



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**DIFERENCIACIÓN ENTRE FANTASÍA Y REALIDAD EN UN NIÑO CON
ALGUNOS FUNCIONAMIENTOS PSICÓTICOS**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OPTAR POR EL GRADO
DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

BLANCA ADELINA NAVA LÓPEZ

DIRECTORA: MTRA. ROCIO NURICUMBO RAMÍREZ – FACULTAD DE PSICOLOGÍA
U.N.A.M.

REVISORA: DRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA – FACULTAD DE PSICOLOGÍA
U.N.A.M.

MIEMBROS DEL COMITÉ:

DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ - FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA U.N.A.M.

DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO – FACULTAD DE PSICOLOGÍA U.N.A.M.

MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ – FACULTAD DE PSICOLOGÍA
U.N.A.M.

CIUDAD DE MÉXICO. MARZO 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A Dios, por la vida, por guiar mi caminar y siempre estar cerca en cada experiencia.

A ti mamá, por todo tu amor, compañía, escucha, aliento y corazón generoso. Por tu impulso y todo el orgullo que me muestras.

A ti papá, por mostrarme lo que es la fortaleza y el valor de seguir siempre de pie y hacía adelante.

A ti “Arturín”, por tu presencia, compañía, cariño y por cada abrazo que decía más que mil palabras.

A mi querida tía Rosy, a ti mi amiga, guía y confidente. Desde que recuerdo has acompañado mis pasos sin importar la distancia ni el tiempo. Mil gracias por siempre compartir mis lágrimas y risas.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo concedido para mis estudios de maestría y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), mi Alma Máter.

A las profesoras de la Residencia en Psicoterapia Infantil quienes con toda su experiencia y conocimiento fueron piezas fundamentales en mi formación.

Mtra. Rocío Nuricumbo. A ti mi estimadísima tutora que con tu gran paciencia me acompañaste en el camino durante mi formación y en estos últimos pasos de la maestría, motivaste mi caminar y diste dirección a mi trabajo. Gracias por todo tu aliento, por las muchas horas dedicadas y gran disposición mostrada. Con gran cariño ¡Muchas, muchas gracias!

Mtra. María Cristina Heredia. Muchas gracias por ser una de las primeras personas en confiar en mí para emprender este camino en la psicoterapia, por encaminarme en esta aventura. Por las horas dedicadas en la tutoría, por la sensibilidad, el interés genuino y por seguir al pendiente aún después. Muchas gracias por la calidez que quedó presente y ha continuado hasta hoy.

Mtro. Francisco Espinosa. Innumerables son las cosas que tendría que agradecerte. Por la presencia constante, la escucha empática, por cada momento compartido en supervisión, por la guía otorgada, por las sugerencias hechas, por las angustias contenidas, por la motivación brindada, por todo el tiempo regalado, por la amistad compartida, por ser parte de este camino de principio a fin. En suma, por ser uno de los pilares que me sostuvo en momentos difíciles y por alegrarte conmigo también en los momentos gozosos. ¡Infinitas gracias!

A la Dra. Fayne Esquivel Ancona. Por el tiempo y disposición para la revisión de este trabajo, así como por sus valiosos comentarios e invitación a reflexionar y profundizar en el conocimiento.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez – Maqueo por todo el apoyo durante la maestría, por los conocimientos brindados y por formar parte del comité para este trabajo.

A la Dra. Edith Romero Godínez por formar parte del comité de este trabajo.

A mi querida Alejandra, a ti compañera, colega y amiga. Eres la persona con la que más tiempo compartí durante la maestría y me alegro mucho de que haya sido así. Fuiste la mejor compañía que pude haber tenido, en las pruebas y las alegrías. Enriqueciste mi vida con tu profesionalismo y gran humanidad. Gracias por ser parte de este camino y por seguir presente.

A mi querida Erandi, sin duda te he dedicar una buena parte de esta meta lograda. Estimadísima compañera de “borracheras tesísticas”. Tu escucha, palabras y compañía fueron alimento para mi alma en momentos de duda e incertidumbre, en momentos grises y cuando la “marea negra” se presentaba. ¡Gracias, hermosa luna que guío varias de mis noches oscuras!

A todos mis compañeros, colegas y amigos de la maestría: Gracias Liz por ser ejemplo de fortaleza, amabilidad, perseverancia y trabajo duro; Ile por alegrar el camino con tus cálidos colores y amor por la vida; Dany por tu elegancia, sencillez y franca amistad; Mary por tu profesionalismo y espíritu fuerte; Toño por tu calidez y mostrarme la importancia de la fidelidad a uno mismo; Caty por equilibrar mi ser con tu flexibilidad y mente abierta; Brenda por ser muestra de la búsqueda constante de hacer y ser siempre lo mejor; Marce por mostrarme que la adversidad no es pretexto para no luchar y María cuya mente inquieta e incansable motiva siempre a repensar. Cada uno me aportó tanta riqueza que no terminaría de nombrar sus cualidades y toda la admiración que me despiertan.

A mi querida Itzelita, gracias por “los regaños”, la “presión” y la siempre infaltable pregunta “¿Cómo va la tesis?” Mil gracias por tu apoyo y presencia incondicional, por tus palabras, a veces fuertes pero siempre dichas con afecto y honestidad. Por ser mí ejemplo de lucha incansable y superación, pero sobre todo por todo tu cariño e invaluable amistad.

A mí querida Ofe, por tu corazón enorme, por tu escucha, compañía, por tu presencia única, por tu tiempo, por tus palabras y cariño. Por mostrarme que la vida siempre tiene algo más que descubrir y vivir.

A mi querida Karla S. quien pese a las pausas, dificultades de tiempos y espacios, reapareces en los momentos propicios con las palabras necesarias y con tu hermoso afecto. ¡Mil gracias!

A mi querida Pao, por dejarme compartir tanto, por tu confianza, por tu presencia, escucha, apoyo y varios años de amistad. Por el ánimo brindado para alcanzar ésta meta que sabes tan importante para mí.

A Sergio, cuya amistad valoro mucho. Por estar al pendiente y animar el poder alcanzar esta meta. ¡Muchas gracias!

A Silvia por acompañarme en el camino hacía mi misma.

A las profesoras: Mtra. Patricia Moreno, Mtra. Cecilia Morales y la Dra. Irene Muria quienes confiaron en mí desde antes de iniciar ésta aventura llamada posgrado.

Al Centro Comunitario San Lorenzo, en especial al área de psicología por ser un lugar muy especial en mi formación como psicoterapeuta infantil.

A la Mtra. Guadalupe Núñez, por todo el apoyo y confianza en mi trabajo profesional.

A quienes he tenido la oportunidad de conocer y de quienes me he enriquecido con su profesionalismo, calidad humana y de quienes me atrevo a presumir su amistad. ¡Muchas gracias; Brenda C., Xochitl, Ana, Hugo, Cony, Adriana, Karla, Here y Anayensi!

Y no podía faltar el pequeño Pedro y su familia, donde quiera que estén ahora. Por todo lo que aportaron a mi vida profesional y personal. Colocando uno de los mayores retos profesionales que haya tenido hasta ahora y del que he aprendido como de ningún otro.

A todos los niños y niñas con los que he trabajado así como a sus padres, por la confianza brindada y todo el aprendizaje obsequiado.

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo 1. Fantasía y Realidad.....	8
1.1 Hallazgos de la investigación	8
1.2 Concepto de fantasía.....	13
1.3 Funciones de la fantasía.....	17
1.4 Desarrollo del sentido de realidad	21
Capítulo 2. Vicisitudes de la elaboración de la fantasía desde la teoría de Melanie Klein y Donald Winnicott.....	25
2.1 Fantasías y mecanismos de defensa en las posiciones esquizo - paranoide y depresiva	25
2.1.1 Mecanismos esquizoides.	25
2.1.2 Escisión.	28
2.1.3 Introyección y proyección.....	30
2.1.4 Relaciones objetales esquizoides.	34
2.1.5 La posición depresiva con relación a la posición esquizoparanoide.....	35
2.1. 6 Proceso de simbolización.....	37
2.1.6.1 Función del juego simbólico.....	42
2.2 Transicionalidad desde Donald Winnicott	46
2.2.1 Ilusión – desilusión.	48
2.2.2 Objeto y fenómenos transicionales.	50
2.2.3 Relación del objeto transicional con el simbolismo.	55
2.2.4 Patología en la transicionalidad.....	57
Capítulo 3. Descripción y comparación de la organización limítrofe y psicótica de la personalidad desde el modelo psicodinámico	59
3.1 Dinámica de la personalidad psicótica según Bion.....	60
3.2 Organización psicótica y limítrofe de la personalidad	65
3.2.1 Elementos de la organización psicótica y limítrofe.	66

3.2.2 Génesis de las organizaciones limítrofes y psicóticas.....	69
3.2.3 Mecanismos de defensa y dinámica en la organización psicótica y limítrofe.	71
3.3 Recursos técnicos desde el modelo psicodinámico y el modelo ecosistémico	75
3.3.1 Materiales.	77
3.3.2 Intervenciones.....	78
3.4 Tratamiento de pacientes psicóticos y limítrofes desde el modelo psicodinámico..	83
3.4.1 Tratamiento para la organización psicótica.	84
3.4.1.1 <i>Propósitos de tratamiento.</i>	85
3.4.1.2 <i>Características de la intervención.</i>	89
3.4.1.3 <i>La interpretación.</i>	92
3.4.2 Tratamiento para la organización limítrofe.....	93
3.4.2.1 <i>Propósitos de tratamiento.</i>	93
3.4.2.2 <i>Características de la intervención.</i>	97
3.4.2.3 <i>La interpretación.</i>	101
3.4.3 Contratransferencia.....	104
Capítulo 4. Método.....	106
4.1 Pregunta de investigación.....	106
4.2 Justificación	106
4.3 Objetivo general.....	107
4.4 Objetivos específicos	108
4.5 Tipo de estudio.....	108
4.6 Participante.....	108
4.7 Escenario.....	109
4.8 Procedimiento	110
Capítulo 5. Presentación del caso	112
5.1. Etapas del proceso terapéutico	128
5.1.1 Primera etapa de tratamiento: Exploración, desorganización y confusión.	128
5.1.1.1 <i>Sesión muestra de la primera etapa de tratamiento.</i>	129
5.1.1.2 <i>Funcionamiento psíquico durante la primera etapa de tratamiento.</i>	135

5.1.1.3 Temas de la primera etapa de tratamiento	138
5.1.2 Segunda etapa de tratamiento: Surgimiento de temáticas de mayor claridad y uso del juego simbólico	144
5.1.2.1 Sesión muestra de la segunda etapa de intervención	144
5.1.2.2 Funcionamiento psíquico durante la segunda etapa de tratamiento	149
5.1.2.3 Temas de la segunda etapa de tratamiento	153
5.1.2.4 Sesión 19. Seguimiento con los padres	156
5.1.3 Tercera etapa de tratamiento: Temáticas de mayor claridad vinculadas a temáticas reales	158
5.1.3.1 Sesión muestra de la tercera etapa de tratamiento	160
5.1.3.2 Funcionamiento psíquico durante la tercera etapa de tratamiento	165
5.1.3.3 Temas de la tercera etapa de tratamiento	168
5.1.3.4 Último seguimiento con los padres	172
5.2 Contratransferencia	173
Capítulo 6. Discusión y conclusiones	177
Referencias	195
Anexos	202

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo identificar los elementos del proceso psicoterapéutico que permitieron ayudar a diferenciar entre la fantasía y la realidad a un niño de ocho años con algunos funcionamientos psicóticos, que se reflejaban en dificultades en la simbolización, fallas en las funciones cognitivas, representación de sí y del objeto, reflexividad yoica y relaciones interpersonales. El proceso tuvo una duración de 24 sesiones incluyendo la evaluación psicológica y la intervención. Se utilizó principalmente un modelo psicodinámico incorporando técnicas actualizadas de otras orientaciones.

Se revisaron los conceptos de fantasía y su función en el desarrollo psíquico, así como sus procesos de elaboración; el origen y la dinámica del funcionamiento psicótico y limítrofe además de su tratamiento en la infancia.

El proceso se dividió en tres etapas de acuerdo a los avances en la capacidad de simbolización. Se concluye que la evaluación y tratamiento de niños con funcionamientos psicóticos y problemas en la simbolización, requieren importantes adecuaciones y un conocimiento profundo del desarrollo, considerando tanto factores internos como externos del niño, su familia y el entorno. Para ello la psicoterapia infantil, cuenta con recursos valiosos para favorecer la integración psíquica a partir del trabajo con las fantasías, considerando que lo normal o lo anormal depende de la relación de la fantasía con la realidad, y de cómo la fantasía es procesada y elaborada (Isaacs, 1967).

Palabras clave: Intervención en niños, fantasía, realidad, simbolización, objeto transicional.

