intervención terapéutica, dentro de la cual no se habían considerado dificultades en la adecuada integración del Yo. Sin embargo, en el transcurso de las sesiones pudo distinguirse que el principal foco de atención eran los conflictos ocasionados por la inadecuada integración del Yo, que derivaban en el empleo de mecanismos de defensa poco funcionales y la manifestación de conductas, que revelaban la presencia de componentes limítrofes de personalidad, entendiéndolos como lo refieren P. Kernberg et al. (2002), no comportamientos aislados, sino elementos de una estructura mayor a la suma de sus rasgos individuales, considerando la cognición, el afecto, la representación del sí mismo, la representación del objeto, la reflexividad yoica y de sí mismo, y la empatía. Aunado a la evaluación de los mecanismos de defensa utilizados, así como el tipo de juego en los niños.

Por lo anterior, resulta importante conocer, explicar y comprender, cómo es que se da el proceso de integración del Yo, así como las implicaciones que puede tener que éste sea inadecuado. La literatura existente describe, cómo dicha dificultad en la integración del Yo se relaciona con la presencia de componentes de personalidad limítrofe o en ocasiones psicótica. Sin embargo, en el presente trabajo se presentan únicamente las relacionadas con la organización limítrofe de personalidad.

Presentar el caso de R. tiene como finalidad poder ubicar las características y funcionamiento que éste niño de 8 años de edad, ha presentado a lo largo del proceso psicoterapéutico, y poder vincularlo con el marco teórico de referencia revisado.

Aunado a lo anterior, el poder dar a conocer la forma de intervención psicoterapéutica utilizada en este caso permitirá conocer los beneficios de la misma, así como las dificultades y limitaciones encontradas, a fin de que otros psicoterapeutas infantiles puedan adoptar y mejorar este tipo de intervención.

4.2 Pregunta de investigación e hipótesis

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los elementos de la psicoterapia integrativa, que favorecen el tratamiento de un niño de 8 años, que presenta componentes de organización de personalidad limítrofe?

Hipótesis

La psicoterapia integrativa tiene elementos que favorecen el tratamiento de un niño de 8 años, que presenta componentes de organización de personalidad limítrofe.

4.3 Objetivos

4.3.1 General.

Describir y analizar teórica y clínicamente, el proceso de intervención con Psicoterapia Integrativa realizado con R, un niño de 8 años de edad, que presenta componentes de organización de personalidad limítrofe, debido a dificultades en la integración del Yo.

4.3.2 Específicos.

- Identificar y analizar los componentes de los enfoques integrados en el caso clínico. - Gestalt y Psicodinámico- que favorecieron la intervención psicoterapéutica.
- Observar los avances logrados durante el proceso psicoterapéutico.
- Identificar los beneficios y las limitaciones del proceso psicoterapéutico realizado.

4.4 Tipo de estudio

Se trata de un estudio de caso, en el cual se emplearon herramientas de evaluación cuantitativa (pruebas psicométricas utilizadas durante la evaluación) y cualitativa (pruebas grafoproyectivas), y a lo largo del proceso de evaluación y de intervención, a fin de analizar a profundidad el caso clínico que se presenta.

Siendo un estudio de caso, se requirió de elementos descriptivos y explicativos, en donde se buscó comprender, por medio del análisis teórico, las dificultades presentadas en R.

En lo clínico, que se refiere a la intervención psicoterapéutica, se trata de un estudio cualitativo, en el cual se buscó favorecer el desarrollo integral de R.

4.5 Escenario

El proceso psicoterapéutico que se presenta, se desarrolló en un Centro Comunitario ubicado al oriente del Distrito Federal, México. Éste, pertenece a una Institución de Asistencia Privada, la cual cuenta con diferentes servicios como son: centros educativos (escuelas, guarderías y estancias infantiles), establecimientos para la protección de niños, jóvenes y ancianos, dispensarios médicos, y el Centro Comunitario en donde lleve a cabo mi Residencia en Psicoterapia Infantil, durante el proceso de formación de la maestría.

El proceso psicoterapéutico que presento, se realizó en dos espacios de este Centro Comunitario, en un primer momento en un cubículo de aproximadamente 5 x 4 metros, que tenía: un juguetero grande con juguetes y diferentes materiales de trabajo, una mesa pequeña con sillas y una mesa grande con sillas.

Posteriormente se decidió hacer un cambio a un consultorio más pequeño, debido a que R. se distraía mucho en un ambiente tan estimulante como el primero, además el colocar ciertos límites respecto a la cantidad de material disponible, así como a número de juguetes, se volvió parte de la intervención misma, con la finalidad de que R pudiera disminuir la voracidad que presentaba, autorregular sus impulsos y aprender a tomar decisiones acerca de que material quería usar en cada sesión; por lo que se trabajó en un consultorio más pequeño, de aproximadamente 3 X 2 metros, en donde había: una mesa pequeña con sillas, se introdujo un espejo y el material de cada una de las sesiones.

4.6 Participantes

R. un niño de 8 años de edad (al comienzo del proceso psicoterapéutico) y la familia, compuesta por el padre, la madre y la hermana menor.

El motivo de consulta expresado por los padres, fue la solicitud de que su hijo R. fuera evaluado, el padre comentó que R. tenía algunas dificultades en su motricidad, sobre todo en la coordinación visomotriz fina, por lo cual tenía muy mala letra y eso hacía que “batallaran” (sic. papá) mucho con las tareas, que en cuanto a calificaciones no tenía dificultad, pero que le preocupaba su falta de coordinación.

La madre comentó que tras el nacimiento de su hija (que al momento de comenzar la intervención tenía 11 meses de edad), R. comenzó a decir que él también era un bebé y le decía que lo alimentará con el pecho, nunca intentó acercarse al pecho de la madre, sin embargo, si lo mencionaba repetidamente, en ocasiones hacía la voz como si fuera un bebé. Ellos buscaban una evaluación para conocer el nivel de madurez del niño y se “describieran” (sic. papás) sus problemáticas.

El trabajo con los padres fue fundamental, por lo que se tuvieron sesiones periódicas (aproximadamente cada 7 u 8 sesiones del niño, se tenía una con los padres), de orientación y seguimiento. Este trabajo cobra importancia, ya que el niño depende de los padres y el tener una adecuada alianza terapéutica con ellos, así como promover el trabajo en casa, favorece el tratamiento y desarrollo del niño.

4.7 Instrumentos

Se utilizaron pruebas psicométricas y grafoproyectivas durante la evaluación de R., así como entrevistas con los padres en diferentes momentos del proceso, los cuales menciono a continuación:

- Entrevista de motivo de consulta, con ambos padres.

- Entrevistas iniciales de historia de desarrollo, con la madre (el padre dijo no poder obtener permiso en su trabajo para faltar en semanas subsecuentes).
- Sesión de juego diagnóstico con el niño.
- Test Gestáltico Visomotor de Bender, interpretado con la técnica de Koppitz.
- Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz.
- Test del Dibujo de la Familia Kinética, evaluada con los criterios de Louis Corman; y Burns y Koufman.
- Escala Weschler de Inteligencia para Niños- IV (WISC –IV).
- Sub escala de Motricidad, de la Escala de desarrollo McCarthy.
- Test de Apercepción Temática para Niños, con figuras de animales (CAT-A).
- Entrevista de Juego familiar de Eleana Gil.

Durante el proceso de intervención, se trabajó por medio de:

- Actividades gestálticas estructuradas.
- Sesiones de juego terapéutico.
- Actividades de estimulación de motricidad gruesa y fina.
- Entrevistas de seguimiento y orientación con los padres.

4.8 Materiales

Durante el proceso de evaluación se utilizaron:

- Formato de historia clínica.
- Hojas blancas.
- Bolígrafo.

- Lápiz.
- Goma.
- Sacapuntas.
- Láminas del CAT-A.
- Material de aplicación del WISC-IV.
- Títeres.
- Casa de muñecas y miniaturas.
- Cubos de madera.

En la fase de intervención:

- Carpeta de trabajo.
- Hojas blancas.
- Bolígrafo.
- Colores, crayolas, lápices.
- Papel crepe de colores.
- Tijeras.
- Pegamento.
- Plastilina.
- Juguetes elegidos por R como: uno, uno stako, equipo médico, rolli block, plastilina, tiro al blanco, monos locos, palitos chinos, futbolito, cochecitos.

4.9 Procedimiento

El proceso comenzó desde que me fue asignado el caso de R., la coordinadora del Centro Comunitario en donde realicé mi residencia, me comunicó que se trataba de un niño de 8 años y que sus padres requerían que se evaluara hasta

qué punto había afectado al niño el nacimiento de su hermana, que en ese momento tenía 11 meses de edad.

El proceso tuvo una duración de 49 sesiones, el período comprendido de noviembre de 2012 a febrero de 2014. Las sesiones se realizaron de manera semanal, teniendo una duración de 50 a 60 minutos.

El proceso consistió básicamente de 6 fases, que se observan en la siguiente tabla:

	Psicodiagnóstico		Intervención Psicoterapéutica		
	No. de sesiones de evaluación	No. de sesiones de devolución de resultados	No. de sesiones de intervención gestáltica	No. de sesiones de intervención integrativa	No. de sesiones de cierre
Sesiones con el niño	7	1	8	23	1
Sesiones con los padres	2	1	0	3	1
Sesiones padres-niño	2*	0	0	0	0
No. de sesiones por fase	11	2	8	26	2

*Una fue de motivo de consulta en donde estuvieron presentes ambos padres y el niño, la otra fue una sesión de juego familiar.

- Evaluación psicodiagnóstica, incluyó:
 - 1 entrevista de motivo de consulta, en la cual R. estuvo presente

- 2 entrevistas sólo con los padres (historia de desarrollo)
- Aplicación de pruebas psicológicas (psicométricas y grafoproyectivas) a lo largo de 7 sesiones sólo con el niño y 1 sesión de juego familiar.

Teniendo 11 sesiones en total.

- Devolución de resultados con los padres y con el niño, formulación del encuadre terapéutico: En sesiones independientes se retroalimentó a los padres y al niño acerca de los resultados encontrados en la evaluación (2 sesiones).
- Intervención con enfoque gestáltico: Se implementó un trabajo gestáltico para trabajar en el reconocimiento de impulsos agresivos, canalización y contención de dichos impulsos agresivos, expresión adaptativa de emociones, Autoestima y Autoconcepto (8 sesiones).
- Intervención con enfoque integrativo: Se realizó una intervención psicoterapéutica de tipo integrativo, en donde el marco teórico de referencia fue el psicoanalítico, mientras que la modalidad de intervención retomé aspectos de la Gestalt, estimulación de la motricidad y juego libre interpretado desde el enfoque psicodinámico.

Con los padres se trabajó en sesiones de orientación, en donde se dialogaba con ellos acerca de los avances, retrocesos y limitaciones de R., además de brindar sugerencias para el trabajo en casa (26 sesiones).

- Cierre por interrupción: Se llevó a cabo una sesión de cierre por la interrupción del proceso (a solicitud de los padres) con la madre y otra con el niño (2 sesiones).

Durante todo el proceso de formación en la Residencia en Psicoterapia Infantil, conté con la supervisión semanal de casos, en donde pude tener asesoría, sugerencias y revisión teórica, aclaración de dudas, contención de *mis* angustias y

ansiedades, y planteamientos de preguntas por parte del supervisor que me permitían pensar y repensar cada uno de los casos, incluyendo el de R.

Capítulo 5 Presentación del caso clínico

5.1 Presentación

A continuación presento el caso de R., los nombres utilizados han sido modificados, con la finalidad de respetar la confidencialidad de las personas involucradas y resguardar los datos obtenidos durante el trabajo terapéutico con el niño y su familia.

Ficha de Identificación.

Nombre del niño: R.

Escolaridad: 3º de primaria

Edad: 8 años 1 mes

Nombre de la madre: Melisa

Edad: 35 años

Nombre del padre: Juan

Edad: 45 años

Hermana: Juana 11 meses

Motivo de consulta.

Padre

Motivo manifiesto: Comentó que R. presentaba algunas dificultades en su motricidad, sobre todo en la coordinación visomotriz fina, por lo cual tenía muy mala letra y eso hacía que “batallaran mucho con las tareas” (sic. papá), que en cuanto a calificaciones R. iba bien, pero que le preocupaba su falta de coordinación.

Motivo latente: Que se le confirmara que R. no tenía en realidad ninguna dificultad y que con el paso del tiempo lograría realizar las tareas que se le complicaban.

Madre

Motivo manifiesto: Mencionó que tras el nacimiento de su hija, R. comenzó a decir que él también era un bebé y le pedía que lo alimentará con el pecho, nunca hizo alguna acción de acercamiento, sin embargo, si lo mencionaba repetidamente y en ocasiones hacía la voz como si fuera un bebé. Por lo que la madre quería saber a qué se debían esas conductas.

Motivo latente: Que después de la evaluación se dijera que las dificultades de R. se debían al nacimiento de su hermana, y que una vez que se acostumbrara a la nueva situación todo se desarrollaría con normalidad.

Ambos padres pidieron que se realizara una evaluación para conocer el nivel de madurez del niño y se describieran sus dificultades.

R.

Motivo manifiesto: R. dijo que él quería que lo ayudara para mejorar su letra y hablar mejor, también deseaba poder patear mejor el balón.

Motivo latente: Poder cumplir las expectativas de sus padres.

Descripción clínica del menor.

Al momento de comenzar el trabajo con R., él era un niño de 8 años un mes, de aproximadamente 1.35 metros, aparentaba su edad cronológica en talla y presentaba sobrepeso. De tez morena, cara redonda y cabello rizado. Su apariencia física concordaba con su edad cronológica, sin embargo, en ocasiones su voz parecía la de un niño más pequeño, debido a las dificultades en el lenguaje, en lo que se refiere a la adecuada pronunciación en ocasiones hablaba con un tono de un niño más pequeño.

Su vocabulario era adecuado para su edad, sin embargo algunas veces se hacía difícil entenderle debido a sus dificultades de lenguaje, que a pesar de haber estado en terapia de lenguaje durante 1 ½ años aproximadamente, aún eran notorias.

Le gustaban los juegos con títeres, su juego tendía a ser agresivo, al igual que al jugar con coches o con bolos.

El nivel de pensamiento presentado, era operacional concreto, pues lograba pensar de manera lógica y tomar en cuenta diversos aspectos de una misma situación, pero aún se encontraba limitado a situaciones reales en el aquí y ahora, sin lograr abstraer.

En el área afectiva contaba con habilidad para identificar sus emociones, aunque mostraba algunas dificultades en la forma de expresarlas adecuadamente. Además R. demandaba mucho afecto.

R. se mostró entusiasmado en un principio, aunque en algunas fases de la evaluación se veía aburrido y poco disponible, se tiraba al piso y dejaba de hablar, se logró terminar la evaluación.

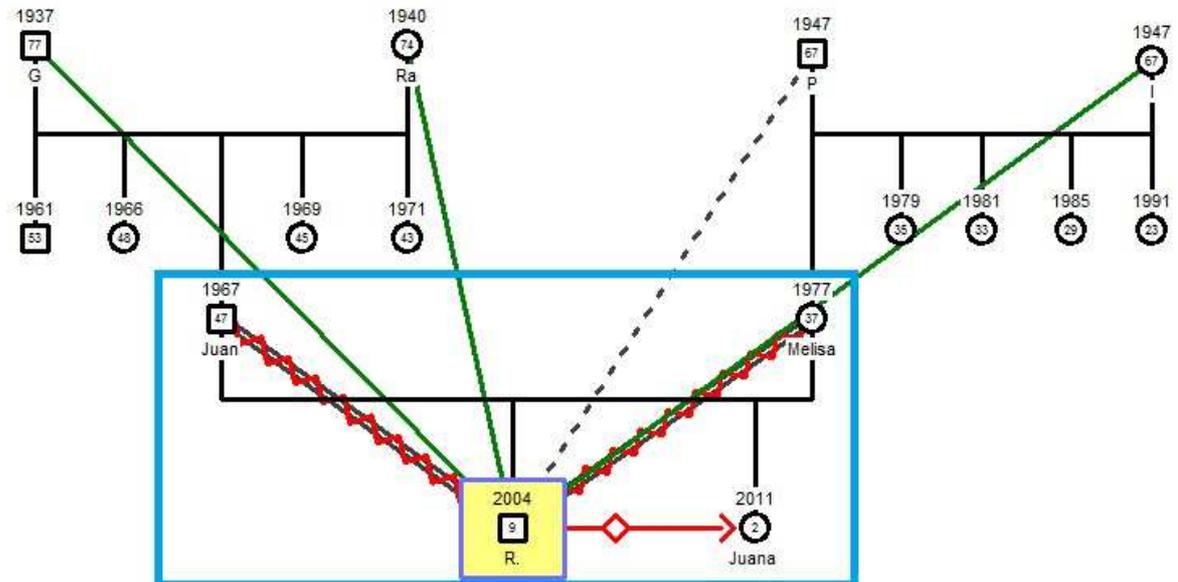
Durante la fase de intervención se mostró disponible la mayor del tiempo, y llegó a asimilar la estructura de las sesiones. Inicialmente se le dificultaban algunas actividades, por ejemplo en el uso de la imaginación al principio le molestaba cerrar los ojos, por lo que deje de pedírselo, pero de pronto el mismo decía "a ver vamos a cerrar los ojos".

Su conducta oscilaba entre de la adecuada para su edad, trabajando óptimamente e involucrándose, mientras que en otras ocasiones tenía conductas regresivas, como ponerse a gatear en la sesión, arrastrarse por el piso o hablar como un niño más pequeño, dejando incluso de hablar algunas veces.

R. mostró interés por las actividades de la Gestalt que le propuse y las realizó con entusiasmo. En ocasiones prefería hacer otras actividades como jugar con los dardos o persecuciones en coches, mismas que se fueron permitiendo.

5.2 Antecedentes

Genograma.



Líneas de relación



Fusionados y
conflictivos



Armonía



Distante



Celos

Familiares.

Los padres de R. se conocieron hace aproximadamente 15 años en el lugar en donde trabajaban, Juan estaba en el área administrativa y Melisa estaba en el almacén, se habían visto en el lugar de trabajo, pero no se hablaron hasta después de un año, cuando ella tuvo que dirigirse a él para pedir sus vacaciones. Hubo un mal entendido en dónde él le pagó las vacaciones a la hermana de

Melisa (que también trabajaba ahí) por lo cual ella tuvo que ir a arreglar el asunto; de ahí comenzaron a hablarse y posteriormente a salir.

Tiempo después comenzaron un noviazgo, pero casi inmediatamente él se tuvo que trasladar a Veracruz, ya que la empresa se fue para allá, ella se quedó en el DF y mantuvieron así el noviazgo durante dos años, se llamaban por teléfono y él venía cada mes de visita, la semana santa y navidades se la pasaba en el DF. Después de dos años él regresó a vivir al DF y continuaron el noviazgo durante dos años más.

Pasado ese tiempo decidieron vivir juntos. Transcurrido un año platicaron, decidieron y planearon tener un bebé, por lo cual R. fue un niño deseado y planificado.

Dinámica familiar actual (al comenzar la intervención).

Los padres de R. refirieron que ellos “intentaban estimular” al niño, lo llevaban a clases de *tae kwon do*, además de que salían de paseo los fines de semana, ellos decidían qué actividad realizar, casi siempre basados en los comentarios del niño de lo que le gustaría hacer, en las ocasiones que R. no proponía actividades ellos elegían y algunas veces ya que estaban ocupados, él niño comentaba que quería hacer otra cosa y hacía berrinches.

Melisa era quien establecía las reglas en casa, mencionaba que su esposo era “más consentidor” y que algunas veces desacreditaba lo que ella le imponía al niño, por ejemplo él le permitía tomar refresco en la noche o dormir 15 minutos más tarde. Su hora de dormir era entre 9:30 a 10:00 pm.

R. tenía una buena relación con su abuela materna, al igual que con sus abuelos paternos y una de sus primas que era de la misma edad, con la que convivía y jugaba cada 8 días que la veía. Con su hermana pequeña se llevaba bien en general, sin embargo, en ocasiones la molestaba y le pegaba, los padres mencionaban que R. “parecía celoso de ella”.

Melisa decía que R. era un niño muy afectuoso, a todos les expresaba que los quería, o cuando algo le gustaba podía decir que ese era el mejor día de su vida. Pero también en el extremo contrario cuando se enojaba gritaba, hacía berrinche, decía que ellos eran los peores padres del mundo, les gritaba que “se fueran de su casa” y otros comentarios semejantes.

Melisa consideraba que R. era un niño a veces dócil y otras ocasiones muy rebelde, un día podía estar bien y al siguiente cambiar. Ella observaba que las mayores dificultades estaban en los momentos de realizar la tarea debido a su mala letra, por lo que en ocasiones ella terminaba haciendo algunas tareas, y luego se sentía culpable, debido a que no lo estaba estimulando a ser responsable e independiente

Aspectos de desarrollo.

Desarrollo pre natal.

Al momento que Melisa se dio cuenta de que estaba embarazada, ya que comenzó a presentar “mareos y ascos”, fue al doctor a corroborarlo, a partir de ese momento tuvo cuidados, visitaba al médico de forma regular cada mes y durante todo el embarazo le realizaron 4 ultrasonidos.

No existen antecedentes de enfermedad ni accidentes durante el embarazo, se desarrolló dentro de la normalidad.

Desarrollo peri natal.

Debido a que en el último ultrasonido se vio que R. tenía el cordón umbilical enredado en el cuello, se programó la cesárea, la cual aconteció en una clínica privada. En el parto estuvo presente el médico general (particular) que estuvo atendiendo a Melisa durante todo el embarazo.

A Melisa le fue aplicada la raquea, sin embargo manifiesta que durante el parto estuvo casi inconsciente, ella pensaba que le pusieron anestesia de más, ya que eso no le ocurrió en su segundo embarazo. Mientras tanto Juan grabó toda la cesárea y estuvo ahí presente.

Debido a que ella no estaba muy consciente no le dieron el bebé de inmediato, él lloró al nacer de forma instantánea, refirieron que lo metieron a bañar y posteriormente permaneció en una incubadora durante aproximadamente 16 horas, en lo que Melisa se recuperaba.

El niño midió 49 centímetros y pesó 2,900 kg. Melisa no recordó la puntuación que R. obtuvo en la evaluación Apgar, sin embargo comentó que el médico le dijo que no existía anormalidad.

Melisa refirió que posterior al nacimiento de R. fue un proceso de recuperación muy doloroso para ella y tardó en sentirse un poco mejor 15 días aproximadamente, prologándose aún más su recuperación total.

Desarrollo post natal.

Tras el nacimiento, Melisa notó a R. un poco amarillo, por lo cual decidió llevarlo con un pediatra (no con el médico que acostumbraba ir), este le dijo que el niño tenía un problema en el hígado, sin embargo, luego lo llevó con el doctor que acostumbraba y le dijo que no tenía en realidad ninguna dificultad, al cabo de algunos días se le quitó ese color.