Introducción

El presente trabajo es resultado de las competencias profesionales adquiridas durante mi formación académica en la Residencia de Psicoterapia Infantil de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A través de la presentación y análisis de un caso clínico, que integró tanto los aspectos teóricos como los metodológicos, se mostrarán las habilidades desarrolladas en investigación, psicodiagnóstico y tratamiento integral en el ámbito infantil.

En los últimos años el interés por la salud mental ha ido adquiriendo relevancia entre la población. Se ha comenzado a desarrollar mayor conciencia del impacto que tiene en la calidad de vida, incluso desde edades tempranas se puede hacer un trabajo, tanto de prevención, intervención e incluso de rehabilitación.

Los psicoterapeutas infantiles nos enfrentamos a diferentes retos, como responder a las demandas que vienen de los padres, de las escuelas y de los mismos niños, así como a “diagnósticos bien intencionados”, pero aventurados, que llegan a realizar tanto familiares, docentes u otros profesionales. Esto nos requiere una sólida formación que permita comprender y actuar ante las necesidades de los pacientes. Es así que programas de posgrado, como el de la Residencia en Psicoterapia Infantil, responden a esta necesidad (U.N.A.M., 2002).

Los niños pueden llegar a presentar diversas dificultades durante su desarrollo, pero suele ser hasta que alguien externo a la familia, generalmente alguna autoridad escolar, hace la observación de que algo no se encuentra bien, que se toma acción para buscar orientación para solucionar la situación (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007). Tal fue el caso del niño que motivó la realización de este trabajo. El niño presentaba problemas conductuales, de aprendizaje y de relación que fueron observados en la escuela, por lo que en ésta se sugirió a los padres buscar ayuda psicoterapéutica.

El interés se centró en la comprensión de la dinámica de fantasía del niño, dadas sus particularidades que, con frecuencia, mostraban un funcionamiento psíquico menos elaborado al esperado para su edad cronológica.

Regularmente, la fantasía suele sólo considerarse parte de las mentes infantiles; sin embargo, como se revisará más adelante, ésta forma parte de la vivencia humana durante toda la existencia, aunque la cualidad de la misma vaya cambiando (Wolley, 1997).

La fantasía y la realidad podrían parecer antagónicos; sin embargo, son engranajes del mismo aparato, y la dinámica entre ambas, varía de acuerdo a cómo se esté constituyendo el psiquismo (Padilla, 2003). De este modo, es importante comprender tanto su desarrollo normal como las posibles psicopatologías que pudieran presentarse para prevenir mayores dificultades en un futuro.

Dado lo anterior se planteó como objetivo principal, identificar los elementos del proceso psicoterapéutico que permitieron ayudar a diferenciar entre la fantasía y la realidad a un niño de ocho años con algunos funcionamientos psicóticos. Por lo cual se han desarrollado seis capítulos con los siguientes contenidos:

Capítulo 1. Fantasía y Realidad. Consiste en una observación a la investigación formulada en referencia a la fantasía en niños en edad escolar, así como sus principales hallazgos. Se incluye, también, una revisión a conceptos como la imaginación, la fabulación y el fantaseo, que pueden confundirse con el término de fantasía, a fin de aclarar cómo se entenderá ésta en el trabajo realizado; además del desarrollo del sentido de realidad y cuáles son las principales funciones de la fantasía durante la vida del individuo.

Capítulo 2. Vicisitudes de la elaboración de la fantasía desde la teoría de Melanie Klein y Donald Winnicott. Abarca un recorrido general por los principales aspectos relacionados con la elaboración de la fantasía, desde las teorías de Melanie Klein y Donald Winnicott, ya que ambas brindan información pertinente para entender el caso atendido. La primera teoría, por tratar la dinámica de la fantasía, los mecanismos de defensa que se desarrollan y la importancia de la simbolización en la elaboración de la fantasía para un desarrollo psíquico integrado. Además, se menciona el papel del juego simbólico en el desarrollo y en el tratamiento psicoterapéutico. El segundo autor, para la comprensión de las transiciones necesarias entre el mundo interno y externo.

Capítulo 3. Descripción y comparación de la organización limítrofe y psicótica de la personalidad desde el modelo psicodinámico. Ofrece un panorama de la dinámica de la personalidad a partir de modos de funcionar y no como la búsqueda de la etiqueta de un diagnóstico nosológico. Las organizaciones limítrofes y psicóticas pueden llegar a confundirse o traslaparse en algunos momentos, por lo que distinguir entre una y otra ayuda a identificar mejor los casos con estas características.

Se incluyen los aspectos que en el tratamiento pueden ser reajustados y las sugerencias desde la experiencia clínica e investigativa de expertos en el tratamiento de niños psicóticos y limítrofes.

Capítulo 4. Método. En este capítulo se puntualiza la pregunta de investigación que se intentó responder en este trabajo, la justificación del mismo, el objetivo general y los objetivos específicos, el tipo de estudio; una presentación general del participante, descripción de las características del escenario donde se realizó la intervención y el procedimiento que se eligió para la evaluación e intervención.

Capítulo 5. Presentación del caso. Se exponen las características principales del caso que son: historia clínica, evaluación, focos de intervención y el análisis del caso por etapas de intervención; temas trabajados, fantasías desplegadas y funcionamiento psíquico observado en el niño. También se presentan evidencias de la intervención con el niño y los padres, a través de sesiones típicas. Finalizando con un registro contratransferencial.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones. Por último, se focalizan y analizan los principales resultados de la intervención y se discute la pregunta de investigación.

Capítulo 1. Fantasía y Realidad

1.1 Hallazgos de la investigación

Es interesante observar que frecuentemente se ha tenido la creencia de que los niños pequeños de edades preescolares o menores, debido a su constante juego de “simulación” o simbólico, viven en un mundo de fantasía y por lo tanto les es difícil diferenciarlo de la realidad. No obstante la investigación cognitiva señala varios aspectos a tomar en cuenta antes de hacer tal aseveración.

Se ha visto por ejemplo, que los niños de tres años ya pueden distinguir entre la realidad y la fantasía (Bourchier y Davis, 2000, 2002; Carrick y Ramirez, 2012; Golomb y Kuresten, 1996; Sharon y Woolley, 2004; Skolnick y Bloom, 2006). Sin embargo, esta distinción no está totalmente establecida debido a que el proceso de diferenciación se da de forma continua y gradual durante el desarrollo (Woolley, 1997).

Lillard (como se citó en Bourchier y Davis, 2002) argumenta que hay tres formas en que la frontera entre la simulación y la realidad, podría no estar completamente desarrollada en niños pequeños:

- 1) Los niños pueden no tener una concepción de tal frontera, equiparando la simulación con la realidad. Resultando en un abuso de la representación, o una confusión sobre las propiedades y funciones de los objetos en el juego de simulación. Por ejemplo, un niño podría cometer el error de intentar comer un bloque de madera que representa una galleta, creyendo que realmente lo es.
- 2) Los niños podrían operar en términos de una frontera difusa, por lo que cualidades o características del simular frecuentemente se filtran en la realidad y la realidad en la simulación.
- 3) Finalmente, la frontera entre el simular y la realidad podría estar firmemente establecida, sin embargo, podría presentar confusión sobre el estado de ciertos elementos particulares del simular y la realidad.

Por su parte, Wellman y Estes (como se citó en Bourchier y Davis, 2002) proponen tres criterios básicos para diferenciar entidades mentales tales como pensamientos, sueños, recuerdos y el juego de simulación de las entidades reales:

- 1) Evidencia sensorial: Sí puede o no ser visto, tocado y ocupa su propio estado físico.
- 2) Su existencia pública: Sí otra persona experimenta la entidad de forma similar.
- 3) Existencia consistente: Sí la entidad continúa existiendo una vez que un individuo deja de representarla mentalmente.

Bourcheir y Davis (2002) revisaron una serie de investigaciones con respecto a la diferenciación entre fantasía y realidad, la mayoría realizada con niños preescolares de entre tres y cinco años. Estos autores encontraron que los resultados con frecuencia resultan contradictorios, pues varios de ellos concluyen que los niños desde los tres años, pueden hacer esta discriminación pero algunos otros han encontrado que puede haber algunas confusiones aún más adelante (Bourcheir y Davis, 2000; Woolley, 1997).

Sin embargo, es posible que las “contradicciones” se deban a otros factores relacionados al cómo se aborda dicha problemática en cada investigación y que suele esperarse un resultado de todo o nada en la forma en que se mide la diferenciación entre fantasía y realidad.

Hay evidencia relevante de que los niños preescolares han alcanzado importantes logros, incluso más allá de lo que generalmente se piensa.

A continuación se enumeran algunos de estos hallazgos de la investigación:

- A la edad de tres años, los niños pueden distinguir una entidad mental tal como un pensamiento o una imagen, de los objetos reales que los representan (Estes y Wellman como se citó en Woolley, 1997).
- A los tres años identifican también que lo imaginario y las entidades de los sueños, tienen diferentes propiedades que las cosas físicas (Estes et al., 1989; Harris et al., 1991; Wellman y Estes como se citó en Woolley, 1997). Sin

embargo, parece ser que no están seguros sobre si simplemente imaginar algo puede causar que realmente ocurra.

- Woolley y Wellman (como se citó en Woolley, 1997) reportan que muchos niños de alrededor de tres años, tienden a creer que la imaginación refleja o crea la realidad, estos autores lo llaman error de la ficción real (true fiction error).
- Rothbaum y Weisz (como se citó en Woolley, 1997) describieron un “estadio mágico” de los 2 a los 6 años de edad, en el cual el destino de los objetos y eventos, es determinado por pensamientos y acciones que en realidad no influyen en ellos.
- Los niños de entre 3 y 5 años, hacen la distinción entre los procesos que pasan en el mundo real versus el tipo de procesos que “podrían pasar sólo con magia”. Estos niños cuando se enfrentan ante acontecimientos que violan sus expectativas, tienden a dar explicaciones mágicas (Browne y Woolley, 2004), pero esto último también se ha observado en adultos (Woolley, 1997).
En el caso de los niños menores de cuatro años, esto no significa que haya una confusión entre fantasía y realidad. La tendencia a explicar eventos usando fuerzas mágicas, está relacionado a su conocimiento del fenómeno físico o mental en cuestión y no a una confusión en sí misma.
- Entre los cuatro y cinco años, los niños identifican y diferencian entidades reales con base en sus propiedades físicas, psicológicas y biológicas (Sharon y Woolley, 2004).
- Carrick y Ramirez (2012) observaron que niños de entre 3 y 5 años, aceptan con mayor frecuencia la posibilidad de que un hecho que les provoca felicidad o tristeza pueda ocurrir, pero no uno que puede serles “aterrador”. Por lo que estos autores, deducen que la intensidad y el tipo de emoción es un factor importante en el manejo de la realidad.
- Zisenwine et al. (2013), observaron que en una muestra clínica de niños preescolares (con pesadillas recurrentes) había una diferencia significativa en su capacidad de diferenciar fantasía y realidad y que esto les predisponía a la emergencia y persistencia de algunos miedos.

- Vinculado a lo anterior, en momentos en los que se presentan emociones intensas, los individuos pueden interpretar la realidad acorde a las emociones que ellos experimentan (Woolley, 1997; Bouchier y Davis, 2002).

Algunos autores, han decidido probar hipótesis más allá de si los niños preescolares pueden o no diferenciar la fantasía de la realidad y han hecho hallazgos importantes:

Golomb y Kuersten (1996), realizaron un estudio con niños preescolares en el que se interrumpía su juego “rompiendo” las reglas del mundo imaginario y se observaba su reacción y la capacidad de estos para volver al juego. A partir de sus hallazgos, afirman que los niños desde los tres años, son capaces de “entrar y salir” del juego simbólico de manera flexible, sin embargo, esta capacidad se va consolidando hacia los 5 años.

Pero la aseveración que más llama la atención, es que estos autores concluyen también, que el modo de pensamiento durante el juego de simulación o simbólico no es excluyente ni antagonista del utilizado en la realidad y que ambos pensamientos funcionan de forma paralela, aunque el modo de pensamiento imaginario predomine durante el juego. La realidad y la fantasía interactúan todo el tiempo influyéndose mutuamente.

Sumando aún más a la evidencia de que el pensamiento del niño es más complejo de lo que parece, encontramos los estudios realizados por Skolnick y Bloom (2006; 2009), en el que interrogaban a adultos, y niños de entre 4 años 10 meses y 6 años 3 meses, sobre si pensaban que distintos personaje de historias y caricaturas eran reales o no. El resultado muestra que pueden hacer esta distinción y que incluso su nivel cognitivo, les permite saber que para personajes de distintos “mundos imaginarios” los otros personajes no son “reales” (por ejemplo; Bob Esponja no es real para Batman y viceversa). Sin embargo en este estudio, se encontró algo interesante y es que cuando a un grupo experimental, se le preguntó: “¿Robin es real para Batman?” los niños respondieron de forma significativa que no. Pero cuando a otro grupo, se le preguntó antes: “¿Batman puede ver a Robin?, ¿Tocarlo?, ¿Hablarle?” y se concluía

con la pregunta “¿Robin es real para Batman?”, los niños contestaron de forma significativa que sí.

Skolnick y Bloom (2006) explican que en el primer caso, al parecer a los niños les cuesta trabajo tomar la perspectiva del personaje, por lo que si para ellos no es real, tampoco lo debe ser para este. Esta habilidad de tomar la perspectiva de otro para situaciones no tangibles, es conocida como “toma de perspectiva conceptual” o “teoría de la mente” (Landy, 2009) y se ha observado que niños menores de 5 años, tienen dificultades para considerar distintos puntos de vista de un mismo objeto o situación. Sin embargo, los resultados sugieren que con preguntas de apoyo los niños pueden llegar a conclusiones más certeras, lo cual recuerda la zona de desarrollo próximo descrita por Vygotsky (como se citó en Papalia, Wendkos y Duskin, 2005) y si ligamos esto al campo clínico, da cuenta también de evidencia empírica sobre la posibilidad de hacer intervenciones, que ayuden a los niños a pensar de una forma más avanzada en su lógica interna y por consiguiente movilizar su mundo interno.

Otro punto importante a remarcar y recordar, es que el desarrollo de la distinción entre fantasía y realidad es gradual y continuo (Woolley, 1997). Es posible que éste pueda durar toda la vida, sin llegar a consolidarse por completo, pues el pensamiento mágico puede observarse con más frecuencia en niños que en adultos, pero se ha observado que en ciertas situaciones los adultos presentan regresiones a este tipo de pensamiento (Piaget como se citó en Woolley, 1997), tales situaciones incluyen las siguientes:

- 1) Imitación involuntaria.
- 2) Ansiedad.
- 3) Deseos, miedos o situaciones en las que quiere o no que suceda algo.

Si bien el pensamiento mágico se encuentra influido por diferentes factores como la cultura y la educación, en un intento por dar explicación a los acontecimientos experimentados, llama la atención que características que son consideradas en el pensamiento mágico en adultos, son exactamente aquellos que frecuentemente caracteriza al pensamiento infantil: falta de información, condiciones inciertas, falta de habilidad para explicar fenómenos y sensación de falta de control.

Es importante señalar que los estudios hasta ahora citados aportan mucho al conocimiento científico pero cuentan también con importantes limitaciones.

Debido a su naturaleza en general cuantitativa, suelen tomar en cuenta sólo algunas variables y son dicotómicas al tratar de concluir si hay o no la posibilidad de diferenciar la realidad de la fantasía, por lo que no se considera el nivel de ésta capacidad y se limita sólo a un tipo de estímulo para evaluarlo. Woolley (1997) considera que no puede hablarse de una dicotomía entre lo que es real y lo que no es, si no que existe un continuo en la manera en que se juzgan los hechos y entidades, basados en las propias teorías del mundo y en este continuo puede haber elementos que no puedan ubicarse de manera clara en una u otra categoría.

Sería importante también valerse de estudios u observaciones de tipo naturalista (Garvey como se citó en Bourcheir y Davis, 2002) o casos clínicos concretos.

Por otro lado, hay poca investigación que considere a niños menores de tres años. La cual valdría la pena realizar, ya que es posible que la confusión real entre fantasía y realidad se encuentre con más frecuencia entre los 18 meses (edad en que los niños comienzan a manifestar juego simbólico) y los tres años (Woolley, 1997) y sea en estas edades donde pueda observarse e identificarse los estadios por los que se transita.

Finalmente, Woolley (1997) señala que en la mayoría de los estudios que se realizan, se han encontrado considerables y significativas diferencias individuales, con relación a la diferenciación entre fantasía y realidad, las cuales casi nunca se reconocen ni explican. Sólo se describen o incluso se ha hipotetizado una dimensión de la personalidad de “propensión a la fantasía”, pero no se va más allá.

1.2 Concepto de fantasía

Es común que dentro del campo de la psicología existan diferentes definiciones para un mismo constructo dependiendo de la orientación teórica que la explique o del

contexto en que se encuentre el fenómeno de estudio. También se encuentran conceptos parecidos que se llegan a tocar o incluso se traslapan entre sí. A veces es paradójico que quienes tratan de explicar fenómenos psíquicos para lograr dar sentido a la experiencia humana, utilicen términos que al no ser aclarados acaban por ser confusos.

La fantasía no es la excepción a esta paradoja, por lo que, es necesario hacer algunas aclaraciones antes de usar el término y diferenciarlo de otros que están íntimamente relacionados tales como imaginación, fabulación y fantaseo.

La *imaginación*, puede ser entendida como el tipo de pensamiento humano en el cual la memoria, lo recreado o los planes futuros son elaborados usando secuencias verbales complejas. Estas secuencias de pensamiento pueden involucrar acciones del pasado, soñar despierto con relación al futuro o lo que podría haber sido, y planear actividades creativas. Para los niños, esta capacidad les permite ir más allá de la realidad a través de decir historias, recrear un evento o situación, o participar en juegos de simulación o representación (Landy, 2009).

La imaginación tiene más que ver con el entorno percibido, que con el sentido de realidad y con el recuerdo de esta realidad. Siendo esta una diferencia fundamental entre la imaginación y la fantasía, pues esta última va más allá de la realidad percibida (Szilasi, 2001).

Segal (como se citó en Ungar, 2001) explica que la fantasía crea un mundo “como sí”, mientras la imaginación armaría un mundo del “que pasaría sí”, explorando las posibilidades de la realidad interna y externa.

Por otro lado, la *fabulación* es un acto en el cual se narran hechos imaginarios de una manera coherente, lo singular de esta es que el individuo toma sus narraciones como verdaderas. La fabulación se considera normal en niños pequeños, debido a su dificultad para distinguir entre la fantasía y la realidad y no es considerada como patológica hasta después de los nueve años (Macías - Valadez, 2007). Sin embargo, es necesario tener ciertas reservas al respecto, ya que la investigación reciente señala en muestras no clínicas, que los niños a esa edad, ya deberían presentar un sentido de

realidad más construido (Bourchier y Davis, 2000, 2002; Carrick y Ramirez, 2012; Golomb y Kuresten, 1996; Sharon y Woolley, 2004; Skolnick y Bloom, 2006), por lo que en caso de sospecha de patología, es necesario explorar los factores que pueden estar reforzando este tipo de pensamiento en el niño (Sharon y Woolley, 2004; Woolley, 1997; Zisenwine, Kaplan, Kushnir y Sadeh, 2013).

El *fantaseo* por su parte, se encuentra íntimamente relacionado con la fantasía. Para Winnicott (1971) es un fenómeno aislado que absorbe la energía de las personas, pues éstas se la pasan pensando en qué hacen o van a dejar de hacer diversos actos, pero en realidad no llevan a la acción nada de lo fantaseado. Dos características principales del fantaseo son, por un lado, que se llevan a cabo en un estado de disociación entre la persona y sus pensamientos, y segundo, que el tiempo del fantaseo, es distinto al tiempo real, ya que lo que es pensado sucede inmediatamente aunque en realidad no ocurre nada.

Ahora, en cuanto a la *fantasía*, Laplanche y Pointalis (2004) lo definen como un “guion imaginario en el que se haya presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término de un deseo inconsciente” (p. 138).

Bernard (1997), analiza esta definición partiendo de sus puntos clave:

- “Guion imaginario”. Se encuentra un argumento que se manifiesta en una acción y que se hace más complejo al incluir un tiempo y un espacio.
- “En el que se halla presente el sujeto”. Un sujeto puede ubicarse, identificarse, en el conjunto de la fantasía, en su totalidad o en algunos de sus elementos, y en este último caso sin quedar fijado a uno específico.
- “Representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo”. La fantasía no es la realización del deseo; este, sin embargo, está representado en su argumento, a la sombra de los procesos defensivos.
- “En último término, de un deseo inconsciente”. La fantasía es la materia prima de que está constituido el inconsciente. Este se forma a partir de la represión originaria, que da lugar a la formación de fantasías originarias.

La fantasía se presenta bajo distintas modalidades: *fantasías conscientes* o sueños diurnos; *fantasías inconscientes* que descubre el análisis como estructuras subyacentes a un contenido manifiesto, y que, o fueron siempre inconscientes o fueron en algún momento conscientes pero por su contenido y procedencia la represión las llevó a lo inconsciente y *fantasías originarias* (escena primaria, castración y seducción) (Laplanche y Pontalis, 2004; Ungar, 2001).

Dio Bleichmar (2005) considera que la realidad psíquica, es la realidad de la fantasía, pues la realidad siempre está deformada por las interpretaciones que el individuo le da. Esta autora considera que existe un interjuego entre la fantasía y la realidad, donde lo interno y lo externo se influyen y entremezclan constantemente, lo cual es compartido por otros autores (Golomb y Kuersten, 1996; Klein, 1946; Laplanche y Pontalis, 1986).

En ocasiones, la debilidad psíquica de los individuos, puede hacer que sobrevenga cierto extrañamiento respecto de su realidad; y esto puede llevar a que la persona se retire a un mundo de fantasía, que le procura una satisfacción que la realidad no le ofrece y en algunos casos puede llevar a la manifestación de síntomas patológicos (Dio Bleichmar, 2005).

La fantasía se presenta de manera más frecuente en la etapa del pensamiento intuitivo, entre los dos y siete años. Hacia los nueve años los niños van aumentando su sentido de realidad y cada vez van utilizando menos y de forma distinta la fantasía pero aún en la vida adulta esta función mental nunca desaparece (Woolley, 1997), cuando la fantasía y la realidad se conjugan adecuadamente el Yo de las personas se fortalece (Macías - Valadez, 2007).

Con relación a lo anterior, Macías – Valadez (2007) explica que el punto de partida para que se despliegue una fantasía es un estímulo, éste puede ser interno (puede ser también una fantasía) o externo, y lo que provoca es poner en marcha el flujo de la imaginación, al tiempo que la conciencia se vuelve sobre sí misma, lo percibido es transformado desde lo interno y lo interno es influido por la realidad externa.

En la mente, se experimentan tres cosas al mismo tiempo: el instinto vinculado con la fantasía de un objeto adecuado a él (ante la sed, la fantasía de un vaso de agua), los estímulos externos vinculados con las fantasías (cuando el bebé se chupa el dedo fantasea que esta succionando el pecho) y nuevas fantasías ante nuevos vínculos entre los objetos internos, enriquecidos por la experiencia (Segal, 1994).

Según Klein (como se citó en Segal, 1994), la fantasía es la expresión mental de los instintos y por tanto, expresa el vínculo entre los impulsos y los objetos internos que entran en relación provocando ansiedades y defensas específicas.

Cuando se refiere a objetos internos, estos no son “objetos” como tales, situados en el cuerpo o en la psique, sino más bien se refiere a la representación interna de los mismos. Así también, utiliza el término fantasía inconsciente y afirma que dichas fantasías están siempre presentes y activas en todo individuo.

Este punto es compartido por Isaacs (1967), quien afirma que las fantasías inconscientes están en plena actividad en la mente normal, no menos que en la neurótica.

Su presencia no es índice de enfermedad ni de falta de sentido de la realidad. Lo que determinará el estado psíquico del sujeto es la naturaleza de estas fantasías inconscientes (Segal, 1994), así como los procesos mentales particulares por medio de los cuales son elaboradas y modificadas, y el grado de gratificación directa o indirecta en el mundo real y la adaptación al mismo, que esos mecanismos preferidos permiten (Isaacs, 1967).

1.3 Funciones de la fantasía

Es de gran importancia considerar la fantasía como una función mental, que tiene efectos reales tanto en el mundo interno como en el externo, por lo que afecta tanto a la conducta como a la emoción (Browne y Woolley, 2004; Carrick y Ramirez, 2012; Golomb y Kuersten, 1996; Macías – Valadez, 1999; Zisenwine et al., 2013).

Una función importante de la fantasía, es fungir como amortiguador de tensiones, y cuando esta función no se realiza de forma adecuada, puede causar conflictos en la adaptación a la realidad circundante (Valdés, 2009).

Sin embargo, las fantasías no sólo son un instrumento de defensa y medio de escapar de la realidad externa. Segal (1994) menciona que crear fantasías es una función del Yo y que la concepción de la fantasía, como expresión mental de los instintos por mediación de éste, supone mayor grado de organización yoica del que proponía Freud. Así desde el nacimiento, el Yo es capaz de establecer, mediante los instintos y la ansiedad, relaciones objetales primitivas en la fantasía y en la realidad. Desde el momento del nacimiento, el bebé se tiene que enfrentar con el impacto de la realidad, que comienza con la experiencia del nacimiento mismo y prosigue con innumerables experiencias de gratificación y frustración de sus deseos (Ferenczi como se citó en Macías – Valadez, 1999; Klein como se citó en Macías – Valadez, 1999; Segal, 1994;).