R. fue amamantado hasta los 2 ½ años, Melisa mencionó que R. no toleraba ningún tipo de leche, pues le salían ronchas en todo el cuerpo, por lo que ella decidió seguir alimentándolo, a los dos años y medio lo destetó, comentó que fue sencillo, que un día decidió ya no darle, él le pidió en 3 ocasiones aproximadamente y ante la negativa de ella, él lo aceptó.

Área psicomotriz.

En la cuestión motriz los padres refirieron que hubo un desarrollo dentro de lo normal, logró sostener la cabeza y sentarse a los 6 meses y a los 8 comenzó a gatear, Melisa dijo que era muy sobreprotectora y no lo dejaba gatear, únicamente lo tenía dentro del corral, aun así logro caminar sin apoyo cuando tenía 13 meses.

Al ingresar al kínder comenzó a tener dificultades, ya que no lograba hacer algunas tareas motrices. Al momento de llegar a consulta conmigo, R. presentaba retrasos en el desarrollo motriz, se movía de manera torpe y no podía realizar actividades que a su edad se esperarían, tales como correr o patear una pelota. En las clases a las que asistió durante un año (de natación), la madre refirió que él siempre era el último en realizar las actividades. Durante otro periodo de 6 meses estuvo en clases de lima lama, pero el maestro ya no lo aceptó debido a que R. no hacía caso de las indicaciones que se le daban. Desde el comienzo y durante toda la intervención psicoterapéutica, R. asistía a clases de tae kwon do, pese a ello, no lograba hacer con rapidez y eficacia las actividades, la mamá de R. tuvo problemas con la mamá de un compañero de la clase, debido a que no estaba de acuerdo en que todos los niños tuvieran que esperar a que R. concluyera las actividades y la señora le hacía burla.

Área del lenguaje.

Desde que R. era muy pequeño, comenzó a verse la dificultad del lenguaje, Melisa mencionó que ella lo estimulaba muy poco pues le ponía todo al alcance de la mano, por lo cual R. no tenía necesidad de pedir nada y cuando lo hacía solo señalaba y ella se lo proporcionaba.

Cuando ingresó al kínder, no hablaba y al intentarlo sus compañeros no le entendían, ellos decían “que él hablaba inglés”, y así explicaba que no podían entenderle. Él le contaba esto a su mamá y ella le decía que tenía que hablar con pausas para que sus compañeros le entendieran.

A los 5 años y por un período aproximado de 1 ½ años estuvo asistiendo a terapia de lenguaje en donde lo ponían a repetir silabas como ba, be, bi, bo, bu; ta, te, ti, to, tu, etc., trabalenguas y ejercicios colocándole cajeta o mermelada alrededor de la boca que él debía de limpiar con su lengua. Esa terapia se suspendió al comienzo del segundo embarazo de Melisa.

A pesar de esto su problema de lenguaje continuó y los padres comentaron que, hasta el ciclo escolar en que cursaba el segundo de primaria, sus

compañeros no lograban comprenderlo. Al comenzar la intervención R. continuaba dificultades en esta área, se entendía medianamente lo que decía y sólo si hablaba pausadamente.

Área emocional.

R., desde el momento de su concepción fue bien recibido; su mamá dijo que ellos como padres habían tratado de brindarle todo, tanto económicamente, en cuanto a vestido, comida, gustos, etc., y también en lo afectivo.

Comentó que cuando era bebé y hasta que cumplió 2 ½ años dormía con los padres, en esa edad lo pasaron a su propia habitación, les costó un poco de trabajo que aceptara, pues a veces en la noche se pasaba con ellos, pero un pediatra le recomendó a Melisa que lo pasara a su cama las veces que fuera necesario y así lo hizo, por lo cual tardó más o menos 3 meses en adaptarse a la nueva situación.

Una vez que R. logró dormir sólo y hasta que tenía 7 años, ambos padres se encargaban de acompañarlo a la hora de ir a dormir, ella le cantaba alguna canción y él le contaba una historia; tras el nacimiento de la bebé (Juana), esta dinámica cambió, Melisa dejó de participar, aunque R. con su papá seguían compartiéndolo. El padre contaba historias de súper héroes o hacía juegos un poco más bruscos, en los que alguna vez R. lo había lastimado, ya que al ser algo torpe con su cuerpo no medía el espacio para sus movimientos o la fuerza con que golpeaba.

Desde pequeño, a R. le gustaba tocar el abdomen de su mamá, Melisa comentó “siempre quería estar tocando mi panza”, lo cual dejó de hacer cuando nació su hermana pequeña. No se reporta que el niño haya tenido algún tipo de objeto transicional.

R. tenía pocos amigos pues sus compañeros lo aislaban debido a que no podía realizar actividades motrices de juego, no lo escogían para los equipos. Los padres comentaron que había un niño con el que R. tenía diferencias en la escuela ya que le pegaba a R. y al momento que él le devolvía el golpe, el niño se

burlaba diciendo que sus golpes no le dolían, por lo que Melisa pensaba que él intentaba pegar más fuerte.

Área escolar y social.

En lo referente a la escuela, su mamá refirió que llevaba calificaciones de 8, 9 y 10, incluso en algunas evaluaciones él era de los pocos niños que obtenía 10 en matemáticas. La principal dificultad estaba en su escritura la cual algunas veces era ilegible, lo que retrasaba el avance en tareas y trabajos escolares.

El año que Melisa consideraba que había sido el de mayor éxito académico fue primero de primaria, ya que no dejaban tanta tarea y el niño se veía más contento en sus ratos libres. Considera que el más complicado estaba siendo el tercero, debido a las dificultades en la letra, que hacía que aparte de la tarea, se llevara muchos trabajos que debió hacer en clase para corregir en casa.

Debido a esto, la hora de hacer tarea se tornaba sumamente difícil, R. le decía a su mamá que estaba cansado, que ella lo agotaba mucho, que le dolían las manos y que él nunca tenía descanso.

En las actividades como ceremonias o presentaciones escolares, a R. le agradaba participar, sin embargo, debido a su lenguaje limitado en los ciclos escolares anteriores no era elegido ni tomado en cuenta para esas actividades. En tercer año la maestra empezó a considerarlo para participar y él lo había hecho con mucho gusto.

La madre refirió que en el área social había algunas dificultades, pues al ser R. un niño rechazado por la mayoría de sus compañeros, “él acepta como amigo a cualquier niño y dos de ellos le han hecho daño de alguna forma, rompiéndole sus cosas, haciéndole burlas, etc.” (sic. Melisa).

En primer año comenzó permaneciendo aislado, la madre comentó que un niño de su salón empezó a hablarle, sin embargo, “ese niño tenía TDAH y sus padres no lo atendían” (sic. Melisa), por lo cual era un niño muy grosero con las maestras, se salía del salón, gritaba, mentía y manipulaba a su madre. R.

comenzó a hacerse amigo de él y a imitar todas sus conductas: se salía del salón, le contestaba a la maestra, a Melisa le gritaba y peleaba con ella por defender a su amigo. Melisa se acercó con la mamá de ese niño y se hicieron amigas, así Melisa sentía que podía estar más al tanto de lo que ocurría, habló con R. y le explicó que aunque el otro niño se comportara mal el no debería de hacerlo. R. fue comprendiéndolo y dejó esas conductas.

Melisa refirió que en segundo año hubo un niño, que lo ofendía todo el tiempo, le decía “gordo, albóndiga con patas”, y en una ocasión le cortó las tiras de la mochila. Cuando Melisa explicó a su hijo que alguien que lo ofendía y lastimaba no era su amigo, R. no lo aceptó e insistía en que si lo era, por lo que tuvo muchas dificultades con su mamá. Posteriormente ya no le hablaba a ese niño, pero seguía siendo su compañero de clase, el niño continuaba molestándolo, le decía gordo o les decía a los otros niños que no lo escogieran en los juegos; le decía a R. que su mamá era fea, que su papá estaba viejo y que su hermana parecía niño. Todo esto le afectaba a R. y lo hacía sentir mal.

Antecedentes patológicos.

En cuanto al área de salud, los padres refieren que R. recibió todas sus vacunas.

Aproximadamente a la edad de 2 años R. tuvo una caída del sillón y se esguinzó un brazo por lo cual tuvo que usar un cabestrillo.

Al momento de comenzar la intervención, R. no presentaba ninguna enfermedad. Su mamá comentó sobre la obesidad de R., que le impedía hacer actividades físicas debido a que se cansaba mucho.

Hábitos de sueño, limpieza y alimenticios.

La madre de R. refirió que desde bebé, el niño tuvo un sueño tranquilo, a los 2 ½ años que lo pasaron a su habitación, requirió de 2 o 3 meses para adaptarse. Acostumbraba dormir a las 9:30 o 10 pm, su papá convivía con él antes de dormir. Dos años atrás, tuvo una pesadilla de cual despertó gritando, no recordó nada del sueño y no se volvió a presentar ningún otro incidente de ese tipo.

En cuanto a los hábitos de limpieza R. logró el control de esfínteres a los 2 ½ años, sin embargo, existía una problemática, ya que desde pequeño le daba mucho asco ir al baño, hasta un año antes (del inicio de la intervención) vomitaba cada que iba al baño, por el asco que sentía, tampoco podía ver el excremento de perro, pues también le daba asco; aunado a esto no podía probar el caldo de pollo u otros alimentos caldosos, porque también vomitaba.

Dejó de vomitar cuando tenía 7 años aproximadamente, pero el asco continuaba. Melisa refería que para ir al baño R. se aguantaba el mayor tiempo posible, lo cual provocaba accidentes en los que manchaba la taza del baño, se ensuciaba la pierna o su ropa interior, los padres consideraban que en la escuela el niño procuraba no ir al baño para que eso no ocurriera. Al momento de comenzar el proceso terapéutico con R. no podía limpiarse por sí mismo, su mamá continuaba limpiándolo, luego de que trascurrieron aproximadamente 3 meses de haber iniciado el proceso terapéutico, R. comenzó a limpiarse solo, aunque seguía pidiéndole a su mamá que lo hiciera, sin embargo, la madre se apegó a la sugerencia de que no lo hiciera por él y ante la negativa de ella, el niño logró hacerlo solo y sin pedirle ayuda a la madre, cabe mencionar que para alcanzar esto, se requirió aproximadamente un año de trabajo. Antes, R. decía que el papel le lastimaba y que le dolía cuando hacía del baño, su mamá le explicaba que el dolor, era debido a que se aguantaba.

En cuanto al control de esfínter vesical, dejó de orinarse por las noches a los 3 ½ años y Melisa refirió que aun en ese momento (de la intervención) le llegaba a pasar que se orinaba por la noche, cuando estaba muy cansado o se desvelaba, por ejemplo en Navidad que se dormía en la madrugada, estaba tan cansado que no se levantaba para ir al baño o lo hacía ya que estaba a punto de hacerse, sin embargo no era algo común.

R. comenzó a bañarse solo desde los 7 años, a partir del nacimiento de su hermana, anteriormente se bañaba con su mamá. Sin embargo, Melisa comentó que había que estarlo presionando para que se bañara o se lavara los dientes, ya que si no fuera así él no lo haría.

Aunque ya era capaz de vestirse solo, le costaba trabajo abotonarse debido a las dificultades en su coordinación motora, por lo que en ocasiones se dejaba el pantalón con el botón hacia adentro, o incluso los calzones no se los subía bien y lo llegaban a lastimar.

En cuanto a la alimentación, de bebé R. era alérgico a la leche, a los 8 años, ya no lo era, presentaba alergia a los frutos secos. De pequeño, aceptaba todos los alimentos, fue aproximadamente a los 3 años que comenzó a rechazar las verduras y las frutas. En el momento que comenzaron a llevarlo a consulta, R. no comía verduras, las frutas que aceptaba eran manzana, fresa y piña.

Melisa consideraba que R. era un niño que “comía más o menos bien”, debido a que le seguían dando asco algunos alimentos como el caldo de pollo, los guisados o cualquier tipo de caldo. Lo que regularmente si comía era el arroz, la carne de cerdo o de res y pechuga de pollo, además de sopa de pasta.

R. mostraba dificultades para tomar la cuchara al grado que algunos alimentos como el arroz y la carne los tomaba con las manos, Melisa decía que R. hacía demasiado ruido al comer, tanto, que le era molesto comer junto a él, por lo cual optaba por comer aparte, su marido también se desesperaba y hacía lo mismo.

Aunado a lo anterior, Melisa comentó que aunque R. tenía horarios específicos de comer, él parecía muy ansioso con respecto a la comida, de repente cuando ella se descuidaba, él ya estaba buscando galletas, dulces, pan, gelatinas, etc., o se la pasaba revisando la hora para ver cuánto faltaba para volver a comer. Durante los fines de semana que salían de paseo, constantemente pedía golosinas y comida chatarra, ante lo cual el padre accedía. Esta situación preocupaba a Melisa, pues consideraba que era reflejo de que algo le causaba mucha ansiedad al niño, ya que no podía estar sin comer y lo afectaba también en su salud, produciéndole el sobre peso que presentaba.

Intereses recreacionales y culturales.

Las actividades físicas a las que R. había asistido eran: natación, lima lama y tae kwon do.

Regularmente ocupaba su tiempo a ver televisión, los días de clase de tae kwon do solo veía la tele una hora y el resto de la semana dependía de la cantidad de tarea que tuviera que realizar, si era poca, veía la tele hasta 3 horas y si era mucha entre 1 y 2 horas.

En general no utilizaba videojuegos, no tenía consola para ello, en ocasiones utilizaba los juegos del celular de su mamá.

Historia psicosexual.

Melisa comentó que R. no había mostrado dudas en cuanto a la sexualidad. Únicamente cuando tenía alrededor de 6 años, le preguntó a ella acerca de las diferencias entre niñas y niños, ella le explicó, Melisa comentó que ella le decía el nombre de las partes genitales de hombres y mujeres tal cual son, aunque en ocasiones en la escuela el niño escuchaba otras formas de nombrarlas, ella le decía que su nombre es pene o vagina, sin tener que “disfrazarlo”.

La madre refirió que desde pequeño, a R. le llaman mucho la atención las embarazadas, dijo que se les acercaba y les decía “que bonita panza” o las acariciaba, pero cuando ella se lo señalaba, él parecía apenado y se volteaba dejando de ver a la mujer embarazada, que estuviera mirando.

5.3 Evaluación psicológica

Técnicas psicológicas aplicadas.

La evaluación psicológica se realizó a lo largo de 11 sesiones, en las que se emplearon las siguientes técnicas:

- Entrevista de motivo de consulta, con ambos padres.

- Entrevistas iniciales de historia de desarrollo, con la madre (el padre dijo no poder obtener permiso en su trabajo para faltar en semanas subsecuentes).
- Sesión de juego diagnóstico con el niño.
- Test Gestáltico Visomotor de Bender, interpretado con la técnica de Koppitz.
- Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz
- Test del Dibujo de la Familia Kinética, evaluada con los criterios de Louis Corman; y Burns y Koufman.
- Escala Weschler de Inteligencia para Niños- IV (WISC –IV).
- Sub escala de Motricidad, de la Escala de desarrollo McCarthy.
- Test de Apercepción Temática para Niños, con figuras de animales (CAT-A).
- Entrevista de Juego familiar de Eleana Gil.

Resultados de la evaluación psicológica.

R. cuenta con un nivel de maduración visomotriz debajo de lo esperado para su edad (Bender 6:6, DFH 4), además de un desarrollo psicomotriz deficiente tanto en la motricidad fina como en la gruesa (índice 22 Sub escala de motricidad de McCarthy, lo cual indica de manera general que la *motricidad se halla severamente disminuida*). De acuerdo a la observación clínica y al conjunto de la batería psicológica utilizada se observaron dificultades del lenguaje, lo que corroboró lo expresado por los padres acerca de dicha dificultad.

En el juego diagnóstico, R. puso de manifiesto sus principales dificultades de coordinación y motricidad al momento de manipular los materiales, además de las introyecciones negativas acerca de sí mismo, con la constante respuesta de que “él no tiene facilidad”.

Acerca de la motricidad, sus dificultades no le permitían desempeñarse de forma autónoma, ni separarse por completo de las personas. Lo cual había generado en la madre algunas conductas de sobreprotección, en donde muchas actividades las realizaba por él, sin motivarlo ni permitirle cierto grado de independencia. Con lo que se observaba que R. no había logrado consolidar la fase de separación-individuación del niño, de manera que existía dependencia hacia la madre.

En cuanto al área intelectual, R. presentó una inteligencia promedio, ubicándose todos los índices de la escala de Weschler en dicho rango (CIT 102, ICV 98, IRP 102, IMT 104 e IVP 100). Por lo cual puede decirse que sus funciones cognitivas de comprensión verbal, razonamiento perceptual, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento son de un nivel promedio.

En las pruebas proyectivas (Juego diagnóstico, Familia kinética, CAT-A) se observó nuevamente la percepción de una figura materna distante y poco afectiva; una figura paterna que veía más como un aliado, amigo o cómplice en oposición de la figura materna. Por lo que las introyecciones de R., se basaban en los mensajes de la figura materna, que él percibía como persecutoria y vigilante. Debido a dicha dinámica R. no veía cubiertas sus necesidades afectivas. Se observó también, la necesidad de guardarse los impulsos agresivos hacia sí mismo, de manera que él retenía sus excreciones. Aunado a esto existe la demanda de una figura materna más accesible y afectuosa.

Dentro del contexto familiar de R. pudo observarse que era el padre, quien dirigía las acciones de todos los miembros de la familia, aun cuando no todos éstos no estuvieran de acuerdo en lo que él proponía. A pesar de los esfuerzos de Juan, por ser incluyente, terminaba por imponer lo que deseaba sin escuchar las opiniones de los demás. Se reafirmó además la alianza entre padre e hijo frente a la figura materna, y la existencia del deseo de Melisa, de entrar en ese círculo de amistad y confianza, dejando de ser la figura persecutoria y vigilante. Sin embargo, esto no se lograba, debido a la desacreditación que hacía la figura paterna hacia la figura materna.

Además, se observó la manera en que Melisa, justificaba a su esposo, ante el reconocimiento de éste de no conocer del todo a sus hijos, ella asumía la responsabilidad completa de establecer las reglas y límites, cumpliendo funciones maternas y paternas, dejándole a Juan solo las funciones de juego y mediación entre ella y sus hijos.

5.4 Impresión diagnóstica

R. presentó dificultades de coordinación y motricidad, así como un nivel de maduración visual perceptomotora por debajo de su edad.

Además de esto se observaron dificultades a nivel emocional que implican impulsos agresivos, sentimientos ambivalentes, así como un Autoconcepto y Autoestima deteriorados debido a las introyecciones negativas del niño.

Se consideró importante trabajar con los padres, para que lograsen cubrir cada uno con sus funciones.

A lo largo del proceso terapéutico se observaron componentes de la organización de personalidad limítrofe, dificultades en el proceso de simbolización y una inadecuada integración del Yo.

5.5 Focos de intervención

Desde la sesión de devolución de resultados con los padres, se sugirió que R. tuviera un trabajo de terapia psicomotriz específico, ya que las actividades de natación o tae kwon do, aunque podían ayudarlo no tienen un afán terapéutico, de manera que la exigencia a la que se le sometía afectaba su Autoestima y Autoconcepto, reafirmando la idea de que él no era capaz de hacer algunas actividades.

La terapia psicomotriz es muy importante, debido a que las personas trabajamos en todos los aspectos: sentidos, emociones, cuerpo e intelecto, por lo que es necesario un trabajo integral. Sin embargo, durante todo el proceso de intervención los padres no buscaron este apoyo, fue hacia la interrupción del mismo que manifestaron que buscarían el apoyo psicomotriz.

En cuanto al trabajo terapéutico se sugirió tener una intervención psicoterapéutica para R. en la cual se trabajaran los siguientes aspectos:

- Reconocimiento de impulsos agresivos.
- Elaboración y canalización de los impulsos agresivos.
- Integración del objeto.
- Expresión adaptativa de emociones.
- Trabajar con su autoestima y autoconcepto.
- Reformulación del vínculo con la madre.
- Reformular el vínculo con el padre, viéndolo más con esas funciones.

Desde la Gestalt, para que los niños logren expresar las emociones bloqueadas es importante que sientan apoyo del Sí mismo. Oaklander (2005) menciona que en ocasiones los niños acogen muchas introyecciones erróneas acerca de sí mismos, ya que no tienen la capacidad cognitiva para discriminar entre lo preciso y lo impreciso, lo cual provoca una actitud autodesaprobatoria y baja autoestima. Lo cual se observó en R., él mismo no se aprobaba, con lo cual permitía que otros niños que él considera sus amigos se burlaran de él, le pegaran o destruyeran sus cosas (tal como reportó su madre en las entrevistas iniciales).

En un segundo momento se observó la necesidad de realizar otro tipo de intervenciones, además de las que surgen de la Gestalt, por lo que a partir de las explicaciones psicodinámicas, se reformuló la intervención, usando el juego libre y componentes psicodinámicos.

Desde la psicoterapia psicodinámica se plantearon los siguientes focos:

- Favorecer la elaboración de la posición depresiva, por medio de señalamientos e interpretaciones durante el juego libre, para que R., pudiera reducir el uso de mecanismos esquizoides y alcanzara la integración del Yo.

- Disminuir la angustia de aniquilación y persecución, a fin de que R. pudiera alcanzar la integración objetal pudiendo reconocerlos como objetos totales y llegara así a la angustia de pérdida (depresiva).
- Favorecer el proceso de separación-individuación, por medio de señalamientos e interpretaciones durante el juego libre.
- Favorecer el proceso de simbolización en el niño, por medio de la reducción, tolerancia y elaboración de la angustia durante las sesiones juego libre y los señalamientos e interpretaciones realizadas en el mismo.

5.6 Proceso terapéutico

Las sesiones se realizaron de manera semanal, con una duración de 50 a 60 minutos.

Resumen del proceso.

	Intervención Psicoterapéutica		
	No. de sesiones de intervención gestáltica	No. de sesiones de intervención integrativa	No. de sesiones de cierre
Sesiones con el niño	8	23	1
Sesiones con los padres	0	3	1
Sesiones padres-niño	0	0	0
No. de sesiones por fase	8	26	2

Tras el proceso de evaluación y devolución de resultados, se comenzó con una intervención gestáltica, se le proponían al niño actividades para realizar, utilizando una carpeta de trabajo, como la que sugiere Cornejo (1996), así como actividades presentadas por Oaklander (2005, 2009, 2010). En esta fase, el encuadre de trabajo consistía en realizar actividades en la carpeta para identificar y expresar emociones, el enojo hacia algunas partes de su cuerpo y entablar diálogos terapéuticos con dichas partes. Esto se realizaba en un cubículo con un juguetero grande lleno de juguetes y materiales de trabajo, una mesa pequeña y sillas pequeñas, así como una mesa grande con sus sillas.