Segal (1994), enfatiza que la experiencia percibida o fantaseada, ha de ser principalmente gratificadora e imponerse a la amenazante, para poder acceder a etapas posteriores de desarrollo, que permitan la adecuada integración del Yo, sin embargo, este no es un proceso lineal si no de ida y vuelta como se observa en la siguiente cita:

“Si bien la fantasía inconsciente influye y altera constantemente la percepción o la interpretación de la realidad, lo inverso también es cierto: la realidad ejerce su impacto sobre la fantasía inconsciente” (Segal, 1994, pp. 22-23).

Este aspecto de la interrelación entre la fantasía inconsciente y la realidad externa, debe tenerse muy en cuenta cuando se quiere evaluar la importancia del ambiente sobre el desarrollo del niño. El ambiente tiene importantes efectos sobre la infancia y la niñez, sin embargo, no es posible atribuirle a un ambiente inadecuado el surgimiento de todas las ansiedades y fantasías agresivas o persecutorias. La importancia del ambiente, sólo se puede evaluar si se tiene en cuenta cómo es que se le interpreta en función de los propios instintos y fantasías. Una experiencia desagradable, se hace mucho más importante si se han tenido fantasías coléricas. Las experiencias buenas, por otra parte tienden a disminuir la ira, a modificar las

experiencias persecutorias y a estimular el amor y la gratitud del bebé y su creencia en el objeto bueno (Segal, 1994), lo cual favorece su integración psíquica.

Como el objetivo de la fantasía es satisfacer impulsos instintivos, prescindiendo de la realidad externa, se puede considerar que la gratificación proveniente de la fantasía, es una defensa contra la realidad externa de la privación. Es, sin embargo, también una defensa contra la realidad interna. Cuando el sujeto tiene una fantasía de realización de deseos, no está evitando solamente la frustración y el reconocimiento de una realidad externa displacentera; también está defendiéndose contra la realidad de su propia hambre y de su propia ira, o sea, contra su realidad interna (Segal, 1994).

En ocasiones, puede haber confusión con respecto a si la fantasía puede ser considerado un mecanismo de defensa o no. Segal (1994) considera que es posible hacer una distinción y ésta reside entre el proceso real y su representación mental detallada y específica. Lo que un observador puede describir como mecanismo, la persona misma lo siente y describe como una fantasía detallada. Es decir que las fantasías, originan cierto tipo de mecanismos de defensa, estos son representados a través de fantasías y se manifiestan a la vez en nuevas fantasías en respuesta a las primeras (Isaacs, 1967).

Bourchier y Davis (2000) mencionan que la diferenciación o confusión entre fantasía y realidad, tienen que ver con las diferencias de desarrollo individual, y pueden prolongarse hasta la infancia intermedia, y en casos de patología, aún más allá de esta edad. El lograr hacer la diferenciación entre fantasía y realidad, es de suma importancia en la cognición humana, pues permite una adaptación realista al medio ambiente.

El proceso de fantasía se da a lo largo del desarrollo, como un fenómeno normal y de adaptación, adecuado para el bienestar mental de la persona, e incluso puede llegar a tener igual o mayor peso que la realidad y que momentáneamente el sujeto la use como un escape o una regresión adaptativa (Segal, 1994).

Para construir la realidad interna, se necesita de una realidad externa ya que ambas están relacionadas. Si no existe la percepción de la realidad externa, que haga resonancia con las emociones del niño, no se puede construir la realidad interna, a

menos que sea pulsional. Ninguna de las dos realidades, por sí sola es real en la experiencia del niño sin la presencia de la otra, sino que existe una mutua representación (Padilla, 2003).

El mundo de la fantasía se sitúa entre lo subjetivo y lo objetivo; entre un mundo interno que tiende a la satisfacción por la ilusión y otro externo que por el sistema perceptivo impone al niño el principio de realidad (Padilla, 2003).

Ante este principio de realidad, una realidad del pensamiento se escinde; permanece independiente de la prueba de realidad y sometida únicamente al principio de placer: es lo que se denomina creación de fantasías (Laplanche y Pontalis, 1986).

Desde el nacimiento y gracias a un Yo temprano, el niño es capaz de establecer relaciones objetales primitivas en la fantasía y en la realidad (Padilla, 2003), las cuales se van a ir estructurando conforme el Yo se vaya integrando a partir de la sana elaboración de estas fantasías.

La fantasía inconsciente es dinámica y como lo señala Isaacs (1967), posee una serie de características importantes: está ligada originariamente al instinto; implica un objeto; está en la base de los mecanismos de defensa, determina el desarrollo psíquico; existe anteriormente a las palabras y determina la posibilidad de ellas; moldea la experiencia sensorial; sostiene la memoria, el carácter, el examen de la realidad. Además, afirma que ésta se encuentra en la base de los fenómenos tanto dinámicos como estructurales, patológicos como normales, psíquicos como corporales. Lo normal o lo anormal, depende en todo caso de la relación de la fantasía con la realidad, y de cómo la fantasía es procesada y elaborada.

Padilla (2003), rescata algunas características y funciones más de la fantasía:

- a) Defensa de otras fantasías y, como mencionan Lebovici y Soule (como se citó en Padilla, 2003), las fantasías inconscientes nacen al borde de la vida psicológica, que son las fantasías del deseo, fantasías inconscientes que se pueden manifestar bajo una forma directa o determinar fantasías ulteriores.
- b) Introyección de objetos desde la primer infancia y dependiendo del contenido, se pueden clasificar de acuerdo con su evolución.

- c) Las fantasías inconscientes se expresan a través de las funciones yoicas y se observan mediante los juegos simbólicos, lo que permite su elaboración, desarrollo e integración psíquica.
- d) Las fantasías van a depender de las cargas libidinales y agresivas propias de cada etapa del desarrollo (oral, anal, fálica, genital, latencia, adolescencia).
- e) En la etapa de la relación objetal diferenciada, la fantasía ayuda a la elaboración de las relaciones objetales.

Como puede verse, las fantasías constituyen la base del desarrollo psíquico por lo que lo que a continuación se revisará cómo se va entretejiendo y modificando en forma paralela a la construcción del sentido de realidad.

1.4 Desarrollo del sentido de realidad

Desde el psicoanálisis, se ha tratado de dar respuesta a cómo se va instaurando en el individuo el sentido de realidad, y cuál es la dinámica de la fantasía. Freud colocó las bases de lo que posteriormente sería, el estudio de la fantasía y de su dinámica en el desarrollo del psiquismo.

Freud menciona que las funciones mentales, se inician cuando el principio de realidad empieza a imponerse al Yo y es la frustración la que obliga a fundar el principio de realidad (como se citó en Macías – Valadez, 1999), ya que la satisfacción del deseo requiere de esfuerzo y aplazamiento (Rosales, 2005).

Desde entonces éste se ve sometido, por un lado, al principio del placer que no puede hacer más que desear, y por otro lado, al principio de realidad; por lo que el individuo, hace lo posible por tender a lo que le es más útil y que a su vez le resguarde de todo posible daño (Macías – Valadez, 1999).

Freud (como se citó en Rosales, 2005) explica que la fantasía, se forma como una respuesta ante una realidad que no es totalmente satisfactoria y que es en ésta que el sujeto logra conservar la omnipotencia, en la que incluso llega a hacer caso omiso de

la temporalidad de los eventos y las fantasías se comprimen, condensan y superponen unas con otras.

Sin embargo, las mismas fantasías pueden llegar a amenazar el equilibrio del individuo, por lo que en ese caso son reprimidas y devueltas al inconsciente donde se puede construir un síntoma, en el que el deseo busca de nueva cuenta su satisfacción.

Es así como se va construyendo una realidad psíquica, en la que no puede ser distinguida tan fácilmente de lo puramente objetivo. El sujeto forma su propia subjetividad, su propia realidad, la cual puede tener el mismo peso que la realidad material.

Las ideas anteriores van apareciendo a lo largo de la obra de Freud (como se citó en Rosales, 2005), sin embargo, se había dejado sin respuesta la cuestión del desarrollo de las etapas que llevan de una forma primaria de actividad psíquica (estadio placer) a una secundaria (estadio realidad) (Macías – Valadez, 1999).

Lo anterior llevó a Ferenczi (como se citó en Macías - Valadez, 1999) a proponer que el sentido de realidad se desarrolla siguiendo una serie de etapas sucesivas:

- ✓ Periodo de omnipotencia incondicional. Se caracteriza por un sentimiento de omnipotencia, debido a la larga etapa intrauterina, cuando el feto no hace esfuerzo alguno y no puede desear porque lo tiene todo.

- ✓ Periodo de omnipotencia alucinatoria mágica. Desde el momento que empieza a respirar, el sujeto hace esfuerzo para sobrevivir y va experimentando nuevas necesidades que son satisfechas por un otro. Así, el primer deseo del niño, no puede ser otro que de reencontrarse en esta situación representándose de manera alucinatoria.

- ✓ Periodo de omnipotencia por gestos mágicos. Sin embargo, debido al progreso en el desarrollo, los deseos del niño se vuelven más específicos y complejos, por lo que la representación alucinatoria, no es suficiente y el niño necesita gestos y señales hacia el ambiente también más específicos. Así, adquiere la

capacidad de expresar sus necesidades, a través del lenguaje gestual y con mucha frecuencia serán satisfechas por aquellos encargados de su cuidado, este es el periodo de omnipotencia por la ayuda de “gestos mágicos”.

- ✓ Periodo de pensamientos y palabras mágicas. Pero con el paso del tiempo, los deseos se vuelven más complejos y su satisfacción más difícil por el ambiente, hasta que se empieza a no satisfacer algunos de ellos; el gesto se vuelve entonces ineficaz y la omnipotencia se ve frustrada: el niño “tendrá” que empezar a distinguir entre su Yo que desea y el mundo exterior “maligno”, que resiste a su deseo, teniendo que empezar a separar los contenidos psíquicos subjetivos (sentimientos) de los contenidos objetivos (impresiones sensibles).

Ferenczi (como se citó en Macías y Valadez, 1999) llama estadio de omnipotencia la fase de introyección y al estadio de realidad, fase de proyección; sin embargo, la liga entre Yo y No Yo es imprecisa. El siguiente paso del niño es investir el mundo exterior con las cualidades que encuentra en sí mismo, atravesando por un periodo animista en su aprehensión de la realidad, y en el cual, toda cosa se le presenta como animada y en donde trata de encontrar en toda cosa sus órganos o su funcionamiento. Esto da origen al establecimiento de relaciones profundas, que persisten toda la vida entre el cuerpo humano y el mundo de los objetos que Ferenczi llama relaciones simbólicas. En este estadio el niño no “ve,” en el mundo más que reproducciones de su corporeidad; aprende a figurar por medio de su cuerpo toda la diversidad del mundo exterior. Esta figuración simbólica es un perfeccionamiento del lenguaje gestual.

Con la aparición del lenguaje, el simbolismo gestual es reemplazado por el simbolismo verbal y las palabras expresan entonces los deseos de mejor manera. Al mismo tiempo, el simbolismo verbal hace posible el pensamiento consciente. Los resultados del pensamiento consciente, acompañados de palabras para expresar deseos, tienen gran efecto en el ambiente que los satisface y el niño se encuentra entonces en el periodo de los pensamientos y las “palabras mágicas” (como se citó en Macías y Valadez, 1999).

La evolución posterior de la omnipotencia del niño, lo lleva a hacer cesar el reinado del principio de placer, cuando se despega en el orden psíquico de sus padres; entonces, la omnipotencia cede al reconocimiento pleno de las circunstancias (como se citó en Macías y Valadez, 1999).

De esta manera se va formando el sentido de realidad, siendo éste una función del Yo, que incluye la integración de la percepción, la atención, la conciencia, pero sobre todo una evolución afectiva, ya no considerada únicamente como pulsión sexual ni como “omnipotencia infantil”, sino más bien como una maduración emocional y una capacidad de representación mental de los deseos, basada en la ansiedad de separación y en la constancia objetal. A partir del octavo mes, se puede hablar de un incipiente sentido de realidad en el niño, que enfrenta una de sus primeras pruebas: la madre desaparecida y la reacción afectiva relacionada. En el sentido de Ferenczi:

Una renuncia masiva del deseo todopoderoso de omnipotencia infantil, que quiere a su madre para satisfacer sus necesidades; pero que sabemos ahora que es más bien debida a la ruptura transitoria de la relación de apego y a la falta de sostén de la madre en su función de yo auxiliar. (Ferenczi como se citó en Macías – Valadez, 1999, p. 82).

Después de esta breve visión de lo propuesto por Ferenczi es claro que sus ideas fueron de gran influencia para la propuesta teórica de Melanie Klein, la cual será explicada con más detalle más adelante.

Capítulo 2. Vicisitudes de la elaboración de la fantasía desde la teoría de Melanie Klein y Donald Winnicott

2.1 Fantasías y mecanismos de defensa en las posiciones esquizo-paranoide y depresiva

Anteriormente se han destacado las características más importantes de la fantasía, así como algunas de sus funciones. Sin embargo la dinámica y la evolución de la fantasía, así como su relación, interacción y diferenciación con la realidad no quedan del todo claros: ¿Cómo, cuándo y hasta cuándo se da este proceso?

Es indiscutible que el tema de la fantasía es central en el psicoanálisis, pero como ya se revisó anteriormente no sólo en éste, también enfoques teóricos como la psicología cognitiva, han mostrado interés en este tema aunque bajo otra mirada y los resultados de sus investigaciones, sugieren que el proceso inicia a edades muy tempranas, aun antes de que el mismo lenguaje se haya desarrollado (Woolley, 1997), lo cual ha complicado el poder investigar de forma objetiva a estas poblaciones.

Es aquí donde la riqueza de la teorización, hecha a partir de casos clínicos reitera su valor, tal es el caso de la teoría construida por Melanie Klein y la de Donald Winnicott. Serán las ideas de la primera autora las que se rescatan en este apartado, con relación a la dinámica de la fantasía desde el nacimiento.

2.1.1 Mecanismos esquizoides.

Siguiendo las ideas de Ferenczi (como se citó en Macías y Valadez, 1999), Klein (1946) describe y explica el desarrollo psíquico del niño, así como el mundo de fantasías, y mecanismos de defensa subyacentes a sus experiencias tempranas, además de considerar que es a partir de éstas y de su elaboración, que el niño alcanza un reconocimiento de la realidad externa e interna. Por lo que se considera importante, resumir sus ideas principales con relación a lo que ella ha optado por llamar “posiciones” (esquizoparanoide y depresiva), y que son características de los primeros meses de vida pero que están presentes a lo largo de toda la vida.

Las posiciones podrían considerarse subdivisiones de la etapa oral, siendo la esquizoparanoide característica de los tres o cuatro primeros meses de vida y la depresiva de la segunda mitad del primer año (Segal, 1994).

De manera muy sintética e introductoria, podemos decir que, la posición esquizoparanoide se caracteriza por el hecho de que el bebé no reconoce “personas”, sino que se relaciona con objetos parciales, además de que predomina la ansiedad paranoide y procesos de escisión. El reconocimiento de la madre como objeto total, marca el comienzo de la posición depresiva, que se caracteriza por la relación de objetos y por el predominio de integración, ambivalencia, ansiedad depresiva y culpa (Segal, 1994).

Sin embargo, es importante subrayar que el término “posiciones”, trata de destacar que éstas no sólo son etapas transitorias. “Posición” implica una forma específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas, persistente a lo largo de la vida, de modo que se puede oscilar entre ambas (Segal, 1994).

Según esta teoría cuando el niño nace, cuenta con un Yo suficientemente desarrollado como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad. Sin embargo, esto no quiere decir que ya esté integrado (Segal, 1994).

Bleichmar y Leiberman (2011), resumen las características de la posición esquizoparanoide como sigue:

1. Ansiedad persecutoria. La angustia principal que siente el Yo es la de ser atacado.
2. Relación de objeto parcial, con un pecho idealizado y otro persecutorio, que se perciben como objetos disociados y excluyentes.
3. El yo se protege de la angustia persecutoria, con mecanismos de defensa intensos y omnipotentes. Ellos son: la disociación, identificación proyectiva, la introyección y la negación.

Klein (1946) señala que es en la infancia temprana, cuando surgen las ansiedades características de las psicosis, que conducen al Yo a desarrollar

mecanismos de defensa específicos. Este periodo es muy importante pues en él, se encuentran los puntos de todas las perturbaciones psicóticas.

El individuo inicia sus relaciones de objeto, a partir del pecho de la madre y es a partir de la satisfacción, que de él se obtiene o no, que es escindido en un pecho bueno (gratificador) y uno malo (frustrador) dando por resultado una separación entre amor y odio (Klein, 1946).

Las relaciones de objeto, son modeladas por la interacción entre introyección y proyección, entre objetos y situaciones internas y externas. Preparando el terreno para la construcción del Yo, Superyó y más adelante del complejo de Edipo.

Los temores persecutorios, que surgen de los impulsos sádicos – orales del niño de robar del cuerpo de la madre sus contenidos buenos, y de los impulsos sádico anales de colocar dentro de la madre sus excrementos y de poder controlarla desde dentro, son de gran importancia para el desarrollo de la paranoia y la esquizofrenia (Klein, 1946).

El Yo precoz responde a la angustia persecutoria mediante mecanismos de defensa como los siguientes: escisión de objetos y de impulsos, idealización y negación de la realidad interna y externa, y el ahogo de las emociones (Klein, 1946).

Klein (1946) afirma que si el niño no es capaz de superar la “fase paranoide” le es imposible alcanzar la depresiva. Este fracaso puede llevar a un reforzamiento de temores persecutorios, o en el caso de tener dificultades en la posición depresiva, puede provocar posteriormente perturbaciones maníaco depresivas.

Se espera que al alcanzar la posición depresiva, se dé la introyección del objeto como un todo, y por lo tanto, la relación objetal del niño se modifica fundamentalmente. La síntesis entre los aspectos amados y odiados del objeto total, da origen a sentimientos de duelo y de culpa que implican progresos vitales en la vida emocional e intelectual del niño. Esto constituye un punto crucial para la formación de una neurosis o psicosis (Klein, 1946).

Melanie Klein (1946) afirma que no hay integración del Yo temprano, y agrega que ese Yo temprano carece de cohesión. Este Yo presenta una tendencia a la

integración cuando la ansiedad disminuye, y a su vez, una tendencia a desintegrarse cuando ésta aumenta, en un intento por no existir y escapar de la amenaza. Esto se observaba como característica de los primeros meses, vinculada a la menor o mayor capacidad para tolerar la ansiedad (Bleichmar y Leiberman, 2011; Klein, 1946; Segal, 1994).

Lo anterior supone que algunas funciones del Yo, existen desde un comienzo y cuyo principal objetivo es hacer frente a la ansiedad. Para Klein (1946), la ansiedad surge de la actuación del instinto de muerte dentro del organismo, es sentida como un temor a la aniquilación (muerte) y toma la forma de temor a la persecución. El temor al impulso destructivo, parece ligarse a un objeto y es vivenciado como temor a un objeto abrumador e incontrolable. Otras fuentes importantes de ansiedad primaria, son el trauma de nacimiento (ansiedad de separación), y la frustración a las necesidades corporales; y también éstas experiencias se sienten desde un principio, como provocadas por un objeto.

Aun cuando estos objetos sean sentidos como externos, se transforman, por introyección, en perseguidores internos, reforzando así el temor a los impulsos destructivos internos (Klein, 1946).

El Yo temprano desarrolla entonces mecanismos de defensa fundamentales para hacer frente a la ansiedad y se describen a continuación.

2.1.2 Escisión.

El mecanismo de defensa de escisión, es uno de los más tempranos del Yo contra la ansiedad. Puede describirse, como un proceso inconsciente que separa activamente los sentimientos contradictorios, las representaciones del self o las representaciones de objeto (Gabbard, 2002). La escisión permite al bebé separar lo bueno de lo malo, lo placentero de lo displacentero, el amor del odio, para preservar las experiencias positivas, afectos, representaciones del self y de objeto, en

compartimentos separados y libres de las contrapartes negativas. La escisión puede verse también, como un modo básico de ordenar la experiencia.

Klein (1946) explica que en la posición esquizoparanoide, es en la fantasía donde se divide el pecho de la madre en un pecho bueno y uno malo. El pecho frustrador atacado en fantasías sádico orales, es sentido como hecho pedazos; mientras que el pecho gratificador, incorporado bajo el dominio de la libido de succión, es sentido como completo.

La división entre el pecho bueno y el malo, puede ser difícil de mantener y el niño puede sentir que también el pecho bueno es hecho pedazos por sus pulsiones agresivas (Klein, 1946).

Klein (1946) considera que el Yo es incapaz de escindir al objeto – interno y externo-, sin que se lleve a cabo una escisión correspondiente dentro del Yo mismo.

Es en la fantasía que el niño escinde al objeto y al Yo, pero el efecto de esta fantasía es muy real, porque conduce a sentimientos y relaciones (y luego a procesos de pensamiento) que están de hecho desconectados entre sí (Klein, 1946). En suma, el sujeto escinde los objetos internos, externos, las emociones y al Yo.

Por otro lado, existe una íntima relación entre el mecanismo de escisión, idealización y negación.

La escisión se vincula con la creciente idealización del objeto ideal, cuyo propósito es mantenerlo bien alejado del objeto persecutorio y hacerlo invulnerable para obtener una gratificación ilimitada del pecho ideal, siempre generoso (Klein, 1946).

Esta idealización extrema se vincula también con la negación mágica omnipotente, pues cuando la persecución es tan intensa que se hace insoportable, se la puede negar completamente. Esta negación mágica, se basa en la fantasía de total aniquilación de los perseguidores. Otra forma de utilizar la negación omnipotente como defensa contra la persecución excesiva, es idealizar al objeto perseguidor mismo, y tratarlo como ideal (Segal, 1994).

Se niega la existencia del objeto perseguidor, de la situación de frustración y de malos sentimientos que da lugar la misma. Esto está ligado a la negación de la realidad psíquica (Klein, 1946).

La negación de la realidad psíquica, sólo se hace posible a través de fuertes sentimientos de omnipotencia y equivale en el inconsciente, a la aniquilación por medio del impulso destructivo de una parte del Yo (Klein, 1946).

Los ataques contra el pecho de la madre, evolucionan también hacia ataques de naturaleza similar contra su cuerpo, que es sentido como una continuación del pecho aún antes de que la madre pueda ser concebida como persona total (Klein, 1946).

2.1.3 Introyección y proyección.

Tanto la escisión, como la introyección y la proyección, son también usados desde el principio de la vida como una defensa contra la ansiedad, lo cual constituye un propósito primario del Yo (Klein, 1946).

La proyección, se origina por la desviación del instinto de muerte hacia afuera del sujeto y ayuda al Yo a liberarse de lo peligroso y de lo malo. La introyección del objeto bueno, es también utilizada por el Ello como una defensa contra la ansiedad (Klein, 1946).

Los ataques fantaseados a la madre, siguen dos líneas principales: una es el impulso predominantemente oral de chupar hasta la última gota, arrancar con los dientes, vaciar y robar del cuerpo de la madre los contenidos buenos. La otra línea de ataque, deriva de los impulsos anales y uretrales, e implica el expulsar sustancias peligrosas fuera del Yo y dentro de la madre. Estos excrementos y partes malas del Yo del bebé, no sólo sirven para dañar al objeto sino también para controlarlo y tomar posesión de él. En la medida en que la madre, parece contener las partes malas del Yo, no se la siente como un ser separado, sino como el Yo malo (Klein, 1946).

Mucho del odio contra partes del Yo, se dirige ahora contra la madre. Esto lleva una forma especial de identificación, que establece el prototipo de una agresiva relación de objeto. Klein le llama a esto “identificación proyectiva” y lo explica de la siguiente manera:

Cuando la proyección deriva del impulso del niño a dañar y controlar a la madre, el niño la siente como un perseguidor. En perturbaciones psicóticas, esta identificación de un objeto con las partes odiadas del Yo contribuye a la intensidad del odio dirigido contra los demás. (Klein, 1946, p. 260).

Por tanto, en la identificación proyectiva se escinden y apartan partes del Yo y objetos internos y se los proyecta en el objeto externo, que queda entonces poseído y controlado por las partes proyectadas, e identificado con ellas (Segal, 1994).

La escisión y expulsión del componente agresivo de los sentimientos y de la personalidad, tratan de trabajar en forma conjunta para mantener separado lo “bueno” y lo “malo” (Gabbard, 2002), pero también debilitan considerablemente al Yo, pues este componente agresivo está íntimamente ligado en la mente con poder, potencia, fuerza, conocimiento y muchas otras cualidades deseables (Klein, 1946).

También partes buenas del Yo son expulsadas y proyectadas. La proyección de sentimientos buenos y de partes buenas del Yo dentro de la madre, es esencial para la capacidad del niño de desarrollar buenas relaciones de objeto y de integrar su Yo, pero, si este proceso de proyecciones es excesivo, se sienten perdidas partes buenas de la personalidad y de este modo la madre se transforman en el ideal del Yo; este proceso debilita y empobrece al Yo (Klein, 1946).