Tras la novena sesión de intervención, decidí realizar una modificación en el modelo de trabajo con R, ya que vi la necesidad de tener un trabajo bajo el enfoque integrativo, que permitiera abordar los siguientes aspectos:

1. Estimulación psicomotriz.
2. Intervención gestáltica.
3. Juego libre, bajo el enfoque psicodinámico.

La siguiente sesión se modificó el encuadre de las sesiones. Se comenzó a trabajar en un espacio diferente (un cubículo de dimensiones más pequeñas y en donde no estaban los estantes llenos de juguetes, sino que R. debía ir al cuarto de juegos, a elegir el material con el que trabajaría cada sesión), ya que el inicial era un cubículo muy saturado de juguetes, que propiciaba la dispersión de R. Además la sesión se dividió con los siguientes momentos:

1. Entrevista psicoterapéutica, R. llegaba contándome acerca de su semana.
2. Ejercicios de estimulación psicomotriz (Jiménez y Jiménez, 1995).
3. Elección de juego.
4. Juego libre.
5. Tiempo de pensar.

Cabe mencionar, que en el momento de la elección del juego, se acompañaba a R. al cuarto de juegos y se le daba el tiempo suficiente para que tomara la decisión de elegir los materiales que iba a utilizar, además que la carpeta de trabajo siempre era una opción que podía tomar y que en algunas ocasiones optó por ella.

Se decidió esta forma de trabajo, como una manera de brindar estructura y límites a R., ya que en sesiones previas se ponía de manifiesto su voracidad, por lo que colocar este encuadre, ayudó a reducir dicha voracidad, así como a propiciar la constancia objetal.

Durante todo el proceso se trabajó con los padres, al comienzo en las entrevistas iniciales, durante la evaluación en la entrevista de juego familiar, en la retroalimentación de resultados teniendo una entrevista con ellos, y a lo largo del proceso teniendo sesiones de seguimiento, que tuvieron la finalidad de:

- Dar seguimiento respecto a cómo percibían a R.
- Orientar con respecto a algunas dudas que presentaban.
- Brindar sugerencias de trabajo con el niño en casa.

Al principio, ambos padres asistían a estas sesiones, sin embargo, tras una enfermedad del padre, dejó de asistir. La madre refería que su esposo no podía pedir permiso en el trabajo, ya que al menos cada 15 días tenía cita médica.

Es importante mencionar que a lo largo de las sesiones con papás, fui dando diversas sugerencias para el manejo del niño en casa, mismas que en principio eran escuchadas, pero casi siempre el padre terminaba por no seguirlas, manifestando que intentarían algo diferente, etc., por ejemplo, se sugirió que se frustrará al niño de alguna manera, pues los padres (sobre todo el padre) tendía a darle todo lo que R. pedía: golosinas, comida, si iban a la feria pedía subirse 3 o 4 veces al mismo juego, en navidad o día de reyes recibía 8 o 9 juguetes, y aun así parecía no estar satisfecho, con lo que se manifestaba su voracidad; se pidió regular este aspecto, limitarlo más, sin embargo el padre lo consideró innecesario.

5.7 Análisis del caso clínico

5.7.1 Retomando los antecedentes de desarrollo.

Para comenzar con el análisis de caso de R. he considerado importante poder enfatizar algunas cuestiones de los antecedentes de desarrollo referidos por los padres, que muestran fallas en la *formación del Yo* en R., así como algunos componentes que pueden considerarse características de la *organización de personalidad limítrofe*.

Con respecto al **desarrollo motriz**, la madre refirió dentro de la historia de desarrollo que hasta el primer año de vida éste era normal, logrando sentarse, gatear y sostenerse sin apoyo, dentro de los meses de edad promedio. Sin embargo, de manera inconsistente Melisa mencionó que R. no hacía muchas actividades motrices, ya que ella no lo dejaba gatear pues “era muy sobreprotectora” (sic. Melisa), por lo que el niño permanecía la mayor parte del tiempo dentro de “el corral”, a pesar de haber presentado la conducta de gateo a los 8 meses, esta no le fue permitida. De acuerdo a lo expuesto por Mahler et al. (1977) acerca de la fase de *ejercitación locomotriz*, en la cual el niño logra alejarse de la madre, primero gateando y luego poniéndose de pie, de modo que esto le da al niño una nueva visión del mundo, además de la capacidad de sentir control y dominio sobre sí mismo. En este punto es muy importante la reacción de la madre, lo óptimo es que ésta acompañe al niño a sentirse capaz de valerse por sí mismo. Sin embargo, en el caso de la madre de R. esto no ocurría, ya que ella se mostraba ansiosa y preocupada por el niño, por lo que R. no pudo poner en práctica dicha ejercitación que le permitiera desarrollar las capacidades antes mencionadas.

Más adelante, aparecieron otras dificultades motrices, los padres se percataron de que R. no lograba hacer actividades que sus compañeritos de kínder iban realizando, esto se relaciona con lo expuesto por diversos autores acerca de las dificultades motrices en niño con componentes de personalidad limítrofe, ya sea en lentitud, torpeza y recurrencia de tropezones.

Las dificultades en el **lenguaje** referidas por los padres desde el kínder y observadas al momento en que se llevó a cabo la intervención con R., constituyen en este caso un componente más de la organización limítrofe, ya que como refieren Paz et al. (1976), los trastornos de lenguaje son parte de la sintomatología, que muchos de los autores que se revisan en su texto de *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos*. Es importante enfatizar en esta área que la madre refirió que ella si le entendía al niño, sus compañeros de kínder decían que él “hablaba inglés” y a pesar de que ella le sugería hablar con pausas, no existía un estimulación como tal, ya que ella le facilitaba todo lo que R. necesitaba sin que este tuviera la necesidad de verbalizarlo, por lo cual la madre *decía* algo diferente a lo que *hacía*, con lo que el desarrollo de lenguaje de R. no se vio beneficiado.

Afectivamente, la madre refirió que R. no contó con un objeto transicional “convencional”, pero mencionó que hasta el momento del nacimiento de su hermana, R. gustaba de acariciar el vientre de la madre, “siempre quería estar tocando mi panza” (sic. mamá). Y tal como lo indican P. Kernberg et al. (2002), se ha observado que los niños limítrofes no tienen objetos transicionales, y cuando los tienen, estos reciben una cualidad extraña, ya sea vinculándose con un objeto mecánico, o bien, intentando usar a la madre, tratando de experimentar sentimientos positivos de tipo simbiótico. Aunado a lo que menciona Cordera (2008), en donde los niños pueden presentar dificultades en la constancia objetal y en la integración de una madre suficientemente buena, además de un alto nivel de angustia, ya sea de separación, desintegración o aniquilación (Cordera, 2008).

Socialmente, R. llegó a presentar algunas dificultades, por un lado relacionadas con las dificultades motrices, que hacían que sus compañeros y el mismo se aislara, además de que no lo eligieran en los juegos, recibía burlas en la escuela, etc.; por otro lado, R. había escogido en varias ocasiones, amigos que, según lo dicho por la madre, “le hacían daño” (sic. Melisa), pues lo insultaban, le rompían sus cosas, además de que él imitaba algunas conductas de dichos niños, lo cual le ocasionaba problemas en la escuela, ya que se trataba de conductas de

desobediencia. Lo cual coincide con lo descrito por P. Kernberg et al. (2002) acerca de las relaciones sociales en niños con organización limítrofe de personalidad, ya que estas suelen ser inadecuadas, pues aunque tienen habilidades sociales, no logran mantener amistades, lo que provoca un sentido de aislamiento (P. Kernberg et al., 2002). Además de lo referido en el DSM-IV-TR (APA, 2003), acerca del trastorno límite de personalidad, en donde puede existir “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales”, específicamente “un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación” (p.794).

Apareció en la historia de desarrollo un elemento importante: el **control de esfínteres**. Knowlton y Burg (revisado en Paz et al., 1976) encontraron en su estudio a una niña borderline de 5 años, que se presentaban conflictos agudos en torno al aprendizaje del control de esfínteres, en el caso de R. se refieren a la retención de sus excreciones y al desbordamiento posterior que lo hacía ensuciarse al momento de ir al baño, además de la imposibilidad de asearse por sí mismo, debido al asco que esto le provocaba y que se relacionaba con la incapacidad de simbolizar las partes malas del Yo, es decir que para él las excreciones eran en sí mismas partes malas de sí mismo que no lograba integrar en el Yo y por lo tanto rechazaba.

En el control de esfínter vesical la madre minimizaba las dificultades del niño diciendo que “no era común” que se orinara en las noches, sin embargo esto sucedía y ella no alcanzaba a dimensionar el impacto, debido al deseo inconsciente de que su hijo no presentara las dificultades que tenía.

Así mismo, en la cuestión de **alimentación** la madre refirió que desde pequeño R. era alérgico a la leche, por lo cual lo amamantó hasta los 2 ½ años, esto puede considerarse como la percepción y vivencia de la madre, que de manera inconsciente se consideraba la única que podía hacer subsistir a R., es decir, que no había otro alimento que pudiera tolerar, más que el de ella, de

manera que se une a él como la única fuente de nutrición (ya que la alergia “desapareció” tiempo después). Por otra parte, se observaban dificultades en el rechazo de algunos alimentos, sobre todo los caldosos; aunado a la dificultad de comer con los cubiertos, lo cual hace mostrar una conducta no esperada para un niño de 8 años: comer con las manos. Weil (1953, en P. Kernberg et al., 2002) describió patrones deficientes de desarrollo en las funciones motoras, que incluyen hábitos erráticos de alimentación y limpieza en niños con organización de personalidad limítrofe.

En la historia de desarrollo se ubican también, algunos mecanismos esquizoides en R., sobre todo, la percepción escindida de los padres y del mundo, ya que cuando los padres lo complacían les decía que eran los mejores del mundo; en contraparte, cuando lo frustraban, les decía que eran los peores, los más malos de mundo. Del mismo modo, un día podía ser “el mejor de su vida” y al momento siguiente, “el peor”, de manera que, se observó cómo R. no había logrado la integración de los objetos y, por lo tanto tampoco la integración adecuada del Yo.

Finalmente es importante recordar cómo es que R. percibía a sus figuras parentales, a la madre como persecutoria, vigilante y sobre exigente; al padre mucho más cercano y gratificante, ya que le daba siempre lo que él deseaba y mostraba como inagotable, proveyendo al niño de todo cuanto pedía (juguetes, comida, dulces, diversiones) además de ser incapaz de frustrarlo. Lo cual coincide con lo mencionado por E.R. Shapiro et al. (1975, en P. Kernberg et al., 2002) quienes refieren dicha escisión de los padres, en la que son percibidos como totalmente buenos o totalmente malos. Así como P. Kernberg et al. (2002) menciona que existe la tendencia del niño a relacionarse de manera exclusiva con uno de los dos padres, excluyendo al otro, sin poder relacionarse con ellos como pareja, aunado a la incapacidad para manejar la envidia y rivalidades fraternas (P. Kernberg et al., 2002). Así mismo Green (1990) coincide en que en las personas fronterizas, existe una escisión entre los padres según lo “bueno-malo”, “persecutorio-idealizado”, de modo que uno de los padres se percibe como

“totalmente bueno” y el otro como “totalmente malo”. Cabe mencionar que estas cuestiones eran totalmente reforzadas por los padres reales que no contribuían a la integración en R. y eran *en la realidad* objetos opuestos: gratificador-frustrador.

5.7.2 Del juego diagnóstico.

Antes de presentar el proceso de intervención como tal, es importante retomar algunas cuestiones emocionales de la sesión de juego diagnóstico. Los resultados y hallazgos del proceso de evaluación y los focos de intervención planteados ya han sido descritos en los apartados 5.3 a 5.5, por lo que en esta sección presento aspectos relativos al análisis posterior que realicé del juego diagnóstico, mismos que se vinculan estrechamente con las dificultades en la integración del Yo debidas a la inadecuada elaboración de las posiciones de desarrollo (Klein, 1946; 1957), así como algunos componentes de personalidad límite.

A continuación presento la viñeta extraída de la sesión con R. (juego diagnóstico con caja de juego): construyó con bloques, jugó con la casita y usó los títeres para crear una historia, siendo esta última parte de especial contenido:

Me pidió que yo me colocara el león y el mono, él tomó la vaca y el cerdo. Los nombres que les dio a cada uno fueron: Leoncito, Monito (después Monky), Vaquita, Cerdito, y más tarde cuando aparecieron, Ratoncito y Caballín.

El tema principal fue agresivo, unos se peleaban contra otros, se ofendían diciendo cosas como “vaca fea”, “eres un puerco” el león le dijo al mono “que cola tan fea tienes”, “eres muy feo” y cosas semejantes. Hasta que se mataban y llegaban al cielo, aun ahí terminaban peleando.

En una pelea el caballo “se hace” (popo y pipi) en el mono, con lo cual lo mata, el león trata de defenderlo y va terminando con los demás “haciendo carnitas” al cerdo y a la vaca, (el ratón ya estaba muerto, el caballo había huido). La vaca intenta convencerlo de que no la mate, y para ello le avienta su leche y el león se la toma y dice “que rica leche”, pero finalmente, mata a la vaca. El león se da cuenta que se ha quedado solo y se pone triste, al verse solo se “auto destruye” haciéndose carnitas a sí mismo.

Este juego ocupó gran parte de la sesión, era muy repetitivo, consistía en pelearse y en ocasiones se disculpaban unos con otros, pero volvían a ofenderse y terminaban peleando.

En una ocasión R. tenía al cerdo y yo al ratón, y el primero le decía al segundo: "tú eres feo y a nadie le caes bien".

Análisis del fragmento.

Como puede observarse en la historia, aparecen diferentes elementos de los descritos por Klein relacionados con la posición de desarrollo esquizo-paranoide, ya que R. mostraba angustia de aniquilación, en donde todos los personajes se iban destruyendo unos a otros, recibían una leche que era dañina y que mataba. Tal como Klein (1946) expone, se presentaron elementos orales, cuando los animales deseaban ser alimentados con la leche que la vaca podía darles, lo cual representa el obtener los contenidos buenos del objeto, sin embargo, también se encuentra el temor de que dicho objeto se tornara *malo*, lo cual desencadena una fantasía persecutoria, el temor de aniquilación y finalmente el deseo de la destrucción del objeto, lo cual involucra también al Yo. Por otra parte, se observan también elementos expulsivos, de sustancias peligrosas, en este caso, las heces y orina del caballo que también eran destructivas, siendo proyectadas fuera del Yo, las partes malas que además de dañar al objeto, logran controlarlo y poseerlo.

De esta manera se puede analizar que en el juego, R. utilizó como principales mecanismos de defensa la escisión, además de la proyección, mismos que no permiten que el Yo pueda ir integrándose de manera adecuada, ya que hay que recordar que de manera inevitable no sólo pueden proyectarse las partes malas del Yo, sino que al mismo tiempo se proyectan partes buenas, con lo que se pueden sentir perdidas las partes buenas del Yo, debilitándolo y empobreciéndolo (Klein, 1946).

Esta escisión se relaciona además con los ataques hacia el objeto bueno (pecho bueno), que evolucionan en ataques contra el cuerpo de la madre, ya que es sentido como una continuación del pecho (desde antes de que la madre pueda concebirse como objeto total) y se ataca en dos formas:

1. Oral: chupar, arrancar, vaciar y robar del cuerpo los contenidos buenos.
2. Impulsos anales y uretrales, expulsar sustancias peligrosas fuera del Yo y dentro de la madre. De forma que las partes malas del Yo sirven para dañar al objeto y para controlarlo, de forma que, al contener las partes malas del Yo, la madre es el Yo malo (Klein, 1946).

Siendo este último punto de gran importancia en R., debido a las dificultades que presentaba al momento de ir al baño, la forma de retener sus excreciones causando la molestia y enojo de su madre, la forma de controlarla haciendo que fuera ella quien lo aseara, como se aseara a un bebé que no puede hacerlo por sí mismo; de forma que R. lograba controlar tanto a la madre, como la parte mala de su Yo, depositada (proyectada) en esa madre vigilante y persecutoria.

Además, se observa la reparación maníaca realizada por R., en la cual los personajes se disculpaban una y otra vez por las ofensas que se han hecho y finalmente volvían a pelear, ya que no se trataba de una reparación genuina, de forma que al no haber reparación, no logra ubicarse en la posición depresiva, menos aún en la integración del Yo, que según Klein (1946), se logra cuando se elabora la posición depresiva. Sumado a que la historia realizada en la sesión de juego, presentó elementos de gran agresión, lo que se puede relacionar con que, para Klein (1948) la reparación sólo puede lograrse cuando los sentimientos de amor predominan sobre los impulsos destructivos, de forma que el instinto de vida supera al instinto de muerte, lo cual no sucedió en esta sesión.

La cuestión del juego repetitivo, coincide con lo mencionado por P. Kernberg et al. (2002) acerca de los juegos de los niños con organización limítrofe de personalidad. Así mismo, se observó que varios de los mecanismos de defensa de la organización de personalidad limítrofe, son los mismos que Klein propone para la posición de desarrollo esquizo-paranoide, tales como: escisión, identificación proyectiva y control omnipotente del objeto (P. Kernberg et al., 2002).

5.7.3 Del proceso de intervención.

5.7.3.1 Primera fase de intervención: Gestalt.

Tras la fase de evaluación, se comenzó la intervención con enfoque gestáltico, ya que este cuenta con elementos (que más adelante se explican) que se consideraron adecuados para trabajar los siguientes aspectos:

- Reconocimiento de impulsos agresivos.
- Trabajar los impulsos agresivos.
- Reformulación del vínculo con la madre.
- Integración del objeto.
- Reformular el vínculo con el padre, viéndolo más con esas funciones (no como el cómplice y aliado contra la madre).
- Expresión adaptativa de emociones.
- Trabajar con su Autoestima y Autoconcepto.

Desde el enfoque Gestalt, para que los niños logren expresar las emociones bloqueadas es importante que sientan apoyo dentro del Sí mismo. Oaklander (2005) menciona que en ocasiones los niños acogen muchas introyecciones erróneas acerca de sí mismos, ya que no tienen la capacidad cognitiva para discriminar entre lo preciso y lo impreciso, lo cual provoca una actitud autodesaprobatoria y baja autoestima. Estas características se observaron en R., él mismo no se aprobaba, con lo cual permitía que otros niños que él considera sus amigos se burlaran de él, le pegaran o destruyeran sus cosas (tal como reportó su madre en las entrevistas iniciales).

Es importante poder ubicar desde el enfoque Gestalt las dificultades observadas en R. De manera principal, existían 3 bloqueos en él, los cuales se encontraban en las fases de movilización, acción y el pre contacto, manifestando así: la introyección, retroflexión y deflexión como bloqueos.

En cuanto a la fase de *movilización* puede decirse que aunque R. tenía identificado el enojo que sentía, no lograba reconocer qué causaba ese enojo y los impulsos agresivos, por lo cual le costaba trabajo llevar a cabo una acción para modificar dicho enojo. A esta fase del ciclo de experiencia corresponde el bloqueo de introyección, el cual estaba muy presente en R., él durante la evaluación y las primeras sesiones sólo decía “yo no puedo hacer eso”, “a mí eso se me dificulta” o “yo no tengo facilidad”, mensajes que él había introyectado y hecho parte de sí mismo. Lo decía antes de intentar hacer algo e incluso antes de que se le propusiera la actividad.

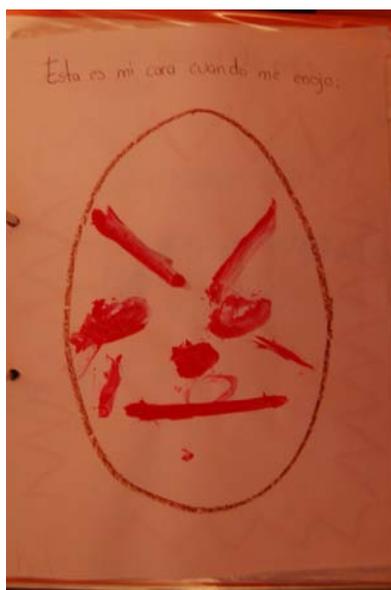
En la fase de *acción*, que se refiere a movilizar su cuerpo para satisfacer una necesidad, R. se encontraba bloqueado, es decir, en retroflexión, lo cual hacía que volcara la energía sobre él mismo, el enojo y los impulsos agresivos eran depositados en sí mismo. Es por eso que se aguantaba para ir al baño, guardando dentro de sí las excreciones que al acumularse le causaban dolor.

Finalmente, en el *pre contacto*, es decir, cuando trataba de empezar a hacer un cambio, su enojo se desviaba y al sentir que no podía expresar sus sentimientos aparentaba olvidarlos, pero permanecían en él, es por eso que en ocasiones después de haberse aguantado tanto para defecar, cuando lo hacía ensuciaba todo, exigiéndole a su madre que lo aseara y si ésta no accedía, embarraba la taza del baño.

Respecto a la intervención, a lo largo de estas sesiones se usó la carpeta propuesta por Cornejo (1996) y la forma de trabajo que ella propone, “cada página tendrá una frase a manera de enunciado escrita por mí, en donde se le pedirá que dibuje o escriba, y le pido que él las haga” (p. 75), de manera que las sesiones consistían en actividades en su carpeta con diversas frases según el tema trabajado, por ejemplo sus expresiones de enojo y alegría; además de entablar diversos diálogos terapéuticos, acerca de lo que iba expresando en sus hojas de trabajo, por ejemplo con sus brazos, con sus piernas, etc.

A continuación presento diferentes evidencias de la forma de intervención realizada con el enfoque Gestalt.

En una de las sesiones, hablamos acerca del enojo que el colocó de color rojo, diciendo “el color de la furia es el rojo” (sic. R.) y en el dibujo de sí mismo, coloreó las piernas y los brazos en ese mismo color.



Dibujos “Esta es mi cara cuando me enojo”, y “Este soy yo”.

Terapeuta (T): ¿será que a R. le enojan sus brazos o sus piernas?

R: no

T: a mí me parece que tal vez R. está enojado con sus brazos y sus piernas.

R: ya no te quiero oír. Esos sentimientos me hacen mal.

T: veo que son rojos, como el enojo, quizá R. está enojado con sus brazos.

R: ¡no! Con sus piernas. (R. Abrió los ojos y miró sus brazos). Y también algo con mis brazos.

Durante las siguientes sesiones, estuvimos trabajando con los sentimientos de enojo que le causaban sus brazos y piernas, dibujó cómo eran en realidad y como le gustaría que fueran, realizó listas acerca de lo que le enojaba de ellos, mencionando cosas como: no atrapar la pelota, no pegar duro, no poder patear el balón, tropezarse y lastimarse. Modeló también una representación de sus brazos y sus piernas, y se entablaron algunos diálogos terapéuticos.



Brazos de R., “como son” y “como le gustaría que fueran”.

Como se observa en las imágenes, al momento de dibujar “Estos son mis brazos”, usó el color rojo (de la furia), y dijo que el rectángulo más ancho eran sus dos brazos, unidos “como pegados”, y al dibujar “Así me gustaría que fueran mis brazos”, los dibujó de color verde, diciendo “la cara de mi sonrisa es verde, estoy contento” (sic. R.). Los dibujos de sus piernas los realizó de la misma manera, con rojo y verde, unidas y separadas. Dentro de los diálogos terapéuticos dijo:

Respecto a sus brazos:

R: a veces me siento muy feliz, pero otras muy triste, cuando no atrapan.