Los procesos de escindir partes del Yo y proyectarlas en objetos, son de vital importancia tanto para el desarrollo normal como para las relaciones objetales anormales. En primer lugar, porque se sigue presentando a lo largo de la vida y sienta las bases de mecanismo de defensa menos primitivos como la represión (Segal, 1994) y en segundo, porque influye en las relaciones interpersonales, pues se le puede considerar también un medio de comunicación en el que se obliga al otro a experimentar sentimientos similares a los propios (Gabbard, 2002), lo que

invariablemente influye en la interacción y en conjunto con la identificación introyectiva, puede constituir la forma de empatía más temprana (Segal, 1994).

Aunado a lo anterior, la introyección del objeto bueno, es también una precondition para el desarrollo normal. Un rasgo característico de la relación temprana con el objeto bueno, interno y externo, es la tendencia a idealizarlo.

En lo que se refiere a la personalidad normal, puede decirse que el curso del desarrollo del Yo y de las relaciones de objeto, depende del grado en que puede lograrse un óptimo equilibrio entre los mecanismos de introyección y la proyección acontecidos en los estadios tempranos del desarrollo (Klein, 1946). Esto, a su vez, incluye la integración del Yo y la asimilación de objetos internos, a través del predominio de la experiencia gratificadora sobre la frustración y ansiedad.

Los procesos de proyección, implican la irrupción dentro del objeto y su control por parte del Yo. Como consecuencia, la introyección puede entonces ser sentida como una entrada violenta desde el exterior al interior, en retribución de la violenta proyección. Esto puede conducir al temor de que no sólo el cuerpo, sino también la mente, sean controladas por otras personas en forma hostil. Como resultado puede producirse una aguda perturbación en la introyección de objetos buenos, perturbación que impedirá tanto las funciones del Yo, como el desarrollo sexual, y puede conducir a un excesivo retraimiento en el mundo interno. Sin embargo, este retraimiento no es sólo causado por el temor de introyectar un mundo externo peligroso, sino también por el temor a los perseguidores internos, y una consiguiente fuga hacia el objeto interno idealizado (Klein, 1946).

Klein considera que excesivos temores persecutorios y mecanismos esquizoides en la temprana infancia, pueden tener un efecto pernicioso en el desarrollo intelectual en sus estadios iniciales, incluso afirma que “ciertas formas de deficiencia mental debieran ser consideradas como pertenecientes al grupo de las esquizofrenias” (Klein, 1946, p. 262).

Así mismo, existe un debilitamiento y empobrecimiento del Yo resultante de la excesiva escisión e identificación proyectiva. Pero este Yo debilitado, se vuelve también

incapaz de asimilar sus objetos internos, lo que conduce al sentimiento de que es dominado por ellos. Estas diversas perturbaciones en el juego entre proyección e introyección, que implican excesiva escisión del Yo, tienen un efecto perjudicial en la relación con el mundo interno y externo (Klein, 1946).

En conclusión, cuando los mecanismos de proyección, introyección, escisión, idealización, negación, e identificación proyectiva e introyectiva, no alcanzan a dominar la ansiedad y esta invade al Yo, puede surgir la desintegración del Yo como medida defensiva (Klein, 1946).

La desintegración es el más desesperado de todos los intentos del Yo para protegerse de la ansiedad. A fin de no sufrirla el Yo hace lo que puede por no existir, intento que origina una aguda ansiedad específica: la de hacerse pedazos y quedar pulverizado. (Segal, 1994 p. 35).

El Yo se fragmenta y escinde en pedacitos para evitar la experiencia de ansiedad; todos estos mecanismos originan a su vez ansiedades propias (Segal, 1994), como se mencionan a continuación:

- ✓ La proyección hacia afuera de los malos sentimientos y partes malas del Yo producen la fantasía de persecución externa.
- ✓ La reintroyección de perseguidores origina ansiedad hipocondriaca.
- ✓ La proyección hacia afuera de partes buenas, produce la ansiedad de quedar vacío de bondad e invadido por perseguidores.
- ✓ La identificación proyectiva origina diversas ansiedades. Las dos más importantes: el miedo a que el objeto atacado, proyecte sobre uno retaliación y la ansiedad de tener partes de uno mismo aprisionadas y controladas por el objeto en el que se ha proyectado.

2.1.4 Relaciones objetales esquizoides.

Dada la dinámica en la posición esquizo-paranoide y las posibles fijaciones en ella, Klein (1946) menciona que algunas perturbaciones en las relaciones objetales de las personalidades esquizoides son:

- ✓ Su naturaleza narcisista. El objeto representa una parte buena o mala del Yo. Manifiesta a menudo rasgos obsesivos, como un impulso a controlar a otras personas, en un intento por controlar partes del Yo.
- ✓ La tendencia obsesiva a la reparación, puede deberse a un intento de reparar o reconstruir partes del Yo.
- ✓ También suele presentarse una huida de las personas, como el intento de prevenir tanto una intrusión destructiva dentro de ellos, como el peligro de una retaliación.
- ✓ Otra característica es una pronunciada artificialidad y falta de espontaneidad. La realidad psíquica y la relación con la realidad externa, están igualmente perturbadas.

En pacientes con características esquizoides, hay una aparente falta de ansiedad, sin embargo, el sentimiento de estar desintegrado, de ser incapaz de experimentar emociones, de perder los propios objetos, es el equivalente a la ansiedad. Esto fue visto por Klein, cuando sus pacientes manifestaban progresos en la síntesis y “experimentaban alivio derivado de experimentar que su mundo interno y externo no sólo se ha achicado sino que también han vuelto a la vida” (Klein, 1946. p. 272).

Cuando las emociones faltan, las relaciones son vagas e inciertas y se sienten perdidas partes de la personalidad, todo parece muerto. Esta ansiedad se experimenta todo el tiempo, pero en cierta forma difiere de la angustia latente que podemos ver en otros casos (Klein, 1946).

Algunos rasgos de las relaciones objetales esquizoides, pueden también encontrarse, en menor grado y en forma menos marcada, en sujetos normales, por ejemplo; manifestado mediante la timidez, falta de espontaneidad o por el contrario, un interés particularmente intenso por los demás (Klein,1946).

2.1.5 La posición depresiva con relación a la posición esquizoparanoide.

Si el desarrollo se efectúa en condiciones favorables, el bebé siente cada vez más que su objeto ideal y sus propios impulsos libidinales, son más fuertes que el objeto malo y sus propios impulsos malos; se puede identificar cada vez más con su objeto ideal, gracias a esta identificación, así como al crecimiento y desarrollo fisiológico, siente que su Yo se va fortificando y capacitando para defenderse a sí mismo y al objeto ideal, decrecen así los temores paranoides (Segal, 1994).

Con la introyección del objeto total, durante el segundo cuarto del primer año de vida (entre los tres y seis meses de edad), se realizan marcados progresos en la integración del Yo. Los aspectos amados y odiados de la madre ya no son percibidos tan separados, y en consecuencia se produce mayor miedo a la pérdida, se desarrolla un fuerte sentimiento de culpa y estados análogos al duelo, porque se siente que los impulsos agresivos se dirigen contra el objeto amado (Klein, 1946). Los mecanismos esquizoides continúan pero son modificados.

Durante la elaboración de la posición depresiva, la misma experiencia de sentimientos depresivos tiene el efecto de integrar más al Yo, porque contribuye a una mayor comprensión de la realidad psíquica y a una mayor percepción del mundo externo, cambia el vínculo con la realidad externa (Bleichmar y Leiberman, 2011).

Durante la posición depresiva, el bebé empieza a percibir su dependencia de un objeto externo y la ambivalencia de sus propios instintos y fines, descubre su propia realidad psíquica. Advierte su propia existencia y la de sus objetos como seres distintos y separados de él, además reconoce sus propios impulsos y fantasías, y comienza a distinguir entre fantasía y realidad externa. La prueba de realidad, se afirma más y la capacidad recién adquirida de sentir preocupación por sus objetos, lo estimula a aprender gradualmente a controlar sus impulsos (Segal, 1994).

El bebé descubre gradualmente tanto los límites de su odio como los de su amor, y a medida que su Yo crece y se desarrolla, encuentra cada vez más recursos para influir verdaderamente en la realidad externa (Segal, 1994).

Mientras en la posición esquizo – paranoide, los objetos externos se percibían deformados por las proyecciones agresivas y libidinales, disociadas en dos mundos diferentes, ahora el vínculo con el mundo externo es por así decirlo, más realista ya que se lo reconoce en sus aspectos buenos y malos, con menos distorsiones. Hay una discriminación mayor entre fantasía y realidad (Bleichmar y Leiberman, 2011).

El impulso a la reparación que aparece en esta etapa, puede ser considerado como consecuencia de mayor insight de la realidad psíquica y de creciente síntesis, pues muestra una respuesta más realista a los sentimientos de aflicción, culpa y temor a la pérdida, resultantes de la agresión contra el objeto amado. El dolor del duelo vivenciado durante la posición depresiva, y los impulsos reparatorios que se desarrollan para restaurar los objetos internos y externos amados, constituyen las bases de la creatividad y la sublimación (Segal, 1994).

La elaboración de las posiciones persecutoria y depresiva, se extiende durante los primeros años de la niñez y desempeña un papel esencial en la neurosis infantil. En el curso de este proceso, las ansiedades pierden intensidad, los objetos se vuelven menos idealizados y menos terroríficos, y el Yo se unifica más. Todo esto ligado a la creciente percepción de la realidad y adaptación a ella (Klein, 1946).

Pero si durante la posición esquizoparanoide, el desarrollo no ha transcurrido normalmente y el niño no puede, por razones internas o externas, manejar el impacto de las ansiedades depresivas, surge un círculo vicioso. Porque si el temor persecutorio y, por ende, los mecanismos esquizoides son demasiado intensos, el Yo no puede elaborar la posición depresiva (Klein, 1946).

Esto fuerza al Yo a regresar a la posición esquizoide paranoide y refuerza los anteriores temores persecutorios y fenómenos esquizoides. De esta manera, se establece la base para varias formas de esquizofrenia posterior, pues se refuerzan los puntos de fijación de la posición esquizoide y existe el peligro de que se establezcan mayores estados de desintegración (Klein, 1946). Por lo que el punto de fijación de las enfermedades psicóticas, se encuentra en la posición esquizo-paranoide y en los comienzos de la posición depresiva. Cuando se produce una regresión a estos puntos tempranos del desarrollo, el sentido de realidad se pierde y el individuo se psicotiza

(Segal, 1994). Otra consecuencia puede ser el reforzamiento de rasgos depresivos (Klein, 1946).

Ciertas ansiedades paranoides y depresivas siguen siempre activas, en la personalidad, pero cuando el Yo está suficientemente integrado y durante la elaboración de la posición depresiva se ha establecido una relación relativamente firme con la realidad, los mecanismos neuróticos van sustituyendo poco a poco a los psicóticos. De este modo la neurosis infantil, es una defensa contra ansiedades paranoides y depresivas subyacentes; es una forma de ligarlas y de elaborarlas. A medida que continúan los procesos integradores iniciados durante la posición depresiva, disminuye la ansiedad; dando paso a los mecanismos de reparación, la sublimación y la creatividad, quienes reemplazan en gran parte tanto a los mecanismos de defensa psicóticos como neuróticos (Segal, 1994).

2.1. 6 Proceso de simbolización.

En el niño se han de considerar dos aspectos en la simbolización: uno es el proceso simbólico como función básica del pensamiento en general y el otro, el proceso simbólico relacionado con la fantasía (Speir, 1972).

La fantasía sirve al niño para elaborar interiormente la experiencia. El niño toma contacto con la realidad en una actitud inicial objetiva, que es seguida de una retirada en la fantasía, donde se cumple la elaboración subjetiva que le permite volver luego al nivel de expresión objetivo (Speir, 1972).

Griffiths (como se citó en Speir, 1972) menciona que el proceso simbólico en la infancia tiene dos funciones: permite al pensamiento infantil la elaboración de la realidad, y sirve al niño especialmente para enfrentar y solucionar los problemas del desarrollo. Estos son encarados y resueltos en pasos sucesivos, pasando desde un punto de vista simbólico personal y subjetivo a uno más socializado y objetivo.

Partiendo de la elaboración de fantasías en las posiciones esquizo – paranoide y depresiva, Klein (1930) propone que surge la posibilidad de formar símbolos, lo cual

implica una forma distinta, más compleja y madura de establecer una relación con la realidad externa e interna.

Las fantasías sádicas, dirigidas contra el interior del cuerpo materno constituyen la relación primera y básica con el mundo exterior.

La primera realidad del niño es totalmente fantástica; está rodeado de objetos que le causan angustia, y en este sentido; excrementos, órganos, objetos, cosas, animales y objetos inanimados son en principio equivalentes entre sí. A medida que el Yo va evolucionando, se establece gradualmente a partir de la realidad psíquica, una verdadera relación con la realidad (Klein, 1930).