T: ¿y por qué no atrapan?

R: porque se quedan ciegos, ya les compré unos lentes para que vean. (Le pido que les ponga sus lentes y les diga algo).

R: ya van a mejorar, van a hacer las cosas mejor, van a atrapar mejor, escribir la letra mejor y ser más fuertes.

T: ok, oye, ya les dijiste todo eso, pero, me gustaría que ahora les agradezcas las cosas que si hacen.

R: si acarician a mi hermana, si me soban cuando me hago una raspada.

Respecto a sus piernas:

T: ¿en qué se parecen tus piernas como son, y en cómo te gustaría que fueran?

R: mmm....son largas, que son una con pantalón rojo y las otras verde.

T: ¿en qué son diferentes?

R: acá (como son) están unidas, y acá (como le gustaría) están separadas.

El último diálogo en esta fase de intervención, fue “con sus brazos y piernas”, que modeló con plastilina:



Brazos y piernas de R.: modelado.

Completó diciendo: “Hola brazos, hola piernas”, yo coloqué cerca de R. las hojas con las listas de lo que quería decirles, primero sólo lo leyó, pero le pedí que la diera intención a esas palabras, que se los dijera como aquellas veces en las que realmente estaba muy enojado. Alzó la voz y dijo viendo a las piernas de plastilina:

“¡Trabaja más duro!, ¡Patea más fuerte! ¡Corre más rápido!”

Y cambiando el tono de su voz, por uno más suave y tranquilo:

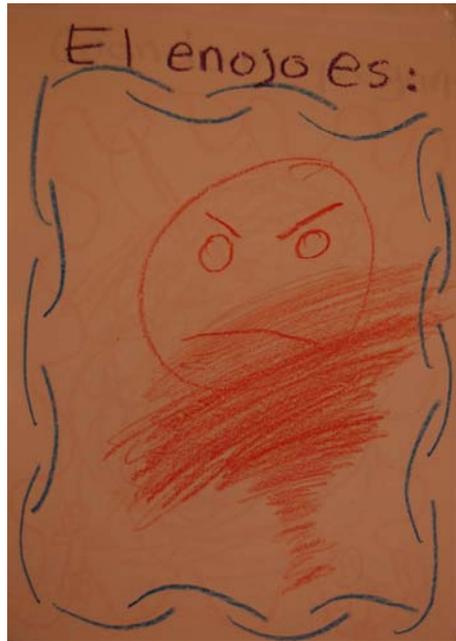
“Lo lamento por pegarles”

Además quiso decirles “Felicidades por ganar el torneo” (por uno de los partidos que jugó el día de la sesión).

A continuación hizo lo mismo con sus brazos diciendo:

“¡Atrápalo!, ¡Lanza bien!, ¡Escribe bien!”

En otras sesiones, hablamos acerca de las formas de enojo o cosas que lo podían hacer enojar, debido a que uno de los puntos principales de la intervención era poder manejar y elaborar los impulsos agresivos que presentaba, en una sesión coloqué la frase “El enojo es...” y dibujó una cara enojada, yo le comenté que el enojo podía ser más que una expresión en la cara y dibujó lo que después me dijo era un remolino y me explicó:



“Representación del enojo”.

R: es un remolino.

T: ¡ah! Ya veo es un remolino, y ¿por qué será así?

R: porque se lleva toda la felicidad

T: entonces tal vez cuando te enojas, tú te sientes envuelto en ese remolino.

R: si

T: y ¿Qué temperatura habrá en el remolino?

R: 58 grados.

T: y eso es frío o caliente

R: muy caliente

T: ok y el enojo ¿en qué parte del cuerpo lo sientes?

R: en todo el cuerpo

T: y ¿Cómo lo sientes?

R: fuerte

Como puede observarse en los ejemplos presentados, la intervención realizada fue de manera general con los elementos de la terapia Gestalt, pues con las técnicas de dibujo y modelado, el niño logró tener contacto con sus sensaciones y percepciones, así como la forma de contacto en la relación yo/tú y la búsqueda de integración de cuerpo, emociones, sentidos e intelecto; utilizando algunos de los elementos propuestos por psicoterapeutas gestálticos (Cornejo, 1996; Carroll, 2009; Oaklander, 2005, 2009, 2010).

En relación con los elementos que este enfoque plantea y que revisé teóricamente en el capítulo 3 del presente trabajo (Oaklander, 2009), mencionaré como es que se manifestaron en el proceso terapéutico de R:

Acerca de **la relación**, hubo diferentes momentos, recuerdo que el primer día que lo vi, se mostró muy emocionado, al final de la sesión me abrazó y me dijo que me quería mucho, por lo cual pude darme cuenta que R. es un niño emocionalmente expresivo. Posteriormente y por medio de la madre, supe que esta es una forma común en la que él se desenvolvía, cada día podía decir que era el mejor de su vida, sin embargo ante el enojo reaccionaba del mismo modo, con gran intensidad. Durante la etapa de evaluación, la relación se fue afianzando, sin embargo, en algunas sesiones R. decía que estaba cansado y que yo no lo dejaba descansar, lo cual se acentuó al comenzar las sesiones de intervención. Debido a esto, la transferencia y contratransferencia fue intensa. De pronto, comencé a actuar como aquella madre exigente, persecutoria y vigilante, dentro de la sesión terapéutica. Sin embargo, logré percatarme de esto y modificarlo, ver qué aspectos de R. y de la relación con él me estaban afectando, qué cosas estaba generando en mí para que esto sucediera, lo cual concuerda con lo dicho por Paz et al. (1976) acerca del surgimiento de reacciones contratransferenciales intensas en el terapeuta, como sentimientos de horror, sorpresa e imposibilidad para pensar, cuando se trabaja con niños con componentes de organización limítrofe de personalidad.

En cuanto al **contacto**, R. presentaba dificultades, ya que no lograba tener disponibles todos los aspectos del organismo (cuerpo, emociones, sentidos e intelecto) en un solo momento, en ocasiones manifestaba el deseo de trabajar en las sesiones, pero físicamente se sentía muy cansado y no lograba estar disponible. Otras veces, a pesar de sus intentos, su cuerpo no respondía de la manera que él lo deseaba, debido a sus dificultades motoras.

En la cuestión **resistencial**, R. manifestaba diversas reacciones durante el proceso terapéutico, al comienzo en la evaluación decía estar cansado y me pedía

unos minutos de descanso, mismos que le eran dados. Ya durante el proceso terapéutico la resistencia comenzó a manifestarse de las siguientes formas:

- Tirarse al piso.
- Taparse los oídos cuando yo hablaba de algo que no le gustaba.
- Dejar de hablar en las sesiones o hablar como un niño más pequeño.
- Al momento de hablar de un tema, o hacer una actividad que no deseaba hacer, decía que estaba muy cansado.

El aspecto de *los sentidos*, se trabajó en el proceso sobre todo en la cuestión táctil, por medio del uso de masas y pegamento blanco, con el fin de reconocer diversas sensaciones y percepciones que causan dichos materiales. Por otra parte, realizar ejercicios de respiración diafragmática, con el objetivo de que R. reconociera las sensaciones y percepciones que produce este tipo de respiración, el momento de inhalar y exhalar.

El trabajo con *el cuerpo*, comenzó desde la elaboración de *su silueta*, en la primera sesión de intervención, a modo de que R. lograra reconocer aspectos de sí mismo. Además del trabajo psicomotriz que luego fue introducido.

En lo que se refiere al *fortalecimiento de Yo*, que incluye diversos elementos:

Definir el yo, por medio de las actividades en su carpeta de trabajo, con frases que le ayudaron a pensar y descubrir cosas de sí mismo. A lo largo de las sesiones iba reconociendo quién y cómo era él, lo que sentía, lo que le gustaba y lo que no, pudiendo incluso expresarlo de forma abierta.

Elecciones, comenzando por decisiones relativamente sencillas, como qué silla ocupar; más adelante, se trabajó la elección del material con el que trabajaría en la sesión.

Dominio o maestría, al principio R. manifestaba algunas introyecciones negativas que no le permitían hacer intentos por realizar algunas actividades, antes de intentarlo decía que él no tenía facilidad, o que muchas cosas para él eran muy difíciles, sin embargo, en varias ocasiones yo lo motivaba a hacerlas y lo

lograba. Más adelante, en la segunda fase en donde se introdujeron ejercicios de estimulación psicomotriz, R. empezó a colocarse retos a sí mismo, de lograr mantener el equilibrio e ir haciendo más actividades.

Reconocer proyecciones, R. mostró una adecuada capacidad para reconocer sus proyecciones en dibujos, en plastilina, en el juego, etc., y logró asociarlo con su propia vida, la dificultad surgía cuando emergía la resistencia.

Fronteras y límites, este aspecto se manejó adecuadamente desde el comienzo, el encuadre era claro, las sesiones eran semanales y con la misma duración. Además de colocar los límites con R. según surgían las necesidades del trabajo terapéutico. Recuerdo nuestro primer encuentro en el cual jugamos monos locos, al terminar le pedí que me ayudara a recoger y encuadré el espacio terapéutico, mencionando que habría ocasiones en las que yo le propondría actividades, que no todas las veces jugaríamos lo que él deseara. Cuando se hizo el cambio en el modelo de trabajo se reencuadró, limitándolo a un espacio diferente (un cubículo de dimensiones más pequeñas y en donde no estaban los estantes llenos de juguetes, sino que R. debía ir al cuarto de juegos, a elegir el material con el que trabajaría cada sesión) y enfrentando a R. ante la situación de elegir qué actividad realizaría en su sesión.

Poder y control, desde las sesiones de evaluación, por ejemplo, durante la aplicación de la sub pruebas de desarrollo de McCarthy, se invitaba a R. a que vivenciara el control sobre su cuerpo, otras sesiones el control sobre su respiración, emoción, etc., de forma que pudiera ir experimentando el control que poseía y la autorregulación tanto del cuerpo como de las emociones.

Energía agresiva, las primeras sesiones de intervención, se basaron en que R. pudiera expresar de forma adecuada la energía agresiva, el enojo hacia algunas partes de su cuerpo: sus brazos y piernas, el enojo causado porque no lograba usarlos como deseaba, el enojo porque no respondían como el desearía, entre otras.

En cuanto a la **expresión emocional**, fue una parte de trabajo constante, desde el señalarle a R. cómo lo notaba a su llegada, durante las sesiones, como una forma de acompañamiento, además de apoyarlo en el reconocimiento de que

emociones sentía ante situaciones y acontecimientos que me narraba, por ejemplo, las emociones que experimentaba al ser molestado por uno de sus compañeros, las que surgieron alrededor de su fecha de cumpleaños y de las fiestas navideñas, la enfermedad que tuvo el padre durante un período del trabajo terapéutico de R., entre otras situaciones que tenían un fuerte impacto emocional.

Referente al área de **autocuidado**, fue muy importante trabajarlo con R., pues como ya he mencionado, al comienzo existían introyecciones negativas que no permitían un adecuado cuidado de sí mismo, por lo cual el ir apoyándolo, a fin de que lograra realizar actividades como el aseo personal, vestirse solo, asearse cuando iba al baño, fueron cuestiones fundamentales.

En cuanto al papel de **padres y familia**, se trabajó de manera constante con ellos, involucrándolos desde las entrevistas iniciales, el juego familiar y las sesiones periódicas de seguimiento. Cabe mencionar que al principio asistían ambos padres, sin embargo, aproximadamente 9 meses después, el padre tuvo una enfermedad que lo incapacitó alrededor de 2 meses, por lo que dejó de asistir a las sesiones, una vez que pudo reintegrarse a su vida laboral, no le era sencillo obtener permisos para faltar o llegar tarde, pues además continuaba en citas médicas periódicas, por lo que era la madre la que continuaba asistiendo cuando eran las sesiones de padres.

5.7.3.2 Transición.

Posteriormente surgió la necesidad de realizar otro tipo de intervenciones, además de las que surgen de la Gestalt, ya que comencé a observar en R. algunos componentes de organización de personalidad limítrofe, que en la evaluación no había considerado, ya que como menciona Bemporad et al. (1982, en P. Kernberg et al., 2002) en ocasiones los niños limítrofes manifiestan síntomas que en un primer momento pueden considerarse como leves o moderados, tras una evaluación psicológica prolongada o bien, dentro del proceso terapéutico se hace evidente que se trata de algo más grave; en el caso de R. fue durante el comienzo de la intervención que pude observar más claramente dichos componentes. Por ejemplo, en una sesión con R. ocurrió lo siguiente:

Se tiró al piso y le pregunté por qué se había acostado, respondió que no sabía, al mencionarle que a veces decimos que no sabemos cuándo no queremos decir algo, me responde: “Estoy perdido, en verdad no sé”.

Le pregunté qué podíamos hacer para encontrarlo y dijo que buscándose, seguía acostado en el piso y le pregunté:

T: ¿Dónde estará R. dónde lo podremos buscar?

R: (cierra los ojos y dice) en el árbol cercano de su mente.

T: y ¿dónde está ese árbol?

R: en el árbol de la memoria, junto al árbol de la fantasía.

T: si está en el árbol de la memoria, ¿estará recordando algo?

R: si, cuando tuvo 2 años, que estaba en navidad y estaba paseando.

T: ¿Dónde estaba paseando?

R: en su casa, iban a festejar la navidad.

T: y ¿con quién estará?

R: con su mamá, porque su papá está trabajando... Y también lo llevaron a un parque.

T: ¿y qué hará feliz a ese R. de 2 años?

R: que le compren juguetes.

T: ¿y que lo hará triste?

R: que lo llevaron a muchos lados.

T: ¿a qué lados lo habrán llevado, que está triste?

R: no sé, no sé, espera, ¡ya tiene 5 años! Y su mamá estaba enojada con él y entonces cerró la puerta y él tenía ahí su meñique y se lo apachurró.

T: ¿y qué siente R.?

R: está muy triste y llorando.

T: ¿Qué más sentirá de que su mamá le haya apachurrado con la puerta?

R: enojado

T: ¿Qué querrá decirle a su mamá de ese enojo?

R: ¿por qué me haces esto?

T: y entonces...

R: ¡ya! ¡ya!, ¡ya regrese a esta edad!

Se levantó del piso, entonces lo invité a que me contara más de esas historias. Acerca del enojo hacia su mamá, me dijo “es mi mami y no quiero decirle” (sic. R.), comentó que a la edad actual le enojaba que su mamá le pegara y que lo presionara en hacer el trabajo y que levantara sus cosas.

Entonces le comenté:

T: veo que puedes reconocer que a veces estás enojado con tu mamá, ¿Qué piensas de eso?

R: (comienza a hacer sonidos pero no responde)

Le dije entonces que no podía entenderlo si no hablaba, seguía haciendo señas y sonidos por lo que le dije que me parecía que estaba actuando

como un niño más pequeño que no puede hablar, siendo que él, que es un niño de 8 años sí podía hablar. Me respondió “nada”.

Estos elementos, así como la revisión de los antecedentes de desarrollo de R. llevaron al ajuste en el modelo de tratamiento, usando el juego libre y componentes psicodinámicos. Esta revisión de la formulación del caso y la manera de intervenir es muy importante y es una de las consideraciones que sugiere O'Connor (2002) en el proceso de intervención.

Desde la psicoterapia psicodinámica se trabajó usando señalamientos e interpretaciones, a fin de favorecer en R. la elaboración de la posición de desarrollo depresiva (Klein, 1930; 1946; 1948; 1957), disminuir la angustia en el niño, favorecer el proceso de simbolización y el proceso de separación-individuación.

Debido a la amplitud de información y riqueza de las sesiones, han sido agrupadas por temáticas y ejemplificadas con viñetas, con el objetivo de poder ilustrar lo revisado en el marco teórico de este trabajo y vincularlo clínicamente.

5.7.3.3 Segunda fase: Psicoterapia Integrativa.

Se comenzó a tener sesiones bajo el enfoque de Psicoterapia Integrativa, como indica Munns (2011, en Drewes, 2011) se puede tener la sesión dividida en diferentes tiempos, siguiendo la línea de *factores comunes*, en la que se buscan los elementos que dos enfoques tienen en común, con el objetivo que el tratamiento sea más eficaz, se basa en las concordancias de los enfoques; así pues las sesiones fueron divididas de la siguiente manera:

1. Entrevista psicoterapéutica, R. llegaba contándome acerca de su semana.
2. Ejercicios de estimulación psicomotriz.
3. Elección de juego.
4. Juego libre.
5. Tiempo de pensar.

Se consideró conveniente incluir la estimulación psicomotriz, ya que a pesar de la continua insistencia hacia los padres de llevar al niño a una terapia psicomotriz, ellos se negaban a hacerlo, justificándose en que el tae kwon do era suficiente. Sin embargo, diversos autores (F.C. Verhulst, 1984, en P. Kernberg et al., 2002; Knowlton y Burg citado en Paz et al., 1976; Rosenfeld y Sprince, 1963, en P. Kernberg et al., 2002) coinciden en que los niños con organización de personalidad límite pueden presentar dificultades motrices como: lentitud en el desarrollo, funcionamiento motriz torpe, posturas extravagantes, inclinación de la cabeza al caminar, inmovilidad acentuada sobre todo al estar de pie, un modo de caminar poco firme, tropezones con objetos y torpeza al sostener cosas en las manos. Por lo cual fue importante poder brindarle a R. algunos ejercicios básicos, que eran modelados por la terapeuta dentro de las sesiones, y que, además fueron explicados y sugeridos a los padres para realizarlos con R. en casa.

A continuación se presenta el análisis de las siguientes sesiones que, para fines prácticos se hayan divididas en 3 bloques y se encuentran descritos brevemente, destacando las principales temáticas e intervenciones realizadas:

Bloque 1.

Este bloque constó de 9 sesiones, comenzó con una sesión con los padres en la cual ellos hablaban de las dificultades con las que R continuaba: celos hacia su hermana, berrinches y la forma de comer del niño (con las manos y únicamente accedía a ingerir alimentos sólidos). Comentaban además, la voracidad del niño a través de la comida, recibir juguetes y subirse repetidamente a los mismos juegos en la feria. Por otra parte, minimizaban las dificultades motrices y a pesar de que volví a sugerir la terapia psicomotriz la consideraban innecesaria.

Un tema importante que yo coloqué, fue la necesidad de que entablaran acuerdos como padres, ya que como comentaron al comienzo del trabajo con R., el papá siempre era gratificador y satisfacía todo lo que el niño pidiera, mientras que la madre establecía más límites, que en muchas ocasiones eran transgredidos por el padre. Por lo cual, les sugerí que acordaran entre ellos el tipo de

gratificaciones dadas al niño, así como, que establecieran ciertas frustraciones, pues en ocasiones parecía que R. entendía el amor y el cariño, a través del número de juguetes o comida que eran proporcionados. En este aspecto, puede observarse la escisión del padre bueno en contraste con la madre mala; por un lado él padre que gratifica sin medida, como un objeto ideal e inagotable; y por otro, la madre percibida como insuficiente y agresiva, que frustra, lo cual propicia que para R. los objetos reales estuvieran parcializados y escindidos, lo cual dificultaba la integración tanto del objeto, como del Yo.

Al comienzo de este bloque R. manifestó resistencia por el cambio de espacio (que, como mencioné en el capítulo 4, se realizó debido a que R. se distraía mucho en un ambiente tan estimulante como el primero, el colocar límites respecto a la cantidad de material disponible y el número de juguetes, se volvió parte de la intervención, con la finalidad de que R. disminuyera la voracidad que presentaba, autorregulara sus impulsos y tomara decisiones, se trabajó en un consultorio más pequeño), decía extrañar todo lo del cubículo anterior, fue luego de 3 sesiones que dejó de decir que extrañaba y fue adaptándose al nuevo espacio de trabajo, esta adaptación pudo lograrse debido a que él y yo nos mantuvimos constantes, es decir, que las personas prevalecimos, al igual que la relación, y un cambio en la forma de usar los objetos se implementó, aunque los juguetes y el espacio cambió, nosotros continuamos.

Durante estas sesiones el trabajo con R. consistió en una primera parte de la sesión, en la cual él llegaba a contarme sucesos y acontecimientos importantes para él: cómo le iba en la escuela, la relación con sus compañeros, juegos que le gustaban, etc., él decidía en ocasiones usar su carpeta de trabajo para dibujar y compartir algunos de estos temas, por ejemplo llegó a dibujar la sala de computo de su escuela, el nuevo juego del celular de su mamá, los personajes de un videojuego, entre otros. Otras veces yo le pedía que trabajará algunas hojas en su carpeta, relacionadas con los temas que él llevaba a las sesiones, como: “Lo que hacen los amigos”, “Lo que no hacen los amigos”, “Como se siente estar feliz”, etc.

El tema de la amistad resultó importante en esta fase, ya que R. comenzaba a interactuar más con algunos compañeros, en particular con uno que anteriormente lo molestaba mucho y en ocasiones le pedía que no lo acusará con los maestros de alguna travesura a cambio de ser su amigo; lo cual R. pudo identificar que no lo hacía sentir cómodo. R. comenzó a percatarse de lo que le gustaba y lo que no en las amistades, además de reconocer que si lo lastimaban o lo hacían sentir incomodo, no era una amistad que quisiera conservar.

Con el paso de las sesiones, las cuales tenían un espacio y materiales limitados, R. comenzó a trabajar de una manera distinta, él, que antes me pedía más crayolas, colores y hojas, ahora era capaz no sólo de trabajar con el material disponible, sino en ocasiones solicitarme *solo un lápiz* para algunos dibujos. Se atrevía a mezclar un color con otro para obtener el que él buscaba y que no estaba en la caja, mostrando así que la estructura y contención brindada por el espacio terapéutico, lo ayudaban a regular sus impulsos, sentir y tolerar la frustración, así como disminuir la voracidad con que se desenvolvía.

La otra parte de la sesión era dedicada al juego libre, durante el cual R. elegía del cuarto de juegos contiguo, aquel con el que quisiera trabajar en esa sesión, los que más usó en este bloque fueron: “Uno”, “Uno Stacko” y “Rolli Block”. Durante el juego libre surgieron diversos temas, de los cuales destacaron: las dificultades para diferenciarse de otros (proceso de separación-individuación); uso de mecanismos de defensa esquizoides como la identificación proyectiva; deseo de un cuerpo diferente que fuera *mejor* que el que tenía, la aparición de posibles autoagresiones; y la presencia de impulsos agresivos, que sentía que no podía controlar, por lo que requerían de un control externo. Cabe mencionar que en algunas sesiones R. manifestaba conductas regresivas, como: dejar de hablar o hacerlo como un niño pequeño, imitar el llanto de un bebé, decir que las actividades que él realizaba serían confusas para un bebé y que eran confusas para él (colocándose a sí mismo como un bebé), tirarse al piso y gatear.

Las dificultades de *separación-individuación*, se manifestaron de diversas formas. Durante los juegos R. se confundía al referirse a lo que él quería expresar, atribuyéndolo a mí persona, una ocasión me dijo:

R: jajajaja tu venganza (refiriéndose a que él se quería vengar de mí)

T: ¡oye! Pero no es mi venganza, yo no me quiero vengar.

R: ¡ah! No, mi venganza.

T: parece que a veces te confundes, entre lo que quieres tú y los demás.

R: (asiente).

Otro momento importante, fue cuando repetía frases que yo decía en el juego, atribuyéndolas a él mismo, aunque no fuera algo que le ocurriera a él. En estas ocasiones yo le señalaba estas confusiones que existían entre lo que él sentía, pensaba o le pasaba, claramente diferente a lo mío. Esta falta de diferenciación, pone de manifiesto las dificultades en el proceso de *separación-individuación* (Mahler et al., 1977) en donde R. no lograba conceptualizarse como una persona en sí misma, con sus propios sentimientos, emociones y pensamientos.

Lo anterior coincide con lo referido por P. Kernberg et al. (2002), acerca de la organización de personalidad limítrofe, en donde se observan dificultades en el proceso de separación-individuación, ya que la persona puede sentir que no sobrevivirá sin el otro, siente como si estuviera enganchado, de esta manera, “el otro”, tiene que estar todo el tiempo a su lado.

En cuanto al uso de la *identificación proyectiva*, se observó en situaciones en las que R. me atribuía a mí la confusión que él experimentaba, como en el siguiente ejemplo:

Comenzamos a jugar “monos locos”, y al caer unos monos (míos) cerca de donde estaban acomodados los suyos me dijo:

R: no te vayas a confundir con los míos.

T: ¡oye! Me parece que a veces piensas que a veces es fácil confundirse con los otros, así como la semana pasada pensabas, que algunas cosas mías (tarjetas, frases) eran tuyas.

R: pues...

De esta manera la identificación proyectiva, es decir, el colocar en mí algunas partes de sí mismo (la confusión), la usa como una manera de disminuir la angustia que esto le provocaba.

En lo que se refiere al aspecto *corporal* y su deseo de tener un cuerpo diferente, que respondiera de la manera que él deseaba, así como la posibilidad de autoagredirse apareció en diferentes sesiones de este bloque, como lo ilustra la siguiente viñeta:

Eligió jugar con el equipo médico, primero él era el doctor y me revisaba, me sacó sangre para observarla en el microscopio, me tomó la presión, me revisó los oídos y me revisó los latidos del corazón, todo estuvo bien, al revisarme la temperatura vio que tenía fiebre y me inyectó, al revisarme los reflejos, no respondía mi rodilla, entonces me dijo:

R: nada bien, no tiene

Luego, comenzó a tomar las pinzas y ponerlas en mi cabeza, dijo que me sacaría el cerebro, comenzó a hacer como que sacaba algo de mi cabeza y yo simulé desmayarme. Después de un momento le pregunté qué había pasado:

R: te saqué el cerebro.

T: ¿y eso para qué?

R: para que no funciones.

Luego me observó y me dijo que yo tenía rabia porque era un chihuahuero, me revisó de nuevo los reflejos y dijo:

R: es malísimo, es malísimo.

En ese momento me dijo que ahora él sería el paciente y yo la doctora, comenzamos a jugar así y al pedirle que me dijera qué pasaba o qué tenía me dijo:

R: siento mucho dolor

T: ¿en dónde?

R: en todo el cuerpo

T: ¿y desde cuándo?

R: desde que nací

T: a ver levántese y señáleme las partes que le duelen.

Mientras señalaba las partes las iba diciendo: cabeza, oído, cuello, el corazón, el brazo, todo el cuerpo en sí.

Tomó las pinzas y dijo:

R: me voy a suicidar

Después de un momento le dije:

T: ¿Cómo?

R: no, nada.

T: yo entendí que dijiste “me voy a suicidar”

R: es bromita

T: ¿tú sabes qué es eso?

R: no

T: creo que si sabes, dime

R: ¿matar?

T: matarse a uno mismo

R: sí.

Posterior a este momento, R. no quiso continuar con ese tema, ya que su angustia incrementó. Puede observarse que existía un deseo de tener un cuerpo diferente, *que funcionara*, como él lo manifestó; colocó además el dolor que sentía en ese cuerpo que, por las dificultades motrices no funcionaba como él quería. Ante ese cuerpo que no funcionaba, apareció la posibilidad de un daño, una agresión con la cual se pudieran destruir las partes que no le agradaban.

En relación a la autoagresión, surgió en este lapso de sesiones una única referencia de la madre, de que el niño había comenzado a “arrancarse pellejitos de los dedos”, llegándose a sangrar, lo cual sucedió un par de sesiones después de que mencionara el tema del *suicidio* dentro de la sesión, cabe señalar que fue sólo una ocasión que la madre lo refirió, sin embargo fue preocupante para ella, por lo que decidió comentármelo. Al respecto es importante recordar lo que indica en el DSM-IV-TR (APA, 2003) acerca del suicidio en personas con personalidad limítrofe, en donde puede haber comportamientos, intentos o amenazas suicidas; es importante enfatizar que en el caso de R. no existían estas como tal, sin embargo, sí apareció una *idea*, que a pesar de no repetirse, dejó ver una *posible ideación* al respecto. Además, el dolor del que hablaba, era un dolor crónico, “desde que nací”, mencionó, un dolor de prácticamente todo el cuerpo, lo cual

puede asociarse con la inestabilidad emocional y los altibajos en el estado de ánimos, así como con un déficit yoico no específico, que se vincula con lo que mencionan P. Kernberg et al. (2002) en cuanto a la baja tolerancia a la depresión, es decir que, un dolor mínimo puede conllevar a sentimientos depresivos, si se observa que el dolor, es percibido por R. como elevado, los sentimientos depresivos pueden estar potenciados.

Finalmente respecto a la manifestación de los *impulsos agresivos* y la *necesidad de un control externo*, surgieron al final de este bloque de sesiones, juegos en los cuales aparecían personajes que tenían algo “malo”, eran *demoniacos* o agresivos, por ejemplo *Hulk*, y necesitaban un control externo, una inyección que los calmara o un antídoto que los regresara a un estado “normal”. Apareció la *pérdida de control*, en un intento de mostrar que requería todavía de la protección dada por el espacio terapéutico. R. se identificaba con esos personajes que requerían algo que los contuviera, y colocaba sus emociones en ellos, por ejemplo en *Hulk*, que salía de control por lo que había que mantenerlo encerrado hasta que se calmara. Esas emociones de las que habló: el enojo, tristeza, felicidad; que al momento de exacerbarse requerían un control externo que lo ayudara a mantenerlas bajo control.

Es importante mencionar que hacia el final de este bloque de sesiones, R. estaba completamente adaptado al nuevo modelo de trabajo, espontáneamente compartía verbalmente sucesos importantes para él y los plasmaba en su carpeta de trabajo. Manifestó una mayor planeación durante los juegos, así como disminución de la voracidad que prevalecía al comienzo de la intervención, él se mostraba un poco más controlado en el espacio terapéutico, a pesar de que los personajes de su juego salían de control. Comenzó a hablar de otras emociones, como la felicidad, ya que anteriormente se enfocaba más en el enojo.

Bloque 2.

El segundo bloque de sesiones comenzó con una entrevista de seguimiento con papás, donde Melisa se presentó sola, sin el papá de R., argumentando que

debido a la enfermedad sufrida por el padre y por los seguimientos médicos que tenía de manera periódica, no le era posible ausentarse del trabajo para acudir a estas sesiones. Durante esta sesión, los temas más relevantes fueron: la enfermedad del padre y cómo afectaba la dinámica familiar; los padres continuaban minimizando las dificultades motrices de R., considerando que con el deporte que practicaba bastaría para estimularlo; la madre decía no observar mejorías en el niño, ya que R. seguía comiendo con las manos, haciendo berrinches y peleando con su hermana.

Yo planteé los avances mostrados en R.: mayor control emocional, disminución de la voracidad, en los relatos de la madre se observaba una disminución significativa de berrinches y mayor tolerancia a la frustración. Sin embargo, los estilos de crianza de los padres continuaban sin ser homogéneos, por su parte, el padre continuaba brindando todas las cosas materiales (juguetes y comida) que R. pedía; mientras que la madre llegaba a colocar límites estrictos, ella intentaba que todo se realizara en un horario establecido específicamente y cuando no se lograba se enojaba, en ocasiones cuando se desesperaba llegaba a tomar acciones extremas, una ocasión narró que al estar regañando al niño le tiró al piso todas sus cosas de la tarea e hizo que él las levantara, otras veces ante los berrinches de R. se enojaba y “lo corría de la casa” (sic. mamá), una de esas ocasiones R. se salió de la casa, pero regresó argumentando que no podía irse con sus pantuflas viejas, que había vuelto por las nuevas; por lo cual la madre era percibida por el niño como “fuente de frustración”.

Como se observa R. tendía a usar la idealización primitiva del padre, en donde lo valoraba por encima de todo, por tener un atributo inalcanzable y encanto mágico; de manera que lo percibía como perfecto, puro, amable y poderoso (P. Kernberg et al., 2002), esto le servía a R. para protegerse de los objetos malos y asegurarse que ese padre *idealizado*, no sería dañado o destruido (O. Kernberg, O. 1987a); siempre y cuando este cumpliera con todos sus deseos, ya que cuando no lo hacía llegaba incluso a agredirlo, diciendo que era el peor padre, deseando que no se recuperara de su enfermedad, esta podía ser una reacción

ante la idealización del padre, ya que R. niño no toleraba verlo enfermo, carente, herido, porque era como ver a su objeto omnipotente, roto, casi destruido, lo cual le enojaba y tendía a lastimarlo. Por otra parte, a la madre la concebía como la parte mala o frustradora, por lo cual buscaba devaluarla y controlarla (P. Kernberg et al., 2002).

Como puede observarse, estas características de los padres y la forma en que se posicionaban ante el niño contribuían a la escisión de los objetos y del Yo.

Un par de sesiones después, tuve la posibilidad de hablar un momento con Melisa, quien en ese momento refirió un avance importante en el niño: había comenzado a utilizar los cubiertos, estaban estimulándolo con llevarlo algunos fines de semanas a comer a algún restaurante, bajo la condición de que usara los cubiertos al momento de comer.

En el trabajo con R. en este bloque, continué trabajando con la entrevista psicoterapéutica. Aunado a esto, introduje algunos ejercicios de estimulación psicomotriz de los propuestos por Jiménez y Jiménez (1995), en las áreas de: equilibrio, coordinación manual, tensión y distensión muscular, estructuración espacio-temporal; mismos que se realizaban inmediatamente después de la entrevista, durante la primera parte de la sesión, para después pasar al tiempo de juego libre. Dichos ejercicios eran modelados por mí, acompañando a R. en la realización de los mismos.

Al principio R. mostró resistencia para realizar los ejercicios, decía que eran muy difíciles para él y se negaba a hacerlos, argumentando que *él no tenía facilidad*, lo cual en parte era real (pues si se le dificultaban), pero por otro lado, dichas expresiones eran debidas a los introyectos negativos que tenía de sí mismo. En el transcurso de las sesiones fue motivándose por lograrlos, llegando a proponer variaciones de los mismos, haciéndolos más difíciles, pidiendo ser él quien dirigía las actividades y colocándose diferentes retos que muchas veces lograba alcanzar; en algunas sesiones llegó a mencionar: *“lo tengo que lograr. Estoy decidido a acabar este reto”*. En este aspecto se ve un cambio respecto a

su Autoconcepto (esta dificultad se encuentra referida por P. Kernberg et al. (2002) como un componente de la organización de personalidad límite), ya que anteriormente, se la pasaba diciendo que para él muchas cosas eran difíciles y ahora él mismo se sentía y decía capaz de hacer cosas por sí mismo, las cuales iba logrando, con lo cual se fortalecía su Yo, además de fortalecer el área de dominio propuesta por la Gestalt.

A pesar de sus esfuerzos, prevalecían algunas dificultades motrices de R., entre las cuales se observaban: tono muscular débil, no lograba tensar los músculos, dificultades en la oposición digital, así como cuestiones de motricidad fina (hacer bolitas de masa o de papel).

En lo que se refiere a los temas del juego y sucesos principales a lo largo de este segmento de sesiones se encuentran:

Impulsos destructivos, este aspecto se manifestó en diversas sesiones en las cuales R. hablaba de destruir al objeto representado (transferencialmente) en mí, es decir, destrucción de partes del Yo, pues como afirma Klein (1946) no sólo se proyectan las partes malas del Yo, también las buenas, teniendo como consecuencia una extrema dependencia de otros, quienes representan debido a la proyección, las partes buenas del Yo.

Dicha destrucción se observó en varias sesiones en las que dentro del juego hablaba de tener agentes secretos (Minions, personajes de la película “Mi villano favorito”) que me matarían; en otra ocasión, dijo que su carpeta de trabajo se estaba “*levantando sola*” para atacarme, seguidamente la tomó y quiso estrellarla en mi cabeza; en días previos a la navidad, dibujó los juguetes que le pediría a Santa Claus, entre los cuales estaba una espada con la que me cortaría en pedazos; en algunos juegos con pistolas concluía el juego matándome. En la siguiente viñeta puede observarse lo antes mencionado:

Comenzó a decir que estaba buscando a un general, el cual era feo, calvo, sin amigos, solitario y se llamaba Carlos, necesitaba encontrarlo para encargarle que me matara, pues necesitaba sacarme toda la sangre del cuerpo para hacer un experimento. Le dije que tal vez podía sacarme una

poquita de sangre, como cuando uno va al doctor, pero dijo que no, que necesitaba toda mi sangre, comencé a hacerle preguntas acerca de para qué la necesitaba, él sólo respondía que tenía que matarme. Le dije que me sentía un poco nerviosa y que me daba un poco de temor saber que su agente me mataría.

Empezó a simular que en sus manos tenía una pistola y me disparaba. De pronto, dijo “bueno ya”, y se dispuso a sentarse en la silla pequeña para trabajar con el papel crepe. Empezó a cortar pedazos de papel y luego dijo:

R: ¡la carpeta!

T: ¿Qué pasa?

R: se está parando

Fue por ella y la puso sobre mi cabeza, quería golpearme con ella, por lo cual, fue necesario establecer un límite, y decirle que no podía golpearme de verdad.

Más adelante, al elegir el juguete para la sesión, tomó las pistolas de Nerf, me dio la pistola verde y él tomó la naranja, le pregunté de qué trataría el juego y me dijo que seríamos enemigos y debíamos dispararnos. Todo el juego fue así, me disparaba y me decía que le disparara, le gustaba tener más balas de goma que yo, en un momento él tuvo 6 y yo 2 y se mostró muy contento. Cuando yo llegaba a tener más decía:

R: no, ¡no se vale!, son mías dámelas.

Al finalizar la sesión dijo que el juego terminaría cuando me matara, se me acercó y me disparó 3 veces.

Lo anterior puede explicarse bajo dos vertientes: en la primera, la destrucción del objeto de la que habla Winnicott (1979) dentro del proceso terapéutico, en la cual el paciente destruye al terapeuta (objeto) para probar su sobrevivencia. En la segunda y desde la perspectiva kleniana, en donde se ataca el objeto debido a que por medio del mecanismo de *identificación proyectiva*, que prevalecía en R., este temía ser atacado y destruido, reflejo característico de la posición esquizo-paranoide, en la cual la ansiedad predominante es de aniquilación; es decir, ansiedad de que el objeto u objetos persecutorios se introduzcan en el Yo, avasallen y aniquilen tanto al objeto ideal, como al Yo, de modo que la ansiedad es paranoide (persecutoria) y el estado del Yo se caracteriza por la escisión, que es esquizoide (Segal, 2010).

Es importante mencionar, la manera en la que R. reaccionaba ante la posibilidad de destruir y aniquilar, cuando le señalaba que sus comentarios acerca de matarme en el juego me ponían nerviosa, o las veces que, siguiendo el juego yo *simulaba* morir, un alto nivel de *angustia* emergía en él. Esto se relaciona con el proceso de simbolización, el cual es considerado el fundamento de toda sublimación (Klein, 1930), además de ser una creación del Yo. De manera que si R. no lograba la simbolización, no lograba diferenciar entre lo interno y externo, pues como explica Berrú (2011), la simbolización es la capacidad del ser humano para reunir, juntar, integrar y utilizar todo lo que le ofrece el mundo externo (sean objetos, personas, palabras, etc.) y hacerlas como una representación de algo propio, es decir, representar en lo externo una representación interna.

Así, sobre el simbolismo se construye la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad en general y a medida que el Yo va evolucionando, es importante que establezca una verdadera relación con la realidad, ya que estos dos elementos: el desarrollo del Yo y la relación con la realidad, dependerán del grado de capacidad del Yo para tolerar la angustia. Una cantidad suficiente de angustia es una base necesaria para la formación de símbolos y de fantasías. Siendo entonces necesaria una adecuada capacidad del Yo para tolerar la angustia, para que el Yo pueda desarrollarse óptimamente (Klein, 1930). Lo cual no aparecía en R., ya que una vez que me atacaba y ante la posibilidad de destruirme, su angustia se exacerbaba, en ocasiones pedía cambiar de juego, concluir la sesión o me decía “Ya Ale, ya Ale, ya Ale”, de forma que la angustia lo paralizaba y no le permitía simbolizar “*hacer como sí... (me matara, me atacará, etc.)*”, pues aparecía en él la ecuación simbólica (Klein, 1930; Segal, 1957), en donde percibía que en realidad me dañaba y que incluso podría matarme y/o aniquilarme. Con lo que se observa que la angustia afectaba no sólo el proceso de simbolización, sino que detenía el desarrollo del Yo, tal como lo indica Segal (1957).

Aunado a esto, la formación de símbolos tiene una especial conexión con la elaboración de la posición depresiva (Klein, 1930, 1946), en la cual existe el deseo de proteger los objetos, y se subliman los impulsos destructivos, reemplazando la escisión con represión, permitiendo que se inhiban partes de los instintos y se desplacen sobre sustitutos (Segal, 2010). Así, lo simbolizado es el objeto perdido, se busca configurar la ausencia, la pérdida de la cosa, el desasimiento del objeto, teniendo la posibilidad de representación (García, 2007). En el caso de R. los elementos predominantes corresponden a la posición esquizo-paranoide; esto se observaba en diversos juegos en lo que como ya he mencionado la destrucción prevalecía. Al momento en que yo introducía algún elemento reparatorio, R. lo rechazaba, sólo en ocasiones tenía intentos reparatorios como decir:

R: a veces los villanos se convierten, como Gru (de la película "Mi villano favorito", personaje que, siendo un villano, saca su lado bueno y cariñoso, con tres pequeñas huérfanas a las que adopta, y quien poco a poco va cambiando y dejando la parte de maldad que como villano tenía).

Aparece la posibilidad de reparar, sin embargo, esta era más guiada o introducida por mí, que realmente considerada por R., ya que en él no aparecía la ansiedad de pérdida como tal, esto no ocurría ni dentro de las sesiones, ni fuera de ellas, en el juego sólo se observaban indicadores de angustia esquizo-paranoide, de aniquilación. Fuera de las sesiones, en casa, no llegaba a sentir culpa de dañar a los objetos (entre ellos sus padres), en una ocasión Melisa comentó:

R. en casa solía ser agresivo cuando se enojaba, me comentó dos eventos en los cuales R. exacerbó su enojo: el primero en el cual estaba jugando con su papá, él le dijo que tuviera cuidado, que no le fuera a lastimar "sin querer" su "pierna mala" R. (por la enfermedad que presentaba), R. preguntó cuál era la pierna que le dolía, al saber que era la derecha, lo golpeó, Melisa refirió que el niño no pidió una disculpa ni pareció sentirse culpable por lo que hizo.

Otra ocasión, Melisa regañó al niño e hizo un gesto con la mano como si fuera a pegarle, él le detuvo la mano y le dijo que: "no se atreviera a pegarle" y la lastimó jalándola, tampoco se disculpó, ni pareció sentir culpa.

Por una parte se observa la agresión de Melisa hacia el niño, misma que contribuye a la escisión de él, es decir que, la conducta real de los padres no ayudaba a que R. integrara los objetos. Lo cual puede vincularse también, con lo mencionado anteriormente acerca de que no lograba diferenciar entre un amigo y un compañero que le pegaba y lo lastimaba. La misma madre no parecía darse cuenta de que tenía que mostrarle a su hijo una manera diferente de relacionarse, no mediante agresiones, no parece que reflexionara sobre lo inadecuado de hacer “como que le pega” o incluso pegarle o agredirlo de las formas que mencioné previamente.

Por otro lado, se puede considerar que en R. no aparecía culpa de lastimar, en especial al padre, tras su enfermedad, debido a que éste había actuado como el objeto ideal e inagotable, que como he mencionado previamente al verlo lastimado y herido, no toleraba que el objeto idealizado pudiera estar roto y consideraba que no podía ser malo, por lo que R. preguntó “¿cuál es tu pierna mala?” y le pegó, probablemente buscando “quitársela” ya que no correspondía a su objeto ideal, del cual R. siempre obtenía más. En cuanto a la madre la atacaba por ser la parte persecutoria, ante el temor de la retaliación, proyectaba el temor de ser destruido en ella.

A lo largo de este bloque de sesiones, se observó que en ocasiones R., toleraba mejor la frustración, ya no se tiraba al piso ni simulaba el llanto de un bebé, en estos momentos ante la frustración me daba la espalda y dejaba de hablar, en ocasiones hasta lograba verbalizar dicha frustración. Sin embargo, cuando la frustración le causaba fuerte conflicto, hacía berrinches en las sesiones, me mandaba para jugar como él quería, pedía que lo dejara ganar, etc. Como puede observarse la conducta de R. era oscilante, lo cual coincide con lo que explican Paz et al. (1976), acerca de los niños con componentes de organización de personalidad limítrofe, en quienes la conducta dentro del tratamiento es distinta de un momento a otro.

Aunado a lo anterior, es importante recordar que los niños con organización limítrofe de personalidad, muestran déficits yoicos, entre los que destaca el bajo nivel de tolerancia a la frustración (Mahler s.f. en paz et al., 1976; P. Kernberg et al., 2002).

Finalmente otro tema importante, se dio en las sesiones alrededor de su cumpleaños. Una semana antes del mismo, R. llegó *diferente* a la sesión, en principio se fue gateando de la sala de espera al consultorio. Dentro de la sesión, comenzó a revisar su carpeta de trabajo, de manera espontánea, fue viendo los trabajos dentro de ella; tras revisarla vio el calendario y me señaló que la siguiente semana sería su cumpleaños. En la sesión posterior al cumpleaños, R. volvió a hacer el ejercicio de revisar su carpeta. En ambas ocasiones juntos fuimos recordando cómo elaboró cada hoja de la carpeta, lo que hablamos al respecto, etc., él mismo realizó una recapitulación de su proceso y de casi un año de trabajo terapéutico.

Con esta recapitulación R. se dio cuenta de lo que había logrado en ese tiempo:

T: ¿Qué se siente tener ya 9 años?

R: muy bien.

T: ¿algo es diferente de cuando tenías 8?