La formación de símbolos, comienza de forma muy temprana, aparece tan pronto como las relaciones objetales, pero modifica su carácter y sus funciones paralelamente a los cambios del Yo, así como de las relaciones de objeto y al manejo que haga de la angustia (Segal, 1966).

Klein (1930) considera que es la ansiedad persecutoria producida por la fantasía de haber atacado el cuerpo de la madre y su interior, así como haberlo destruido con estas fantasías sádicas, lo que lleva al Yo a buscar nuevos objetos en el exterior para calmar su angustia. Estos objetos a los que el niño desplaza su interés, toman para él un significado simbólico del cuerpo materno.

Una cantidad suficiente de angustia, es una base necesaria para la abundante formación de símbolos y fantasías; sin embargo, el desarrollo del Yo y la relación con la realidad dependerán de su capacidad en una etapa muy temprana, para tolerar la presión de las primeras experiencias (Klein, 1930).

Lo anterior se vincula con la eficacia con la que puedan ser utilizados los mecanismos de defensa. En la identificación proyectiva se basa también, la primera clase de formación de símbolos, los objetos internos son proyectados hacia afuera e identificados con partes del mundo externo, que entonces pasan a representarlos. Estas primeras proyecciones e identificaciones constituyen los comienzos del proceso de formación de símbolos (Segal, 1966; 1994).

Sin embargo, estos símbolos más tempranos no son sentidos por el Yo como símbolos o sustitutos, sino como el objeto original mismo y tratados como idénticos a éste. Esta falta de diferenciación entre lo simbolizado y el símbolo forma parte de un trastorno en la relación entre el Yo y el objeto, una parte del Yo se confunde con el símbolo mismo (Segal, 1966), esto fue llamado por Klein (1930): *ecuación simbólica* y es característica de la posición esquizo paranoide.

Una vez que es elaborada la posición esquizo – paranoide y se evoluciona a la depresiva, los mecanismos psicóticos ceden su lugar a los neuróticos: inhibición, represión y desplazamiento. Para proteger al objeto, el bebé inhibe en parte sus instintos y en parte los desplaza sobre sustitutos; aquí comienza la simbolización (Segal, 1994).

Es a través del desarrollo del Yo y los cambios en sus relaciones con los objetos, que las ecuaciones simbólicas se convierten en verdaderos símbolos en la posición depresiva (Segal, 1966). Esto se debe principalmente a que en esta última, el objeto es sentido y reconocido como total. El Yo lucha contra su ambivalencia y su relación con el objeto se caracteriza por culpa, miedo a la pérdida o sentimientos de pérdida y duelo por lo que se esfuerza por retener, reparar, restaurar y recrear al objeto.

La formación de símbolos es una actividad del Yo, destinada a elaborar las ansiedades que surgen de la relación con el objeto; es decir, fundamentalmente, del miedo a los objetos malos y del miedo a perder o no lograr los objetos buenos. Por tanto, las perturbaciones de la relación del Yo con los objetos se reflejan en perturbaciones de la formación de símbolos (Segal, 1966).

La formación de símbolos, pueden considerarse un antecedente necesario e indispensable para la sublimación, y parte de la elaboración de un proceso de duelo, que sólo se da en la posición depresiva. El sujeto ha de renunciar a un fin instintivo pero también ha de ser capaz de asimilar la pérdida y recuperar el objeto de forma interna. El objeto entonces se convierte en un símbolo dentro del Yo. Todos los aspectos del objeto, todas las situaciones a las que debe renunciar durante el proceso de crecimiento, dan lugar a la formación de símbolos (Segal, 1994).

Como lo menciona Klein (1930), “el simbolismo es el fundamento de toda sublimación y de todo talento” (p. 210), además “no sólo constituye el fundamento de toda fantasía y sublimación, si no que sobre él se construye también la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad en general” (p. 210).

Si la realidad psíquica es vivenciada y diferenciada de la realidad externa, se distingue al símbolo del objeto; se lo siente como creado por el Yo y el Yo lo puede usar libremente (Segal, 1994).

A medida que el bebé pasa por repetidas experiencias de duelo y reparación, de pérdida y recuperación, su Yo se enriquece con los objetos que ha debido recrear en sus interior y que ahora se hacen parte de él. Aumenta la confianza en la propia capacidad de conservar o recuperar objetos buenos y la creencia en su propio amor y posibilidades (Segal, 1994). “El símbolo no se usa para negar, sino para superar la pérdida” (Segal, 1966, p. 11).

Ocurren tres cambios con relación al objeto, que afectan fundamentalmente su sentido de realidad. Estos cambios son:

1. Una mayor consciencia de la ambivalencia hacia el objeto.
2. La disminución de la intensidad de la proyección.
3. Una creciente diferenciación entre el self y el objeto.

Su efecto es que se obtiene un sentido de la realidad interna y externa cada vez mayor. El mundo interno se diferencia del mundo externo. El pensamiento omnipotente es sustituido gradualmente por un pensamiento más realista y los fines instintivos primarios se modifican, el Yo se ve en la necesidad de inhibir los fines instintivos directos tanto agresivos como libidinales para salvar al objeto (Segal, 1966).

Este deseo de salvar al objeto original, estimula la creación de símbolos pues se necesita de un sustituto al que pueda ser desplazada la agresión y así disminuir la culpa y el miedo a perder el objeto (Segal, 1966). Para este momento, el símbolo ya no es el objeto mismo como lo era en la ecuación simbólica sino una creación del Yo, nunca igualado al objeto.

El establecimiento de un símbolo, es una relación en tres términos: una relación entre la cosa simbolizada, la cosa que funciona como símbolo y la persona para quien la una representa a la otra. Por tanto, el simbolismo sería una relación entre el Yo, el objeto y el símbolo. Si se considera el simbolismo como una relación de tres términos, los problemas de la formación de símbolos deben examinarse en el contexto de las relaciones del Yo con sus objetos (Segal, 1966).

La formación de símbolos, rige la capacidad de comunicarse, ya que toda comunicación se realiza por medio de símbolos. Es esperable entonces, que en los trastornos esquizoides, la capacidad de comunicación se vea limitada debido a que la diferencia entre sujeto y objeto se confunde y porque los símbolos se viven de forma concreta y no son aptos para la comunicación, las palabras se sienten como objetos o acciones, y no se pueden usar para comunicarse (Segal, 1966).

La comunicación con los otros y consigo mismo se ve truncada, por lo que se vuelve imposible la integración de los deseos, ansiedades y fantasías.

Las perturbaciones en la diferenciación entre el Yo y el objeto, conducen a perturbaciones en la diferenciación entre el símbolo y el objeto simbolizado y, por lo tanto, a un pensamiento concreto, característico de la psicosis (Segal, 1966).

Klein (1930), planteaba que la importancia de la formación de símbolos es tal que si la simbolización no se produce, todo el desarrollo del Yo se ve detenido, tal como sucedía en el caso de Dick, un niño de cuatro años de edad, que por la intensa angustia debido a su propia agresividad, no había dotado de significado al mundo que le rodeaba y por tanto no le interesaba.

Una excesiva y prematura defensa del Yo contra el sadismo, impide el establecimiento de la relación con la realidad y el desarrollo de la vida de fantasía. La posesión y exploración sádica del cuerpo materno y del mundo exterior, quedan detenidas y esto produce la suspensión más o menos completa de la relación simbólica con cosas y objetos que representan el cuerpo de la madre y, por ende, del contacto del sujeto con su ambiente y con la realidad en general. Este retraimiento forma la base de la angustia y la falta de afecto (Klein, 1930).

Finalmente, es importante señalar que el proceso de formación de símbolos es un proceso continuo de reconciliación e integración de lo interno con lo externo, del sujeto con el objeto y de las experiencias tempranas con las posteriores y por tanto, estos logros no son irreversibles y puede haber regresiones a la posición esquizoparanoide en cualquier etapa de la vida si las ansiedades se vuelven muy intensas, afectando irremediabilmente la capacidad de simbolizar (Segal, 1966).

2.1.6.1 Función del juego simbólico.

En psicoterapia infantil es importante considerar el proceso de simbolización y su función ya descrita, pero es necesario vincularlo a la actividad de juego infantil, siendo éste el contexto donde mejor se observa y donde es posible trabajarlo.

Durante el juego se desarrollan de manera intensa y natural las cualidades psíquicas y las características de la personalidad de los niños. Se integra su mundo afectivo, social, cognitivo y practican sus habilidades. Por medio del juego descubren y comprenden el mundo, experimentan roles, practican soluciones y representan sus deseos mientras manipulan los objetos (Esquivel, 2010).

Uno de los grandes eventos en el desarrollo del juego, es la transición al pensamiento simbólico pues implica no solo la adición de una habilidad, sino la reorganización del pensamiento (Esquivel, 2010). En el juego imaginativo el niño utiliza un objeto para representar o simbolizar otro, o inventa un tema de juego (Landy, 2009).

Las habilidades simbólicas involucran la capacidad para comprender que aun cuando un objeto está lejos de otro, es posible transformar y trascender la realidad inmediata. Por lo que puede ser utilizado, como medio de comunicación efectiva con su mundo interno (Esquivel, 2010).

El juego utilizado como medio terapéutico, crea un espacio que permite al infante expresar la cosmovisión interna que es necesario modificar en favor de su salud mental, y le ayuda a formar y a dar estructura básica a su vida. En el juego, y sólo en él, el niño

puede crear y expresar toda su personalidad; puede descubrir su persona cuando en el juego se muestra creador (Padilla, 2003).

Cuando se utiliza el juego para interpretar un significado, proporciona información sobre la manera en la que el niño aprende de sí mismo, de las personas, de los objetos, los eventos y de la relación que estos guardan con su mundo, a través de interpretar los resultados de sus propias acciones, así como de los deseos, intenciones, creencias y estados afectivos de los otros y de esta manera conoce el mundo que lo circunda. Pero lo más importante es llegar a que sea el niño quien logre las asociaciones que le permitan la elaboración de su situación (Esquivel, 2010).

Recordando a Piaget el juego inicia con experiencias principalmente sensoriomotoras, para pasar después al juego simbólico en edades preescolares y posteriormente al juego de reglas para los escolares (Esquivel, 2010). Por lo que hay autores como Landy (2009) que resumen algunas de las características principales que tiene el juego simbólico durante el desarrollo. Las cuales se puntualizan a continuación, no sin antes señalar que el juego físico y sensoriomotor no desaparece, aunque sí se vuelve más complejo, sin embargo para efectos de este trabajo el énfasis se hace en el juego simbólico:

Del nacimiento a los tres meses

- ✓ Explora los objetos principalmente de forma oral, disfruta de hacer sonidos.
- ✓ Utiliza sus sentidos para explorar.
- ✓ Comienza a presentar disfrute ante el acercamiento “juguetón” de sus cuidadores.
- ✓ Su juego es principalmente solitario.

De los cuatro a los siete meses

- ✓ Hay imitación de juego motor, explora y lanza objetos. Da un manejo funcional a los objetos, como hacer ruidos con ellos.
- ✓ Continúa disfrutando de responder a las interacciones con los cuidadores.

De los ocho a los doce meses

- ✓ Comienza a andar alrededor de los muebles, lanza pelotas, construye torres, arma rompecabezas simples, jala con una cuerda los objetos y juegos de escondite.
- ✓ Disfruta de explorar el rostro y cuerpo de los cuidadores con las manos.
- ✓ Juega solo con algunos juegos paralelos.
- ✓ Comienza a imitar acciones de los cuidadores.

Del año a los 2 años

- ✓ Corre, sube y salta. Dibuja círculos y líneas.
- ✓ Puede tener juegos simples de simulación, la mayoría relacionados a sí mismo (tomar una taza de té) y algunos relacionados a otros (dar una taza de té).
- ✓ Aplica el mismo juego a distintos objetos.

De los 2 a los 2 años y medio

- ✓ Sustituye objetos por otros, su juego comienza a ser más elaborado, con mayor narrativa.
- ✓ Hay una muñeca o figura de acción que predomina.

De los 2 años y medio a los 3 años

- ✓ Usa objetos en secuencias, puede realizar varias sustituciones de objetos en secuencias de juego.
- ✓ Atribuye pensamientos, sentimientos y creencias a las figuras de juego.
- ✓ Frecuentemente coloca roles complementarios como madre y bebé, doctor y paciente.

De los 3 a los 4 años

- ✓ Pretende ser alguien más, por ejemplo, un súper héroe.
- ✓ Frecuentemente incorpora en el juego, temas de la familia.
- ✓ Frecuentemente coloca juego de agresión a través de personajes “buenos” y “malos”.
- ✓ Usualmente puede distinguir entre lo real y la simulación.

- ✓ El 90% del juego de simulación ocurre en cooperación con otros.
- ✓ Disfruta el pretender ser alguien más.
- ✓ Puede revertir roles.