R: no sé, ¿no soy más alto o sí? (mientras se levantó y me mostró su estatura).

T: tal vez un poquito (me levanto yo, si noté un aumento de estatura).

¿Qué otra cosa habrá cambiado?

R: (abrió su carpeta y pasó las hojas dando un vistazo rápido) mmm...

T: de lo que tú te acuerdes, no a fuerza de la carpeta.

R: vi lo de mis piernas y brazos, y de saber cómo soy yo

Recordó además otros temas de sus emociones que había trabajado, dijo que ya no hacía tantos berrinches y reconoció los avances en su terapia. Fue además el momento en el que comenzó a colocarse retos, en el que empezó a decir que era capaz de hacer las cosas por sí mismo y que las intentaba. Cuando le pregunté qué se sentía lograr un objetivo que el mismo se había puesto, dijo sentirse “muy bien y muy esforzado”.

Estas sesiones de revisar su carpeta, dieron la oportunidad de ver sus cambios tanto físicos como emocionales, fueron una forma de señalarle su crecimiento y desarrollo, lo que había cambiado en sí y que ni siquiera se había dado cuenta, de lo que era capaz de hacer, se alegró.

Bloque 3.

Este segmento de sesiones comenzó al igual que el anterior, con una sesión de seguimiento de padres, a la que asistió nuevamente sólo Melisa. Durante esta sesión, manifestó estar muy cansada dentro de la familia, la enfermedad de su esposo y las consecuencias en la dinámica familiar, dificultades como pareja y su propia desesperación. Aunado a las dificultades de R. en la forma de comer, ya que había dejado de usar los cubiertos para comer otra vez con las manos; además, a pesar de poder asearse solo al momento de ir al baño, continuaba ensuciándose de manera oscilante, podía estar sin hacerlo una semana, para luego mancharse durante 3 días seguidos y luego volver a estar bien; también la cuestión del enojo seguía exacerbada, y Melisa observaba que ante la frustración más pequeña que como padres establecían, R. reaccionaba diciéndoles que eran “los peores padres del mundo”; sin embargo cuando era premiado, o cuando no le exigían nada decía que eran “los mejores padres”. Por su parte, el padre continuaba otorgándole a R. todo cuanto pedía, a pesar de mis sugerencias de las sesiones anteriores, con respecto a frustrarlo en cierta medida, él no podía dejar de satisfacerlo; ante esto Melisa no se mostraba de acuerdo, sin embargo, decía que “no podía hacer nada”.

Es importante mencionar que durante este bloque de sesiones la madre ya iba anunciando de alguna forma la interrupción del proceso: en primer lugar durante la sesión de seguimiento, al minimizar los avances en R. y enfatizar mucho más las dificultades que prevalecían; un par de sesiones después me informó que R. no podría asistir durante 3 semanas por cuestiones escolares, a pesar de darle opciones de cambio de horario no accedió; en otra ocasión al salir de la sesión, R. estaba muy enojado, al verlo así le dijo “si estas así ya no vamos a venir”; finalmente en la última sesión antes del período vacacional de diciembre,

me comentó que estaba teniendo dificultades para llevar al niño a las sesiones, que R. se estaba atrasando mucho en la escuela y que no existía posibilidad de un cambio de horario a alguna de las opciones que yo le brindaba, pues las tareas de R. y las clases de tae kwon do no lo permitían, comentó además que su esposo había sugerido que R. descansara un tiempo de la psicoterapia y después la retomaría. Ante esto yo acordé con Melisa trabajar ese tema en la sesión regresando de vacaciones.

Durante este último bloque de sesiones, el trabajo con R. continuó básicamente igual que en el anterior. Al comienzo de la sesiones R. me contaba cuestiones sobre la escuela, amigos, papás, etc., que él deseaba compartir, en ocasiones trabajaba esos temas en su carpeta.

La estimulación psicomotriz también continuó dentro de la primera parte de la sesión, en muchas ocasiones R. guiaba las actividades e introducía variaciones a los ejercicios. En ocasiones las realizaba con mucho ánimo, pero otras veces se enojaba y se resistía a hacerlas.

Continuaban apareciendo situaciones en las que R. parece *simbiotizarse* conmigo, dificultando así la diferenciación, pues como mencionan Mahler et al. (1977) la *simbiosis* es un estado de indiferenciación, de fusión, en donde el “yo” no está diferenciado del “no-yo”; y en donde lo interno y externo sólo van de manera gradual sintiéndose como diferentes.

En una de las sesiones, yo iba con síntomas de alergia (estornudos, ojos llorosos, etc.), por lo que debí salir un momento de cubículo para ir por papel higiénico, al mencionarle que ese día estaba un poco mal por la alergia, de inmediato dijo que él también era alérgico y se sentía un poco mal, al preguntarle a que era alérgico, dijo que a los frutos secos. En otra ocasión, tuve un dolor muscular que no me permitió realizar los ejercicios motrices con él (como en todas las sesiones los hacía), ante su curiosidad por saber porqué no los haría, le comenté sobre el dolor que tenía y de inmediato me dijo que a él lo habían

inyectado un día antes por causa de su alergia a los frutos secos, ante lo cual señalé:

T: recuerda que tú y yo somos personas diferentes, no porque a mí me duela algo, te tiene que doler a ti, ni porque a ti te duela algo, me va a doler mí, somos personas distintas y a cada quien le pasan cosas diferentes.

Continúo con el tema de destruirme, me dijo que un agente nuevo sería el encargado de matarme, comentó que sería mejor que él mismo lo hiciera, esto puede relacionarse con la interrupción del proceso, ya que R. llegó a escuchar a su mamá decirme que ya no lo llevaría por lo que ante la amenaza da la perdida prefiere ser él quien me destruya, debido el enojo que no era expresado ni canalizado adecuadamente. En una ocasión tomó la perforadora y la movió constantemente, acercándola a mi cara y diciendo que con esa me mataría. Yo le comentaba que me hacía sentir nerviosa y preocupada que fuera a matarme con la perforadora, él continuó acercándose, sin embargo, al estar ya muy próximo a mí, pareció angustiarse y se detuvo abruptamente diciendo “¡Bueno ya!”.

Aun dentro de los ejercicios de motricidad, emergían sus impulsos agresivos, y su deseo de destruir al objeto (a mí), ante los límites que se colocaban, que él vivía como frustraciones, como se muestra en la siguiente viñeta, sesión en la cual R. había acordado una semana antes terminar una actividad de su carpeta que había dejado pendiente varias sesiones, en ésta sesión cuando llegó, yo se lo recordé y él se mostró incomodo, por lo que mientras hacíamos los ejercicios, sucedió lo siguiente:

Los dos íbamos marchando alrededor del consultorio, de pronto él hizo como que tenía algo en las manos, al preguntarle me dijo que era una arma y me disparó. Comenzamos a jugar, yo caí en dos ocasiones al piso, en las dos él me decía “ya, ya, ¡ya!, ¡que ya!”, hasta que me sacudió, la primera vez yo reaccioné y seguimos la marcha, entonces volvió a dispárame, en esta ocasión aunque fue a moverme yo seguía inmóvil, entonces jaló mis brazos y dijo “a su tumba” iba a enterrarme, mientras yo seguía tendida en el piso dijo “iré por un juguete je je je” se quedó en la puerta y momentos después me pidió seguir con los ejercicios. “Ya Ale, levántate vamos a seguir”.

Al levantarme le señalé, “como sabes que hoy concluirás con la actividad del Minion y que tal vez no de tiempo de jugar sientes enojo y frustración, por eso es como si quisieras matarme”, R. asintió y dijo “sí”.

Durante este período las actividades que más realizó fueron: juegos de mesa en los que había fichas, palillos chinos, dardos y futbolito de mesa. Surgió el tema del uso de reglas, ya que varios de estos las requerían, la manera en que él las utilizaba era siempre buscando la forma de favorecerse de ellas. Había ocasiones en las que R. colocaba ciertas reglas y en el trascurso del juego quitaba unas, ponía otras, incluso en una ocasión, dijo que las quitaría todas, yo le señalaba la dificultad que tenía para seguir las reglas que él mismo había establecido, así como la poca claridad en ellas; estos cambios los realizaba cuando él iba perdiendo, me reclamaba y me decía que no se valía nada de lo que yo hacía, en esos momentos actuaba como un niño más pequeño, hacia berrinches, el enojo y la frustración aparecían ante la derrota, sin embargo, poco a poco se iba regulando, ya no se tiraba al piso como en las sesiones iniciales, ahora optaba por dejarme de hablar, me daba la espalda.

Otra cuestión importante fue que a pesar de ser juguetes diferentes, la mayoría de las veces terminaba colocando temas de destrucción, en donde se formaban dos bandos (de fichas, de dardos) que peleaban y se destruían; al momento en que yo intentaba introducir algún elemento reparatorio por medio del cual pudiera ir elaborando los impulsos destructivos y disminuir la angustia de aniquilación y la ansiedad persecutoria, R. volvía una y otra vez al mismo punto, teniendo así un juego completamente repetitivo a lo largo de muchas sesiones, lo cual concuerda con lo que mencionan Bemporad et al. (1986, citado en P. Kernberg et al., 2002) acerca de los niños con organización limítrofe de personalidad, que no pueden controlar su pensamiento, por lo que pasan rápidamente de temas neutros a temas de mutilación y muerte. Así como lo expresado por P. Kernberg et al. (2002) que mencionan que los juegos de estos niños pueden ser repetitivos, los impulsos sexuales y agresivos se infiltran en el juego, haciendo que surja la angustia intensa, haciendo que el niño sea incapaz

de continuar su juego, ya que se ha colapsado el margen entre el juego y la expresión directa de la pulsión, el espacio de “hacer como sí”.

A continuación presentó una viñeta de lo sucedido durante la última sesión de este bloque:

Fuimos al cuarto de juegos y se precipitó a tomar una grúa con auto, le sugerí que viera cómo funcionaba la grúa antes de elegirla, pareció no escucharme y se dirigió al cubículo.

Ya ahí comenzó a explorar la grúa, colocó el auto y lo lanzó un par de veces, como a los 3 minutos me dijo que mejor hubiera elegido otro.

Continuó jugando, quitó una pieza que le costaba trabajo volver a colocar y me pedía con tono de niño más pequeño que por favor lo ayudara a colocarla, le dije que él podía hacerlo solo y cuando lo logró señalé: “a veces buscas que las personas hagan las cosas por ti, aunque tú puedas hacerlas”.

Todo el juego consistió en lanzar el coche muy fuerte, caía hasta el piso, le señalaba que los golpes se oían fuertes, y le preguntaba cómo se sentiría el auto, R. no respondía, entonces describí:

- *Ahora lo lanzas de cabeza.*
- *Debe ser muy doloroso caer tantas veces.*
- *El auto grita cuando la grúa lo alcanza.*

Entonces R dijo que la grúa era mala, seguí describiendo:

- *Se cae*
- *Grita*

El auto (R) dice: ¡no, no suéltame! , entonces le pregunté si se siente atrapado, R. responde “¡lastima!”, al preguntar qué, dice que la grúa.

El resto del juego, consistió en que el auto se escondía debajo de la grúa, ésta lo alcanzaba y le pegaba hasta tenerlo de nuevo, le pegaba, lo lanzaba y tiraba. Entonces yo pregunté si habría forma de ayudarlo, R. comenzó a cachar el auto cuando se caía, así ya no llegaba al piso, o ponía su mano entre la grúa y el auto para que éste ya no le pegara.

Luego volvió al comienzo, el auto se caía y era golpeado por la grúa. La grúa volvía a perseguirlo hasta alcanzarlo.

Luego el auto regresaba porque pensaba que era una grúa diferente, pues estaba disfrazada, pero al final regresaba a golpearlo, atacarlo, y perseguirlo.

Dentro del juego parecen impulsos destructivos y ansiedades persecutorias, en la cual la grúa “se disfraza”, parece ser buena, pero en realidad es la misma que persigue y lastima. Es un juego repetitivo, en donde no se va más allá de la destrucción, es decir, no se va elaborando la posición esquizo-paranoide, además, aparece la ansiedad persecutoria y de aniquilación, de la que no se puede escapar, pues no se logra ver al objeto (a la grúa) con partes positivas o bondadosas.

Ante las descripciones, R. intentaba por momentos modificar la dinámica de destrucción y persecución, pero regresaba a ella. Hacia el final de la sesión en donde interpreté que podía tratarse de partes de sí mismo, que descargaba sobre otros pareció impactado y hasta asustado, se quedó “pasmado”, luego negó que esto pudiera estar relacionado con él. La negación es un mecanismo usado en la organización limítrofe de personalidad, así como uno de los mecanismos esquizoides (Klein, 1946); en el caso de R. lo usa para negar partes *malas* de sí mismo, es decir partes malas del Yo.

Dentro de este bloque de sesiones, R. manifestó sentirse diferente que antes, como un niño grande y capaz de hacer cosas, en algunas sesiones decidió dejar de usar las sillas pequeñas y tomó las grandes, además de contarme que ya no hacía tantos berrinches en casa, que se seguía aseando solo al momento de ir al baño, y que ya podía cortar la carne con los cubiertos, mostrando así que percibía avances en sí mismo y que su Autoconcepto había mejorado notablemente.

Finalmente hacia el término de este segmento de sesiones, hubo desarrollo en el proceso de separación-individuación, R. comenzaba a diferenciar *lo suyo*, de las otras personas, al momento de revisar su carpeta con ocasión del *Año Nuevo*, reconoce que lo que hay ahí son *sus recuerdos*, mismos que le pertenecen y que no son de nadie más que de él.

Devoluciones terapéuticas durante el juego libre.

Como puede observarse, la forma de trabajar con R. durante el juego libre consistía básicamente en el uso de preguntas, descripciones y señalamientos; además del uso de algunos de los 3 primeros niveles de interpretación que propone O'Connor (2002; 2014), los reflejos y las interpretaciones de patrón, interpretación dinámica simple, ésta última en menor medida, ya que causaba un elevado nivel de ansiedad en R., y como el mismo autor indica, la interpretación debe ser paulatina y gradual. Aunado a lo que menciona Winnicott (1979) el terapeuta debe guardarse algunas de sus interpretaciones, para poder dar al paciente la posibilidad de darse cuenta por el mismo y después poder analizarlo.

Del mismo modo Klein (en Anzieu, 2001), explica que cuando la angustia es muy elevada se interrumpe la fluidez del juego y de las asociaciones, por lo que en ese punto una interpretación de un nivel superior no sería adecuada, se trata más bien de contenerla. Se deben considerar además las características de R., como lo indica Paz et al. (1976) el proceso puede tener cambios súbitos por efectos de la interpretación, *por lo cual debe de usarse con precaución.*³ Anzieu (2001) menciona que la interpretación sólo puede ser usada cuando el niño está preparado para comprenderlo y sacar provecho, que en el caso de R., la angustia experimentada no lo permitía. O'Connor (2002) agrega que no se debe abrumar al niño.

5.7.3.4 Cierre por interrupción.

La penúltima sesión estaba programada como seguimiento con los padres, asistió únicamente Melisa, ella informó que el padre no había obtenido permiso en su trabajo para ausentarse durante la hora de la sesión.

Durante esta sesión, la madre habló acerca de una serie de acontecimientos que la tenían estresada: la atención de un negocio de la familia, dificultades de R. con la maestra del nuevo grado (ya estaba en 4to de primaria) y

³ Las cursivas son mías.

las dificultades por la recuperación de la enfermedad que había tenido a su esposo 6 semanas de “incapacidad”.

Se trató además el tema de los avances que existían en R., que sin embargo, no eran los esperados por los padres. Fue hasta este momento del proceso, poco más de un año después de comenzado, que los padres reconocieron que las dificultades motrices de R. eran profundas. Por lo que se habían dado a la tarea de buscar la terapia psicomotriz, a la cual en ese momento deseaban enfocarse, ya que R. tendría 2 sesiones a la semana, una individual y otra grupal, por lo que la madre dijo no poder seguir asistiendo a las sesiones terapéuticas.

Dentro de la sesión, Melisa cuestionó su papel como madre, intentando descubrir “qué hizo mal” (aunque no lo verbalizó así), al hablarle de las diferencias individuales de los niños, su propio temperamento y características de personalidad, las escuchó, pero sin aceptarlas, ella se empeñaba en saber porque R. y su hermana menor eran tan diferentes. Por otra parte, se veía interesada en la terapia motriz y de pronto ésta, se volvió lo más importante, a pesar de que esa fue una de las primeras recomendaciones realizadas, hasta ese momento lograron los padres considerarla y la colocaron como lo más importante. Tal vez su fantasía se ubicaba en que, la terapeuta motriz haría las cosas *rápido*, y los avances sería observables, tangibles, los que ella deseaba y, por lo tanto, verdaderos.

Hablé con ella acerca de la terapia para R., de la necesidad que él podía tener en diversas fases de su desarrollo de un apoyo psicoterapéutico, ya que existían cuestiones que aun debía seguir trabajando. Melisa dijo no poder sostener el proceso, sobre todo por el cansancio en ella, y por el inicio de la terapia motriz de R.

Durante esa sesión, fue notable que la falta de diferenciación del niño estaba presente también en la madre, cuando se refería a las actividades de R. lo hacía en plural “*es que tenemos tae kwon do*”, “*ya vamos a ir a la terapia motriz*”,

lo cual le señalé. Al momento que le solicité un par de sesiones más con el niño, dijo que ella no había considerado llevarlo ni una vez más, le señalé nuevamente su propia falta de diferenciación de ella y el niño, al momento de considerar que, era suficiente con que ella fuera a *concluir* el proceso, para que R. lo concluyera, a pesar de que él le había manifestado su deseo *despedirse*. Por lo cual, enfatiqué la importancia de que R. pudiera cerrar su proceso, trabajar la despedida de su espacio terapéutico de una manera saludable. Aceptó llevarlo sólo una vez más.

La última sesión con R. la realicé usando componentes del enfoque Gestalt, en donde Cornejo (1996) sugiere explicar al niño lo dicho por los padres y escuchar lo que él piensa. De esta manera, trabajé con R. algunas hojas de despedida en la carpeta de trabajo, de cómo se sentía al interrumpir su terapia, lo que recordaba especialmente; además era necesario explicarle que lamentaba no poder continuar trabajando con él; realicé la devolución de lo trabajado y hablamos de sus fortalezas.

Hablamos acerca de la terminación, me dijo: "*todavía no es el fin*", al preguntarle, me dijo que él no quería que ese día fuera el fin. Expliqué que no era posible que siguiera viéndolo, y que a pesar que aún había cosas por trabajar, su mamá había pedido un descanso por ahora, le hablé de la importancia de la terapia psicomotriz a la que asistiría, y lo bueno que sería para él.

Posteriormente trabajamos en las hojas finales de su carpeta. Más adelante me dijo:

R: ¡ojala no se terminara!

T: a veces es un poco triste cuando algo acaba

R: si

T: ¿tu cómo te sientes ahora?

R: muy mal, muy triste

Las hojas que trabajó para el cierre fueron:

1. Lo que aprendí de Mi-Mismo en la Terapia.

R. se acostó en el piso y dijo que aprendió a "hacer dibujos, trabajar con plastilina, a ejercitarse y a no hacerle como niño chiquito". Yo agregué que había aprendido

a trabajar en un espacio más limitado, con menos cosas; él dijo que aprendió a defenderse de los límites (*frustraciones*) que yo le ponía, por eso me disparaba; a ser más paciente que al comienzo; y que aprendió que a veces se ganaba y otras se perdía.

Dibujó lo que dijo era un *diagrama*, explicó qué era él, con su carpeta en la mano



2. *Cómo llegué, cómo me voy.*

De inmediato dibujó una cara feliz, y en la segunda una triste, dijo sentirse triste por tener que irse, le señalé que eso era parte de las emociones y que ahora se sentía así.

Le pedí entonces que en la misma hoja dibujara *Cómo cambié-crecí,*



En la primera parte dibujó “un brazo débil” y a R. de 7 metros, en la segunda dibujó “un brazo fuerte” y a R. de 9 metros. Le dije: *ahora eres un niño más fuerte*. Como puede observarse, en la parte inferior derecha de la hoja, aparece un dibujo más integrado que el de la parte inferior izquierda, por lo que le señalé que *ahora se iba más completo, que su cabeza estaba más cercana a su cuerpo, lo que tal vez quería decir que al principio su cabeza no controlaba sus emociones, y que ahora lo hacía un poco más*; R. sonrió y asintió.

Aparece un brazo débil y otro brazo fuerte, R. colocó esos brazos, que representan la fortaleza, pero no sólo la física, pues motrizmente continuaba con dificultades, pero plasmó la fortaleza que sentía en sí mismo, era el fortalecimiento de su Yo. Se observa además que R. se va más integrado, no por completo, el segundo dibujo aún no tiene pies, pero esto representa un comienzo de integración, así como un aumento en la regulación emocional, al comienzo su cabeza (pensamiento, autorregulación) ni su cuerpo (parte visceral e impulsiva), ahora era capaz de poder ir regulando mejor sus emociones, en particular el enojo.

Finalmente dibujó en la hoja de “*Lo que quiero que Ale recuerde de mí*”, dijo que quería que recordará dos cosas de él, su nombre completo y la escuela en la que va; y “mi felicidad” (sic.), le dije que eso lo iba a recordar. Y yo le di una hoja de lo que yo consideraba que él había trabajado en el proceso:

- Pasar del remolino del enojo al de la tranquilidad.
- Que él es capaz de trabajar con las cosas que tiene, que no necesita todos los colores de todas las cajas, que con un lápiz le basta, que él puede hacer muchas cosas con los recursos que dispone.
- Que el enojo tiene fases, y que él había ido aprendiendo a manejarlo de una cara muy enojada, y que seguro llegaría a una cara sin enojo. Dijo que al principio estaba en la cara muy enojada, y que ahora está en la seria, le señalé que aún tenía que seguir trabajando para manejar mejor sus emociones, que ninguna emoción es mala, pero que el manejarlas le ayudaría.

Al terminar la sesión le dije que había sido un gusto para mí poder trabajar con él, que al comienzo había sido difícil para los dos, pero que era un niño que se iba mucho más fortalecido y más grande. Le pedí que colocara la fecha de término en la carpeta, dijo que no, pues no quería que terminara, en ese momento le hablé sobre las historias que no terminan, y que ya sea que volviera a trabajar conmigo o con otros terapeutas, su historia siempre seguirá construyéndose, escribió al final de su carpeta:



Le pedí que guardáramos las crayolas y colores, comenzó a alzarlas y me dijo

R: ¿te acuerdas que antes tampoco quería guardarlas?

Al terminar de guardar los materiales nos despedimos.

5.7.3.5 Avances y limitaciones del proceso terapéutico.

A lo largo del proceso terapéutico de R., se pueden ubicar los siguientes avances:

- Reconocimiento y expresión emocional: R. logró reconocer y expresar de una forma más adecuada sus emociones.
- Verbalización de cuáles eran las cosas que lo enojaban.
- Mayor tolerancia a la frustración (en comparación de la intolerancia inicial).
- Disminución de la voracidad.
- Disminución de las resistencias al trabajo psicoterapéutico, al comienzo el niño se oponía a trabajar, quedándose acostado en el piso, pidiendo descansar, etc., a lo largo del proceso asimiló la estructura de las sesiones y la aceptó.
- Adaptación a un espacio limitado y estructurado (que brindó el cambio de encuadre terapéutico: trabajando en un cubículo más pequeño que al comienzo, eligiendo una actividad o juego cada sesión y siguiendo la estructura de la sesión).
- Regulación emocional: R. logró tener una mayor autorregulación emocional dentro del espacio terapéutico.
- Esfínteres: R logró asearse por sí mismo al ir al baño, cuestión que al comenzar el proceso no lograba hacer solo.
- Uso de cubiertos, aunque sea en presencia y vigilancia de los padres, ya los utilizaba y podía hacerlo, al comienzo comía con las manos, aun con la presencia de los padres.
- Reconocimiento de los padres del requerimiento de atención de terapia motriz para R., recomendada desde el comienzo de la intervención.
- Mejor Autoconcepto, ya se consideraba capaz de realizar actividades, y él mismo se ponía retos y metas.
- Mayor autocuidado.

- Mejores relaciones sociales.

En lo que se refiere a las cuestiones de motricidad, se sugirió al comienzo del proceso una intervención psicomotriz, ya que el espacio psicoterapéutico no cubría con las necesidades que el niño requería trabajar en ese ámbito. Sin embargo, se sugirieron y realizaron dentro de las sesiones, ejercicios para estimular aspectos de motricidad gruesa, referidos a:

- Equilibrio
- Coordinación manual
- Tensión y distensión muscular
- Coordinación espacio temporal

De igual manera, es posible apreciar que no se logró el avance en todas las áreas. A este respecto, es muy importante mencionar que respetar el ritmo del niño es fundamental; además de que como mencionan Paz et al. (1976) la conducta de los niños con organización de personalidad limítrofe es diferente dentro de la sesión y fuera de ella, así como la conducta dentro del tratamiento de un momento a otro es distinta, es decir que, los avances o cambios alcanzados, no se mantienen estables, debido a que una de las características de ésta organización de personalidad es precisamente la inestabilidad. Aunado a lo referido por Kernberg (1987, citado en Jaime, 2008), de que los esfuerzos terapéuticos pueden verse frustrados. Por lo que es importante considerar las limitaciones del caso:

- A pesar de las mejoras de regulación emocional, aún llegaban a presentarse dificultades en el control del enojo.
- Continuaban dificultades en la alimentación, rechazo de alimentos caldosos y comer con la manos.
- Aumento de los celos de R. hacia su hermana
- Permanencia de la inadecuada integración del Yo.

- Descarga de impulsos agresivos constantes.
- Falta de involucramiento del padre.
- Falta de mejoría en los vínculos afectivos con ambos padres.

Capítulo 6 Discusión y conclusiones

En la Psicoterapia Integrativa se enfatiza un modelo de trabajo personalizado, “un traje hecho a la medida” para cada uno de los niños y sus familias, que llegan a consulta. Por lo cual, el objetivo general que consideré para la realización de este trabajo, fue el de describir y analizar, teórica y clínicamente el proceso de intervención con Psicoterapia Integrativa en un niño de 8 años de edad, que presentaba componentes de personalidad límite; ya que se observó que dicho enfoque de intervención cuenta con elementos importantes para el tratamiento infantil.

Ya que he realizado el análisis del caso en el capítulo anterior, considero necesario puntualizar tres aspectos:

1. La importancia de la integración del Yo como un aspecto fundamental a considerar en el desarrollo infantil.
2. Cuáles fueron los *elementos* de los enfoques utilizados en el trabajo con R. y de la Psicoterapia Integrativa en sí que favorecieron el proceso psicoterapéutico.
3. Hacer un análisis crítico del proceso terapéutico que llevé a cabo con R.

Como mencioné en el capítulo 1, existen diversas posturas teóricas que enfatizan la integración del Yo y lo consideran un aspecto básico para un adecuado desarrollo psíquico de los individuos. En el caso de R. pudo observarse que existían algunas dificultades: por un lado, desde la perspectiva de Mahler, no había consolidado el proceso de separación-individuación, lo cual no le permitía concebirse como un ser diferenciado y separado de la madre, lo cual lo hacía ser un niño sumamente dependiente, estableciendo una relación ambivalente con la madre, en donde la necesitaba para realizar muchas actividades (asearse al ir al baño, desplazarse, cuestiones escolares, entre otras) y a la vez rechazaba, por el deseo de ser independiente.

Por otro lado no existía una clara diferenciación de lo que podía esperarse de la madre, que por momentos era sobreprotectora y realizaba algunas actividades por él, mientras que en otras llegaba a ser agresiva (diciéndole que se fuera de casa, tirando las cosas de R. al piso, amenazando con golpear, etc.), lo cual no permitía que existiera *constancia*. Situación a partir de la cual pudo surgir la vinculación en R. con niños que en algunos momentos lo agredían y que el consideraba sus amigos, por ser este tipo de relación ambivalente, la manera de contacto que él conocía.

Analizando las características de R., desde la perspectiva kleniana tampoco había logrado una adecuada integración del Yo, ya que las defensas que utilizaba correspondían a la posición esquizoparanoide: identificación proyectiva, escisión, idealización y devaluación primitivas. De manera que no desarrollaba aun, la posición depresiva, que permite la integración del Yo y la simbolización, con las consecuencias emocionales y cognitivas que ello implica.

La presencia de algunas conductas en R.: retención fecal, comer con las manos, presentar berrinches excesivos, dificultades motrices, conductas regresivas como pedir ser alimentado con el pecho materno tras el nacimiento de su hermana, hacían necesario que R. tuviera un apoyo psicoterapéutico, ya que varias de estas, pueden ser entendidas como componentes de la organización de personalidad limítrofe.

En lo que se refiere a los elementos de los enfoques utilizados en el trabajo clínico presentado, en primera instancia se empleó un enfoque gestáltico, ya que muchos de sus componentes fueron adecuados y necesarios para el proceso de R.: se consideraron los bloqueos en la zona de experiencia que presentaba R., así como todos los criterios del proceso terapéutico propuesto por Oaklander (2005) y se utilizó la carpeta que sugiere Cornejo (1996).

Puede observarse que la intervención con el modelo gestáltico tuvo buenos resultados, ya que R. logró: establecer la relación terapéutica; comenzar a integrar

las cuestiones emocionales, corporales, sensaciones (sobre todo táctiles) e intelecto; fortalecer el Yo, de modo que en el comienzo del proceso R. se percibía a sí mismo como incapaz de realizar diversas tareas, posteriormente se consideraba más capaz de hacerlo, lo cual contribuyó a mejorar su Autoconcepto y Autoestima; además de lograr la expresión emocional, particularmente del enojo que experimentaba y manifestar una ligera disminución de éste, así como una incipiente Autorregulación.

Como puede observarse la intervención gestáltica en sí misma, favorecía el proceso de integración del Yo, pues una de las premisas básicas de dicho modelo de trabajo es integrar el funcionamiento completo de la persona: sensaciones, cuerpo, emociones e intelecto (Carroll, 2009), es decir, busca lograr un Yo integrado, diferenciado y fortalecido. En el caso de R. a partir del manejo de sensaciones se iba promoviendo que alcanzara a reconocer partes de sí mismo, saber que le gustaba y que no, así como poder reconocer sus estados emocionales y sus límites (tanto corporales, emocionales y perceptuales), a fin de construir un Yo diferenciado.

Al comenzar a emerger situaciones y temáticas en las sesiones con R. (de las expuestas en el capítulo anterior) y una vez que la terapeuta contaba con más elementos teóricos, clínicos y prácticos (tras algunos meses en la formación en la Residencia en Psicoterapia Infantil) para poder identificarlos se incluyeron elementos del enfoque psicodinámico y de estimulación motriz.

Como mencioné en el capítulo 3, la psicomotricidad no formó parte como tal del proceso psicoterapéutico, sin embargo, en el caso de R. se consideró fundamental poder trabajar algunas cuestiones de estimulación, ya que sus dificultades eran profundas y no existía disposición de los padres para llevarlo a un tratamiento específico. Por ello, los elementos de estimulación motriz que se trabajaron fueron: equilibrio, coordinación manual, tensión y distensión muscular, y estructuración espacio-temporal. De esta manera, se observó que dichos componentes dieron los siguientes resultados: mayor equilibrio, incremento en el

tono muscular gracias a los ejercicios de tensión y distensión, mayor estructuración acerca de tiempo, aumento en la coordinación manual y mejoría en ejercicios de motricidad fina (ej.: oposición digital).

En cuanto al enfoque psicodinámico, los elementos que constituyeron un agente de cambio fueron: la utilización del juego libre en sí mismo, a través del uso de diversas intervenciones como descripciones, señalamientos, interpretaciones de patrón, interpretación dinámica simple e interpretación dinámica generalizada.

Cabe mencionar que la mayor parte de intervenciones con R. fueron constituidas por descripciones o señalamientos, ya que el uso de interpretaciones más profundas eran una fuente importante de angustia para R. que en lugar de permitir una elaboración, cortaban la fluidez del juego y por lo tanto el proceso de simbolización. Sin embargo, hubieron resultados importantes al utilizar los elementos del enfoque psicodinámico, tales como: mayor conocimiento de sí mismo; reconocimiento de sí mismo como un ser único e independiente; disminución de la angustia ante sus impulsos agresivos hacia los padres; incipientes intentos reparatorios dentro del juego, indicadores de un primer paso hacia la posición depresiva de desarrollo; disminución de la voracidad (de comida, juguetes y materiales); disminución de conductas regresivas (gatear, hablar como niño pequeño); disminución de berrinches en casa; reconocimiento de sí mismo como un ser más integrado; reconocimiento de padres más integrados, ya no escindidos en buenos y malos.

Es importante enfatizar en cuanto a los primitivos intentos de reparación dentro del juego, pudo observarse que R. se quedaba en un nivel de imitación, en donde él podía seguir por lapsos de la sesión algún elemento reparatorio introducido por mí, en donde él alcanzaba a distinguir que existía la posibilidad de un desenlace diferente en sus juegos, en donde no todo quedase destruido, pero no llegaba a simbolizarlo dentro del juego, sino que volvía repetidamente a la destrucción dentro de prácticamente cualquier juego, independientemente de si se

usaban juguetes neutrales o se comenzaba con otras temáticas, al final todo se volvía persecución y destrucción dentro del juego.

De forma que, para que la reparación como tal hubiera tenido lugar, era necesario que R. lograra transitar de la angustia de aniquilación, a la angustia de pérdida, lo cual se liga directamente a la escisión que tenía de los objetos reales, la madre frustradora y el padre gratificador, que no le permitían conceptualizar un solo objeto integrado que temiera perder, sino que seguía apareciendo el objeto vigilante y perseguidor, con el cual la angustia que prevalecía era la de aniquilación. Por ello, la mayoría de sus juegos terminaban en persecuciones, muertes y daños, como una manera de destruir al objeto persecutor.

Otros avances del proceso en general fueron: incremento en las conductas de Autocuidado, el niño ya se aseaba solo al ir al baño y era capaz de utilizar cubiertos; reconocimiento en los padres de R., de que el niño requería una terapia psicomotriz específica.

El trabajo en conjunto de los enfoques usados en el proceso con R. constituyen una manera de intervención *Integrativa*, que considera al niño en todas las áreas, biológica, ambiental, conductual, afectiva, cognitiva y sistémica (Esquivel, 2010), de manera que permite vincular dichas áreas, a fin de un mejor funcionamiento general. Los elementos del enfoque integrativo como tal que estuvieron presentes en el trabajo con R., fueron en primera instancia el poder considerar que un sólo enfoque no permitía la adecuada comprensión y por ende la intervención en el caso, por lo que era necesario abordar de una forma más *integral*, llegando así a una comprensión teórica desde la columna del enfoque psicodinámico, utilizando sus métodos e integrando a la vez, las técnicas gestálticas que estaban funcionando y dando resultados en el niño. De manera que se consideraron los factores comunes de ambos modelos.

Es importante señalar que los elementos mencionados corresponden tanto al tipo de integración de *eclecticismo técnico*, en donde se selecciona el mejor

tratamiento según el caso y problemática; así como a la de *factores comunes*, considerando particularmente los poderes terapéuticos del juego que mencionan Schaefer y Drewes (2012): autoexpresión, acceso a aspectos de lo inconsciente, enseñanza directa e indirecta, abreacción, contracondicionamiento del afecto negativo, afecto positivo, sublimación, apego y mejora de la relación, empatía, poder y control, competencia y autocontrol, sentido de sí mismo, solución creativa de problemas, fantasía de compensación, prueba de realidad, ensayo conductual y construcción del rapport.

Y como menciona Munns (2011, en Drewes, 2011) se debe considerar la forma en que se trabajará, ya sea: un número de sesiones con un enfoque y otra fase de sesiones con el otro, media sesión con cada enfoque, o una sesión combinada con ambos enfoques. En el caso de R. se trabajó con las 2 primeras.

En este punto es necesario analizar de manera crítica el trabajo realizado, ya que a pesar de que, a lo largo de este trabajo se logró explicar paso a paso lo que fui realizando, en el momento de la intervención no tenía tanta claridad, debido a diversos factores: el primero, mi falta de experiencia y pericia al comienzo de la maestría (que fue en donde comencé el trabajo con R.) en el trabajo terapéutico infantil.

Por otro lado, la constitución del plan de estudios del programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, en donde los modelos terapéuticos se revisan al tiempo que se llevan los casos clínicos, por lo que al ir conociendo sus beneficios y la forma en que cada uno “se vende”, como el más completo, incluso como el mejor, en ocasiones hacen que el entusiasmo promueva el uso de sus componentes dentro del cuarto de juegos. Así mismo, el hecho de que el enfoque de *Psicoterapia Integrativa* haya sido revisado hasta el cuarto semestre, momento en el cual uno puede entonces teorizar la labor que ha ido realizando empíricamente a lo largo de los tres semestres precedentes.

Aunado a las cuestiones teóricas, es importante reconocer el trabajo que se realiza durante la supervisión, así como el acompañamiento tutorial. Por lo que, tras haber comenzado con un modelo de trabajo, al escuchar las sugerencias tanto de mi tutora como de mi supervisor, observé la necesidad de un ajuste en el modelo de trabajo con R., mismos que requirieron el replanteamiento teórico y conceptual, así como la realización de las intervenciones adecuadas dentro de las sesiones con R.

Ya he mencionado los componentes que fueron útiles en el trabajo psicoterapéutico con R. y los beneficios que propiciaron, sin embargo, es fundamental considerar las limitaciones que existieron en el proceso de R. y proponer sugerencias que puedan ser de utilidad para los terapeutas infantiles que se enfrentan día a día a tratamientos en los cuales existe confusión o falta de claridad, ya sea por inexperiencia, por tratarse de casos con fuerte carga contratransferencial debido a las características del niño, o (como en mi caso) por ambas.

Considero que las principales limitaciones fueron: mi inexperiencia como terapeuta que por momentos me hacía sentir confundida no solo dentro de las sesiones con el niño, sino también al momento de analizar y comprender el caso. Por otro lado, la incapacidad de los padres para poder observar al hijo que realmente tenían y continuar con una expectativa irrealista de R., con la creencia que el crecimiento sería suficiente para que superara sus dificultades; lo cual propició una falta de compromiso con el proceso terapéutico, así como poca disponibilidad para llevar a cabo las sugerencias y orientaciones realizadas.

Respecto al trabajo con los padres considero que de haber tenido padres más involucrados con el proceso, es decir, que el padre asistiera a todas las sesiones de orientación, que la madre hubiera estado más dispuesta a compartir con el padre de R. las sugerencias dadas y a ponerlas en práctica, el trabajo con el niño habría tenido una evolución diferente. Sin embargo, esto no se logró, en

primer lugar como ya mencioné por la falta de disposición de los padres, sumado al inadecuado manejo que yo di al seguimiento con ellos.

Reflexionando acerca de mi intervención con los padres, observo que la manera en que los incluí no fue la más adecuada, ya que desde el modelo de intervención con el que comencé, que fue el Gestalt, se recomienda tener sesiones con los padres cada 4 a 6 sesiones (Oaklander, 2009), mismas que yo fui espaciando más, llegando a tener hasta 8 sesiones con R. y luego la de seguimiento con papás. Al cuestionarme que me llevó a realizar esta modificación, me doy cuenta que fue principalmente al giro que le daba a esas *sesiones de seguimiento*, en las cuales yo iba mencionando algunos de los avances, mientras que los padres hablaban de que no veían ningún progreso, o que habían decidido no seguir las recomendaciones realizadas, cuando el padre dejó de asistir, la madre llevaba a esas sesiones “quejas de él” (sic.), o hablaba de lo mal y presionada que ella se sentía. Por lo que contratransferencialmente eran sesiones difíciles en las que lo que yo hacía, era intentar contener a la madre, pero sin ahondar demasiado en lo que implicaba para ella la crianza de un niño que no correspondía a las expectativas parentales.

Al analizar la participación de los padres me doy cuenta que esta pudo ser diferente, realizando sesiones de juego familiar, ya que solo hice una dentro de la evaluación, cuando realmente tenía poca práctica y me costaba trabajo llevar a cabo las intervenciones (señalamientos, reflejos, preguntas, etc.) en ella; o tener sesiones individuales con los padres para trabajar la cuestión de cómo aceptaban o no las dificultades reales de R., las expectativas que tenían de él y la manera de enfrentar aquellas que él no alcanzaba a cumplir, como vivían su paternidad y maternidad.

Por lo anterior considero que una sugerencia importante es la de involucrar más a los padres en el proceso terapéutico, como ejemplo de ello puedo considerar que, a pesar de que cada uno de los niños que llega a consulta es sumamente diferente, la manera en que trabajé con los padres de otro niño, S.

quien llegó a consulta en el último semestre de mi formación, justo unas semanas antes de que el proceso de R. se viera interrumpido. En ese caso fue un proceso más corto, 31 sesiones que concluyeron con una finalización programada, de las cuales 12 sesiones contaron con la participación de los padres, ya fuera en las entrevistas iniciales, sesiones familiares, individuales (sólo con papá o sólo con mamá) para trabajar temas relacionados con S., es decir que un 38.7% de las sesiones estuvieron presentes los padres; mientras que con R. participaron un 22.4% (11 de 49) de las sesiones. Más allá de la cuestión numérica, cualitativamente fueron diferentes, pues dentro de las sesiones de juego familiar con los padres de S. trabajé algunas de las técnicas propuestas por Gil y Sobol (2005) sobre cómo involucrar a las familias en terapia, de donde surgieron temas importantes que movilizaron a la familia completa y que permitía que estuvieran más dispuestos a emprender acciones de apoyo al niño. En el caso de R. no las llevé a cabo del mismo modo.

En otro tema, considero que otra sugerencia para el trabajo con casos similares al de R. es fundamental contar con el acompañamiento en la supervisión como el que pude recibir dentro de la Residencia en Psicoterapia Infantil, ya que dentro de ésta es posible tener con una visión más amplia y diferente de lo que uno alcanza a ver; además de plantearse cuestionamientos que permiten ir mejorando las intervenciones. Aunado a esto el trabajo de análisis personal contribuye también al manejo de la fuerte carga contratransferencial. Por otra parte, considero necesario el constante análisis del caso, búsqueda de bibliografía que permita una mejor comprensión y la vinculación clínica con el caso.

Además es importante considerar que en el trabajo con niños con las características de R. es fundamental contar con un plan de tratamiento más específico, ya que como he mencionado mi intervención con él fue modificándose en función de:

1) El surgimiento de conductas que manifestaban la presencia de la organización de personalidad límite, ya dentro de la intervención y que no observé en la fase de evaluación psicodiagnóstica.

2) La puesta en práctica de los modelos que iba revisando durante la formación en la maestría.

Sin embargo, al poder contar con los elementos teóricos, la conceptualización de caso clínico y mejores herramientas de observación durante la evaluación, es posible realizar un plan de tratamiento, que como sugiere O'Connor (2002), las intervenciones deben realizarse de manera paulatina, y de cierta manera las intervenciones que yo fui realizando fluctuaban por momentos.

Otra cuestión que considero puede ser de gran utilidad en casos como el de R. es la revisión exhaustiva de los datos obtenidos en la historia clínica, ya que conjuntándolos y analizándolos de manera mucho más específica, brindan información importante que se puede vincular con las conductas actuales en niños que presentan componentes de la organización de personalidad límite.

Ahora quiero compartir por qué decidí presentar el caso de R. como trabajo de terminación de la Maestría, ¿por qué un caso “no terminado”?, ¿por qué este caso y no otros en los que los avances fueron abismales, los cambios notorios, y el cierre no fue por interrupción, sino porque los niños en ese momento ya no requerían de la atención?, ¿por qué un caso de 49 sesiones en el que los avances fueron apenas perceptibles, y no uno de 20 a 25 sesiones en donde muchas cosas mejoraron?

Existen varias razones: la primera, es porque en la mayoría de tesis e incluso libros de reconocidos psicoterapeutas, siempre se encuentran más los casos “exitosos”; nadie (o muy pocos) hablan de estos casos, estos que en un momento dado no entendemos, estos que nos confunden, estos que nos mueven contratransferencialmente y hasta nos frustran. De pronto existe la percepción de que así *son* los casos: “exitosos”, y cuando los terapeutas novatos nos

enfrentamos a estas situaciones llegamos a pensar que los elementos que conocemos y utilizamos son *inútiles*, o que las habilidades terapéuticas son insuficientes para un adecuado trabajo. Aunque estas cuestiones pueden estar presentes, también hay casos como el de R., que requieren, sí, habilidades terapéuticas más desarrolladas, conocimientos más precisos, etc., pero que también son más complejos, que por las características de la organización de personalidad no permiten un avance veloz, en los que puede haber oscilaciones en las mejorías de los pequeños, y en los que hay que aprender a tolerar la frustración y sobre todo a respetar el tiempo del niño, así como sus posibilidades. Y sobre todo considerar que, no por no tener los avances tangibles y vistosos de otro tipo de casos, estos son de menor relevancia o valor, *quizá* por el contrario su máximo valor se encuentra en lo que el terapeuta está facilitando en el niño: su desarrollo psíquico, la integración del Yo y el adecuado funcionamiento del aparato psíquico.

La segunda, es que considero que el caso de R. que me acompañó desde la mitad del primer semestre, hasta comienzos del cuarto, representa parte de mi formación, de mi desarrollo académico y profesional; el cual visto a cierta distancia, con una mayor y mejor observación, con una comprensión teórica enriquecida, y con el conocimiento de lo que implica la Psicoterapia Integrativa, es una buena referencia de las habilidades adquiridas y desarrolladas a lo largo de este proceso de formación.

Al realizar este trabajo y releer todas las sesiones de R. podía ver que tan acertadas o equivocadas habían sido mis intervenciones, pudiendo pensar que otra manera de intervenir hubiera sido más adecuada. Pude darme cuenta de lo mucho que preguntaba al comienzo, de cómo me angustiaba en las primeras sesiones con R., y cómo a lo largo de las sesiones mi trabajo se modificó, al igual que R. yo también tuve avances.

Puedo considerar que en casos similares al de R., o si volviera a atender a un niño con características parecidas, optimizaría mi intervención considerando como puntos importantes:

1. Revisar a detalle los datos de la historia clínica, a fin de tener desde el comienzo mayor claridad acerca de los componentes de organización de personalidad predominantes.
2. A partir de lo anterior tener elaborar un plan de tratamiento inicial.
3. Manejo adecuado de la contratransferencia (sentimientos de angustia, incapacidad para pensar dentro de las sesiones, etc.)
4. Involucrar a los padres dentro de las sesiones.
5. Realizar intervenciones paulatinas, de modo que el niño logre ir tolerando la angustia, en grados ascendentes, de manera que esta no interrumpa la fluidez del juego y se pueda ir promovido la adecuada integración del Yo.

La elaboración de este reporte me ha permitido realizar el análisis del caso que se encuentra en el capítulo 5, mismo que muestra la comprensión que tuve del caso, algunas cuestiones desde que estuve trabajando con R. y otras en un momento posterior, al momento de realizar este producto final.

Aunado a lo anterior, este trabajo pretende poder dejar evidencia del caso de R. para psicoterapeutas interesados en los temas que presento en este trabajo: la importancia del desarrollo del Yo y sus implicaciones en la organización de personalidad; los componentes de las diversas organizaciones de personalidad como una manera de comprender el funcionamiento en diversas áreas (funciones yoicas, mecanismos de defensa, etc.) de forma específica de la organización limítrofe; y el modelo de trabajo bajo el enfoque de Psicoterapia Integrativa.

Para concluir, quiero expresar lo que aportó la experiencia de la Residencia en Psicoterapia Infantil a mi desarrollo profesional. Recuerdo que cuando ingresé al programa, mis expectativas eran básicamente el poder adquirir los conocimientos y la experiencia clínica en el trabajo con niños. Esto lo obtuve prácticamente desde el primer semestre: lecturas, referencias, pacientes, supervisión, etc. Sin embargo, logré consolidar algunas de las habilidades y competencias con las que ya contaba: organización, planeación, trabajo en equipo, conocimientos básicos de desarrollo infantil y psicopatología; además de adquirir otras tantas: competencias para la evaluación y diagnóstico infantil, intervención terapéutica, terapia de juego, trabajo con padres, vinculación teórico-práctica y manejo de los elementos contratransferenciales de manera óptima.

Concluyo satisfactoriamente este importante producto y con ello, el importante ciclo en mi formación académica y profesional: mi formación dentro de Maestría en Psicología en la Residencia en Psicoterapia Infantil de la UNAM.

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. (1969). Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en niños. En. Aberastury, A. (Comp). (1986). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. México: Paidós.
- Aberastury (1973). *Aportaciones al psicoanálisis de niño*. Argentina: Paidós.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- Anzieu, A. (2001). La reconstrucción interpretativa. En Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C. y Daymas, S. (2001). *El juego en Psicoterapia del niño*. España: Biblioteca Nueva.
- Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas (2014). *Quiénes somos*. Recuperado en <http://www.alapsiweb.org/quienes.php> 20 de mayo 2014.
- Bedoya, S., Arenas, A. y Felipe, A. (2010). De lo inconsciente al ello. Cambio de tónica. *Revista electrónica Psiconex. Grupo de investigación, psicología, psicoanálisis y conexiones*. 2 (3). pp. 1-13
- Bellak, L. (1993). Aspectos básicos de la evaluación de las funciones del Yo. En Bellak, L y Goldsmith, L (1993). *Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo*. México: Manual Moderno.
- Berrú, N. (2011). *Incidencia de la terapia de juego en el proceso de simbolización en niños de 5 a 11 años de edad, con problemas conductuales en el Hospital Quito Nro. 1 de la policía nacional*. Tesis de licenciatura. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.
- Bleichmar, N., Leiberman, C. y Wikinski, S. (2011). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. México: Paidós.

- Bromfield, R. (2005). Terapia de juego psicoanalítica. En Schaefer, C. (Ed). (2005). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Brunetti, J. y Ormart, E. *Introducción a la teoría psicoanalítica*. Recuperado en Eticar. Ética y educación <http://www.eticar.org/descargas/Introduccion%20a%20la%20teoria%20psicoanalitica.pdf> 14 de diciembre 2013
- Cacheux, J. (2008). *Mecanismos de defensa en madres que se autoperciben como maltratadoras: un estudio exploratorio*. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM. México.
- Carroll, F. (2009). Gestalt play therapy. En O'Connor, K. y Broverman, L. (2009). *Play therapy. Theory and practice. Comparing theories and techniques*. USA: John Wiley & Sons Inc.
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to play therapy*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Cedeño, K y Nava, B. (2010). *Activación psicomotriz para potenciar los aprendizajes en educandos de 3º y 4º año de primaria con un enfoque constructivista*. Informe de Prácticas de Licenciatura, UNAM. México.
- Charbert, C. (2000). Los funcionamientos fronterizos ¿Qué fronteras? En André, J (Dir.) (2000). *Los estados fronterizos ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Chávez-León, E., Ng, B. y Ontiveros-Urbe, M. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Revista Salud mental*. 29 (5). p. 16-24.
- Cordera, T. (2008). *Saúl: ¿todo es un problema de reglas?* Reporte de Experiencia profesional de Maestría en Psicología, UNAM. México.
- Cornejo, L. (1996). *Manual de terapia infantil gestáltica*. España: Desclée Brouwer.
- Díaz, I. (1994). *Técnicas de la entrevista psicológica* México: Pax. Cap. 2

Drewes, A. (2011). Integrating play therapy theories into practice. En Drewes, A., Bratton, S. y Schaefer, C. (Ed.) (2011). *Integrative play therapy*. New Jersey: John Wiley and Sons.

Etchegoyen, R. (2002). *Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Argentina: Amorrortu. Cap. 25

Espinosa, F. (2010). *La técnica del arenero como herramienta de diagnóstico y tratamiento en psicoterapia infantil*. Reporte de experiencia profesional de Maestría en Psicología, UNAM. México.

Esquivel, F., Heredia, M. y Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.

Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno. Cap. 1 y 3.

Etimología de símbolo (2014) recuperado en <http://etimologias.dechile.net/?si.mbolo> 30 de julio 2014.

Farlex Dictionary (2014). *Significado de simbolizar*. Recuperado en <http://es.thefreedictionary.com/simbolizar> 30 de julio 2014.

Ferreiro, E. y Volnovich, J. (1981). Supuestos cognoscitivos en psicoterapia psicoanalítica de niño. En Diatkine, R., Ferreiro, E., García, E., Lebovici, S. y Volnovich, J. (1981). *Problemas de la interpretación en psicoanálisis de niños*. España: Gedisa.

García, S. (2007). Simbolización y experiencia analítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. V. 104 p. 7-22

Garma, A. (1978). *El psicoanálisis, teoría, clínica y técnica*. Argentina: Paidós. Cap. 3.

- Gil, E. y Sobol, B. (2005). Engaging families in therapeutic play. En Bailey, C (Ed.) *Children in therapy. Using the family as a resource*. USA: Norton.
- González, J. y De las Cuevas, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Revista Psiquis* 13 (8) pp 287-324.
- González, L. y Velasco, D. (2010). *Fractura del aparato psíquico: trastorno de identidad disociativa e histeria*. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM. México.
- Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu. Cap. 3
- Green, A. (2000). Génesis y situación de los estados fronterizos. En André, J (Dir.) (2000). *Los estados fronterizos ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis?* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hall, C. (1988). *Compendio de psicología freudiana*. México: Paidós.
- Hendrick, I. (1950). *Hechos y teorías del psicoanálisis*. Argentina: Sudamericana.
- Jaime, J. (2008). *Psicoterapia breve focalizada en el intento suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad*. Tesis Doctoral de Psicología. México: UNAM.
- Jiménez, J. y Jiménez, I. (1995). *Psicomotricidad. Teoría y programación*. España: Escuela Española.
- Kernberg, O. (1987a). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós.
- Kernberg, O., (1987b). *Trastornos graves de personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. México: Manual Moderno. Cap. 1.
- Kernberg, P, Weiner, A. y Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.

- Klein, M. (1926). Principios psicológicos del análisis infantil. En Klein, M. (1986). *Principios del análisis infantil*. Argentina: Horme.
- Klein, M. (1930). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. En Klein, M. (1974) *Obras completas Contribuciones al psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós Horme V.7
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En Klein, M. (1974) *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós. V. 3
- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. En Klein, M. (1975). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1955). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. En Klein, M. (1975). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1957). Envidia y gratitud. En Klein, M. (1975). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1957). Los orígenes de la transferencia. En Klein, M. (1975). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Barcelona: Paidós.
- Landreth, G. (1991). *Play therapy: the art of the relationship*. USA: Accelerated Development Inc. Cap. 2 y 3.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lee, A. (2009). Psychoanalytic play therapy. En O'Connor, K. y Broverman, L. (2009). *Play therapy. Theory and practice. Comparing theories and techniques*. USA: John Wiley & Sons Inc.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. México: Enlace Editorial.

- Munns, E. (2011). Integration of Child-Centered Play Therapy and Theraplay. En Drewes, A., Bratton, S. y Schaefer, C. (Ed.) (2011). *Integrative play therapy*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Oaklander, V. (2005). Terapia de juego Gestalt. En Schaefer, C. (Ed). (2005). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno
- Oaklander, V. (2009). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes*. Chile: Cuatro Vientos.
- Oaklander, V. (2010). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Chile: Cuatro Vientos.
- O'Connor, K. (2002). The value and use of interpretation in play therapy. *Profesional psychology: research and practice*. 33 (6), 523-528. doi: 10.1037//0735-7028.33.6.523
- O'Connor, K. (2014). *Usando la interpretación en terapia de juego*. Conferencia en el 6º Congreso Internacional de Terapia de Juego de la Asociación Nacional de Terapia de Juego. Cholula, Puebla.
- Obregón, N. (2002). *Análisis del movimiento integracionista en psicoterapia: consideraciones para futuras propuestas integrativas*. Tesis de licenciatura UNAM, México.
- Opazo, R. y Bagladi, V. (s.f.). *Historia del modelo integrativo en Chile*. Recuperado en http://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/12/historia_modelo_integrativo.pdf 26 de mayo 2014.
- Padilla, M. (2003). *Psicoterapia de juego*. México: Plaza y Valdés.
- Paz, C., Pelento, M. y Olmos, T. (1976). *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos. I. Historia y conceptualización*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Phares, J. (1996). *Psicología clínica. Concepto, método y práctica*. México: Manual Moderno. Cap.12

- Pérez, R. (2004). *Psicomotricidad. Teoría y praxis del desarrollo psicomotor en la infancia*. España: Ideas Propias.
- Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil* (2002). Facultad de Psicología, UNAM.
- Rodríguez, S. (1986). *Salud mental del niño de 0 a 12 años. El aparato psíquico y los estados de ansiedad en la niñez*. Costa Rica: EUNED.
- Ruiz, V. (2013). *Terapia de juego Gestalt*. Diapositivas presentadas en clase 22 marzo 2013.
- Salama, H. (1988). *El enfoque Gestalt. Una psicoterapia humanista*. México: Manual Moderno
- Schaefer, C. y Drewes, A. (2012) Poderes terapéuticos del juego y la terapia de juego. En Schaefer, C. (Ed). (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Segal, H. (1957) Notas sobre la formación de símbolos. *International Journal of Psycho-Analysis*. XXXVIII (6). En traducción de Urtbey, L. (1966) *Revista Uruguay de Psicoanálisis*. VIII (03).
- Segal, H. (2010). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.
- Slochwer, J. (2014). *Holding and psychoanalysis. A relational perspective*. New York: Roudtledge.
- Vels, A. (1990). *Los mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalítico*. España: Agrupación de Grafologistas Constitutivos. Recuperado en http://www.grafoanalisis.com/Mecanismos_de_defensa_Vels.pdf 14 de diciembre 2013.
- West, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.
- Winnicott, D. (1979). *Realidad y juego*. España: Gedisa.



Test del Dibujo de la Familia Kinética

WISC-IV

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

Nombre del niño:

Examinador: Alejandra Peralta

Estimación de la edad del niño

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2013	01	15
Fecha de nacimiento	2004	10	21
Edad a la evaluación	8	2	25

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuaciones escalares	
Diseño con cubos	22	10	10
Similitudes	17	12	12
Retención de dígitos	15	12	12
Conceptos con dibujos	13	10	10
Cloves	29	8	8
Vocabulario	18	7	7
Secuencia de números y letras	13	10	11
Matrices	17	11	11
Comprensión	16	10	10
Búsqueda de símbolos	20	12	12
(Figuras incompletas)		()	
(Registros)			()
(Información)		()	
(Aritmética)			()
Palabras en contexto (Pistas)		()	
Suma de puntuaciones escalares	29	31	22

* Para puntuación escalar de subpruebas, véase tabla C-1. Intervalo de aplicación

	Todas las 10 subpruebas*	3 de Comprensión verbal	3 de Razonamiento perceptual
Suma de puntuaciones escalares	105	29	31
Número de subpruebas	+10	+3	+3
Puntuación media	10.5	9.6	10.2

* La media total se calcula a partir de las 10 subpruebas esenciales.

Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de 95%
Comprensión verbal	29	98	45	94-105
Razonamiento perceptual	31	102	55	94-109
Memoria de trabajo	22	104	61	96-111
Velocidad de procesamiento	20	100	50	91-109
Escala Total	102	102	55	91-109

Manual Moderno®
D.R. © 2005 - (remanutrición)
Ediciones 12 Manual Moderno, S.A. de C.V.
A.P. Insurgentes 206, Col. Hipódromo, 06100 México, D.F.

MP
75-3

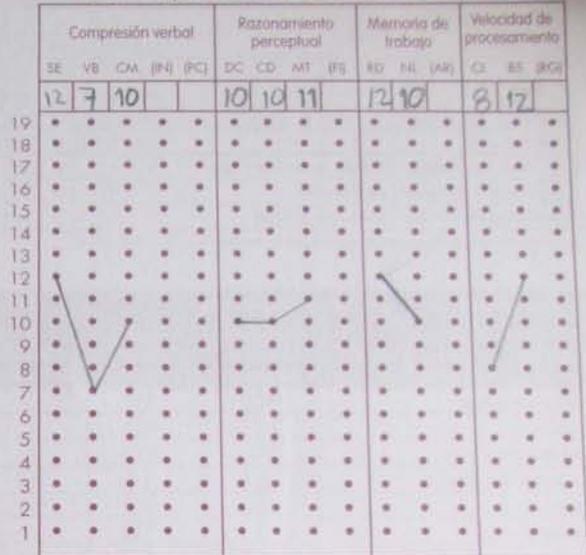
**Traducido y adaptado con permiso. Copyright © 2003 por The Psychological Corporation, U.S.A. Traducción al Español copyright © 2005 por The Psychological Corporation, U.S.A. Ediciones originales en Español D.R. © 2007 por Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V., México. Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de fetching perforados o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiado, registrado, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

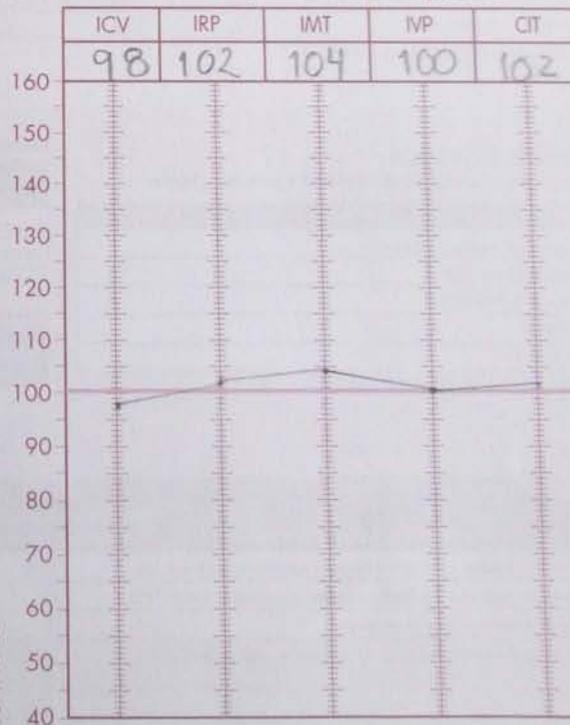
ISBN 978-729-262-8 (Protocolo de registro)
ISBN 978-729-262-X (Prueba completa)

Protocolo de registro

Perfil de puntuaciones escalares de subprueba



Perfil de puntuaciones compuestas



Perfil de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños- IV

Calificación e Interpretación de la es escala de Motricidad de la escala McCarthy.

Puntuaciones por subprueba:

Coordinación de piernas:

Actividad	Puntuación
1. Caminar hacia atrás.	0
2. Caminar de puntillas.	2
3. Caminar sobre una línea recta.	1
4. Mantenerse sobre el pide derecho.	2
5. Mantenerse sobre el pie izquierdo.	2
6. Salto.	3
Total	10 puntos.

Coordinación de brazos:

Actividad	Puntuación
1. Botar pelota	3 (5 botes)
2. Atrapar la bolsa	0 (ambas) 1 (derecha) 0 (izquierda)
3. Tiro al blanco	2 (derecha un intento) 0 (izquierda)
Total	6 puntos

Acción imitativa:

Actividad	Puntuación
1. Cruzar los pies	1
2. Entrelazar las manos	1
3. Girar los pulgares	1
4. Mirara a través de un tubo	1 (OI)
Total	4

Copia de dibujos:

Dibujo	Puntuación
1	1
2	1
3	1
4	2
5	1
6	2
7	2
8	1
9	1
Total	12 puntos

Dibujo de un niño:

Elemento	Puntuación
Cabeza	2
Cabello	1
Ojos	1
Nariz	0
Boca	1
Cuello	0
Tronco	2
Brazos-manos	2
Colocación brazos	1
Piernas-pies	2
Total	12 puntos

En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones de cada sub test y la puntuación total de la escala de motricidad:

Subtest	Puntuación
Coordinación de piernas	10
Coordinación de brazos	6
Acción imitativa	4
Copia de dibujos	12
Dibujo de un niño	12
Total	44

Lateralidad:

Mano: derecha

Ojo: izquierdo

La puntuación de 44 indica una puntuación típica (índice) de menos de 22.

Lo cual indica que su motricidad está severamente disminuida.

Relatos del Test de Apercepción Temática para Niños, con figuras de animales (CAT-A).

Lámina 1.

Una pollita le está haciendo de comer, entonces les sirve a los pollitos que tenían mucha pero mucha hambre se sentaron en la mesa y empezaron a comer.

¿Qué pasó antes? Les dieron de comer.

¿Qué paso después? Desayunaron en la mesa.

Lámina 2.

¡Ay!

La familia de un osito estaba jugando a tirar la cuerda, a ver quién es el más fuerte, pero el más fuerte era el oso más grande (él que esta solo).

¿Qué pasó antes? Formaron equipos y agarraron la cuerda

¿Qué paso después? Decidieron que él era el más fuerte y no era suficiente para seguir porque el oso grande (solo) necesita un acompañante.

Lámina 3.

Había un león que estaba muy aburrido, así a un agujero escucho él ratón, dijo el león ¡ay estoy tan aburrido! y él dijo (el ratón) necesitas compañía y por eso yo seré tu amigo. Y el león se sintió feliz y empezaron a jugar hasta que fueron viejitos y ya.

¿Qué pasó antes? Estuvo aburrido

¿Qué paso después? El ratón lo oyó y salió y se hicieron amigos.

Lámina 4.

Están dos venados de campo así que se fueron en su bicicleta, uno está en su bicicleta y uno estaba saltando, así que se fueron al bosque y vieron que había muchos daños así que se fueron a su casa, y vieron que tenían mucha comida y la decidieron guardar para mucho rato y cuando estuvieron en casa se la comieron, listo.

¿Qué pasó antes? Fueron al bosque.

¿Qué paso después? Nada.

Lámina 5.

Oye pero ni sé que son estos.

Había una osita mayor que era la mamá que tuvieron dos bebés...se fueron a dormir...pero los bebés nunca se habían separado así que, que, que, los decidieron poner en camas diferentes pero eso no resulto, así que los separaron, uno está en una escuela primaria y otro en la secundaria y fueron creciendo poco a poco y fin.

¿Qué pasó antes? Están solitos y ya.

¿Qué paso después? Ya tenían todo el tiempo, iban a recogerlos y ya no tenían tiempo de salir y ya.

Lámina 6.

¡Ay!.

Había, es de la misma eh.

Y se mudaron a otro, a otro, a otra cueva, así que cada uno se separó y ya estuvieron felices, su mamá nunca los dejó de vigilar, así que siempre estuvo en su casa y decidieron esconderse para que no los viera juntos, y fin.

¿Qué pasó antes? Ah fueron bebés.

¿Qué paso después? Su madre no los encontró.

Lámina 7.

El león era el más feroz de todos y el peor enemigo era el mono así que cuando veía al mono, así que y...se lanzaba entre ellos y el mono no podía hacer nada, así que decidieron un plan acecharle de noche para que no los viera el león, pero eso no resultó, porque el león siempre acecha.

¿Qué pasó antes? El león los acechaba.

¿Qué paso después? Que decidieron un plan pero no funcionó.

Lámina 8.

Había una familia de monos dos estaba tomando té y uno de los monos le estaba secreteando al otro. Y había un marco en la pared que era de una abuelita mono, ella está muy triste era un fantasma y mientras ellos estaban haciendo la abuelita estaba muy triste, y los otros dos monos, había una, una madre que decidió que se fuera a jugar pero tranquilamente el niño.

¿Qué pasó antes? La abuelita estaba triste y había dos monos que tomaban té.

¿Qué paso después? Que el niño se fue a jugar tranquilamente.

Lámina 9.

Había dos conejitos uno era un macho y la otra era hembra, y tuvieron una niña hermosa, pero cuando era de noche la niña se paraba de su cuna, y estaba abierta la puerta así que entraba mucho frío en la casa y amanecían con frío sus papás, así que siempre estaban así y le preguntaban si ella no había dejado la puerta abierta y decía que no, era muy mentirosa así que ella dormía tranquilamente.

¿Qué pasó antes? Se casaron los papás y entonces nació la niña.

¿Qué paso después? Entraba mucho frío a sus papás.

Lámina 10.

Había una cachorrита muy graciosa que quería no quería beber del retrete, así que su madre la obligaba, pero a ella no le gustaba y siempre traía ese lunch, el que llevaba a la escuela. Pero un día decidió (la cachorrита) que no era tan mala (el agua) y la tomó y era tan mala y sacó el retrete y la aventó para afuera y no olía tan mal agua del retrete.

¿Qué pasó antes? Que la cachorrита no quería tomar agua.

¿Qué paso después? Que su madre la obligaba y aventó al retrete a la ventana.