De los 4 a los 6 años

- ✓ Se incrementa el juego que expresa experiencias que son difíciles.
- ✓ Temas complejos en el juego de simulación son posibles.
- ✓ Puede exagerar las características masculinas y femeninas.
- ✓ Continúa expresando aspectos relacionados a la expresión de la agresión.
- ✓ El juego con reglas comienza a ser más común.
- ✓ La curiosidad sexual puede aparecer en el juego del doctor.
- ✓ Con frecuencia juega con títeres.
- ✓ Incrementa la interacción con otros.
- ✓ Comienza a entender que los otros tienen sus propios pensamientos y sentimientos.
- ✓ Puede tener un amigo imaginario.
- ✓ Tienden a segregarse más los niños y las niñas.

El conocimiento de lo anterior resulta indispensable para un adecuado diagnóstico, así como para un tratamiento que considere el desarrollo y la pertinencia de diferentes tipos de intervención. Además de guiar el camino hacia la potenciación de la habilidad para simbolizar y usarla en pro de la elaboración de las situaciones que presentan los pacientes que acuden a psicoterapia.

2.2 Transicionalidad desde Donald Winnicott

Anteriormente se han mencionado los aspectos que para Klein eran importantes alcanzar, para que el sujeto logre tolerar la angustia y elabore algunas fantasías iniciales, que dieran los primeros elementos para acceder al mundo externo. Sin embargo, es hasta años después que Winnicott, quien fuera su discípulo, desarrolla una explicación más amplia de cómo se transita del mundo interno al externo.

En un principio, la relación entre la madre y el bebé se desarrolla de manera tal que Winnicott (1959) afirmó que “no existe eso denominado bebé, lo que se encuentra son los cuidados al bebé, cuidados de los cuales el bebé forma parte” (p. 73) y que la madre provee cuidadosamente, especialmente en las primeras semanas gracias al estado en que se encuentra y que le dota de una especial sensibilidad, gracias a la *preocupación maternal primaria* (Winnicott, 1956). Así, la unidad madre-bebé marca un punto importante en la teoría, en el sentido que señala que se comienza en la unidad (Pelento, 2004).

Winnicott plantea el desarrollo emocional como un recorrido desde la *dependencia absoluta* que pasa por una *dependencia relativa* y avanza hacia una *independencia creciente*, que también es relativa, nunca completa y que se encuentra con relación a un ambiente facilitador (De Caifa y Ameglio, 2013; Winnicott, 1945).

El ambiente facilitador es primero la madre, pero con ella se incluyen el padre, la familia, la sociedad. Este aporta reaseguros libidinales y afectivos así como amparos frente a las exigencias de la realidad externa (De Caifa y Ameglio, 2013).

En un inicio el bebé no conoce al objeto materno, él es con la madre una unidad, no existe conciencia de separación. La madre es un objeto subjetivo, no tiene para el bebé existencia propia, aparece y desaparece al compás de la necesidad experimentada o satisfecha (De Caifa y Ameglio, 2013).

La madre ha de ser suficientemente buena y sus cuidados deben proteger al bebé de fallos o agravios que le inunden de las *agonías inconcebibles*. De acuerdo a

De Caifa y Ameglio (2013), estas angustias extremas le toman su cuerpo y lo impregnan de sensaciones insoportables, del horror de sentirse:

- ✓ Cayendo sin sostén alguno.
- ✓ Desmembrándose.
- ✓ Perdiendo toda relación con el cuerpo.
- ✓ En total aislamiento.

Es decir la materia prima de las angustias psicóticas y las vivencias de aniquilamiento.

Al referirse a una madre lo suficientemente buena, Winnicott se refiere al ejercicio de un rol, el rol materno que es determinante de las posibilidades de crecimiento del infante (Ramírez y Castilla, 2008).

En los comienzos de la vida, las necesidades del lactante son indudablemente de orden corporal, pero también existen necesidades psíquicas. La adaptación de la madre a estas necesidades del bebé se concreta por el cumplimiento de tres funciones maternas (Ramírez y Castilla, 2008):

- La *presentación del objeto*: es la madre quien lleva el pecho o su sustituto a la boca del niño, si no el niño nunca lo encontraría y moriría por inanición.
- El *sostenimiento* (holding): el espacio y el tiempo son inabarcables para el recién nacido y la madre los adapta a las posibilidades del pequeño para que este pueda ir orientándose en ambos.
- Los *cuidados* (handling): la madre (o quien ejerza esa función) lava al niño, adapta su vestido a la temperatura ambiental, lo masajea si tiene dolor abdominal, etc.

Abadi (1996) comenta que Winnicott se pregunta: cómo es que el niño, y luego el adulto puede tolerar la brecha entre la fantasía y la realidad sin caer en el abismo de la desilusión.

El bebé no tiene aún la capacidad de reconocer la realidad. Esta capacidad se adquiere gradualmente. En la paradoja entre la capacidad para reconocer la realidad y la no aceptación de ésta, se despliega la ilusión como fenómeno que permite articular ambas experiencias de un modo original. Más adelante, en la vida adulta, la ilusión es la marca de la subjetividad y la ilusión compartida es la que da origen a los fenómenos grupales y culturales (Abadi, 1996).

2.2.1 Ilusión – desilusión.

Desde el punto de vista teórico, al comienzo del desarrollo de todo ser humano la adaptación de la madre a las necesidades del niño (cuando es lo suficientemente buena) da la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su necesidad de crear, brindando una breve experiencia de omnipotencia. Hay una coincidencia entre lo que la madre aporta y lo que el niño es capaz de concebir. Esta experiencia le permitirá al niño sobrellevar la realidad y, gradualmente gracias al proceso de desilusión, reconocerla, investirla y tolerarla (Abadi, 1996; Winnicott, 1951).

Según Winnicott (1951), no hay la menor posibilidad de que un niño parta del principio del placer al principio de la realidad por sí mismo, a no ser que exista una madre lo bastante buena que realice una adaptación activa a sus necesidades y que gradualmente vaya disminuyendo a tenor de su creciente habilidad para explicarse el fracaso de la adaptación y para tolerar los resultados de la frustración.

La adaptación, en principio casi perfecta, provee al niño de la capacidad para la *ilusión* de que el pecho es parte de él. La tarea de la madre consiste en desilusionar, pero no tendrá esperanza de éxito si primeramente, no ha sido capaz de dar suficientes oportunidades para la ilusión (Winnicott, 1951).

Entre la unión y la separación, satisfacción – frustración, completud – incompletud, momentos de ir y venir entre un estado y el otro, se origina una brecha, un espacio que tendrá el importante efecto psíquico de instaurar el límite entre el Yo y el No – Yo. (Abadi, 1996, p. 30).

Según Pelento (2004), el adecuado grado de oposición por el objeto materno, en el momento oportuno, es fundante en varios sentidos: a) permite que el bebé descubra sus propios límites; b) permite que el bebé comience a ubicar sus impulsos como algo proveniente de su interior (ya no son vividos como algo externo, “como un rayo o un relámpago”); c) posibilita la conversión de la fuerza vital en potencial de agresión, y d) hace que el bebé comience a diferenciar el objeto subjetivo que forma parte de su realidad interna, de una realidad externa formada por objetos comunes, objetos compartibles y compartidos.

Winnicott (1959) afirmaba que durante el periodo en que el bebé utiliza objetos transicionales se procesan otras transiciones. Por ejemplo, la que corresponde a las capacidades en desarrollo del niño, su creciente coordinación y el paulatino enriquecimiento de su sensibilidad.

El camino alucinatorio tranquiliza al niño que intenta reencontrarse con el objeto, porque lo pone en contacto con una representación de algo que ya fue satisfactorio. Su corta duración lo hace poco eficaz para procesar la frustración, ya que la necesidad se hace presente nuevamente. De allí que recurrirá a mecanismos más complejos para obtener aquello que lo calme (Abadi, 1996).

Los mecanismos mentales que el individuo pone en juego para elaborar la ausencia del objeto son variados y convergentes: por un lado, el recurso a las satisfacciones autoeróticas, también el reconocimiento de que la frustración no es ilimitada; pero muy especialmente el inicio de la actividad mental que le permite recordar, fantasear, soñar e integrar el pasado, el presente y el futuro (Abadi, 1996, p.31).

A partir de allí podrá unir representaciones entre sí, armando ideas con recuerdos de experiencias, y construirá una relación interna con el objeto que no está, que le permitirá tolerar la ausencia durante un tiempo cada vez mayor (Abadi, 1996).

De este modo, desde el nacimiento, el ser humano se ocupa del problema de la relación entre lo que es percibido objetivamente y lo que es concebido subjetivamente. Así pues, la zona que se propone es una zona intermedia, que le es permitida al niño

entre la creatividad primaria y la percepción objetiva, basada en la puesta a prueba de la realidad (Winnicott, 1951).

2.2.2 Objeto y fenómenos transicionales.

Winnicott (1951) presenta los términos “objeto transicional” y “fenómenos transicionales” para designar la zona intermedia de la experiencia, entre el pulgar y el osito de trapo, entre el erotismo oral y la verdadera relación objetal, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya ha sido introyectado, entre la inconsciencia primaria de la deuda y el reconocimiento de la deuda.

El término objeto transicional es utilizado por Winnicott para definir a un objeto material del entorno, por lo general blando, que el bebé elige y usa dentro del área intermedia de experiencias y que posee características paradójicas, pues aunque posee materialidad para el sujeto no proviene del exterior ni del interior. Su significado se ubica dinámicamente entre las satisfacciones autoeróticas y las relaciones objetales (Abadi, 1996; Zirlinger, 2004).

La importancia del primer objeto “no Yo” no radica en la excitación y satisfacción oral. Existen cualidades que se pueden estudiar (Winnicott, 1951):

- ✓ La naturaleza del objeto.
- ✓ La capacidad del niño para reconocer un “no Yo” en el objeto.
- ✓ La ubicación del objeto: dentro, fuera, en el límite.
- ✓ La capacidad del niño para crear, imaginar, inventar, originar y producir un objeto.
- ✓ La iniciación de un tipo afectuoso de relación objetal.

Además, según este autor es posible observar ciertas características especiales como las siguientes (Winnicott, 1951):

- ❖ El niño afirma una serie de derechos sobre el objeto y nosotros nos mostramos conformes con ello.
- ❖ El objeto es afectuosamente acunado, amado y mutilado.
- ❖ No debe cambiar, a menos que lo cambie el niño.
- ❖ Al niño debe parecerle que da calor, se mueve, tiene textura o hace alguna cosa que parezca mostrar que posee vitalidad o realidad propia.
- ❖ Desde nuestro punto de vista, procede del exterior, pero no desde el punto de vista del niño, tampoco procede de dentro; no se trata de una alucinación.
- ❖ El objeto tiende a ser relegado al limbo sin embargo puede haber fases regresivas luego de padecer alguna privación. Más tarde puede haber un retorno gradual a las otras posesiones, adquiridas con posterioridad (Winnicott, 1959).
- ❖ En el transcurso de los años no se olvida ni se lamenta su pérdida. El destino de los objetos transicionales es la pérdida de la significación. Sin embargo, la transicionalidad no es un fenómeno evolutivo o propio de una etapa, sino un modo de funcionamiento psíquico que luego es trasladado a otras experiencias (Abadi, 1996; Winnicott, 1951 y Zirlinger, 2004). Pierde significado, pero el espacio que inaugura es habitado luego por el juego, la creación, los diferentes elementos que componen el mundo de la cultura (Pelento, 2004).
- ❖ El objeto transicional puede ser conservado, gastado, entregado (lo cual no resulta satisfactorio), conservado por la madre – como reliquia de una preciosa época de su vida (identificación), etc. (Winnicott, 1959).

De este modo en los primeros años de vida, el niño presenta la tendencia a mezclar en su patrón personal objetos que no son él, es decir, objetos “no Yo” hasta cierto punto, se trata de objetos tales como el pecho materno (Winnicott, 1951).

Un objeto puede cumplir una función transicional siempre y cuando ocupe el lugar de la madre, pero de ninguna manera la reemplace totalmente, pues así se

elabora la ausencia (Abadi, 1996). Aunque los objetos transicionales son distintos para cada niño “No hay ninguna diferencia perceptible entre niños y niñas en lo que hace el empleo de su posesión “no Yo” originaria (objeto transicional)” (Winnicott, 1951, p.17).

Puede surgir alguna cosa o fenómeno – un ovillo de lana en una esquina de la manta o del edredón, o una palabra, una tonadilla, o algún amaneramiento – que sea de vital importancia para el niño en la hora de acostarse y que sea una defensa contra la angustia, especialmente la de tipo depresivo (Illingworth como se citó en Winnicott, 1951). Quizás el niño haya encontrado y utiliza algún objeto blando o el cobertor de la cuna; entonces este objeto se convierte en un objeto transicional. Esté sigue siendo importante, los padres se enteran de su valor y lo llevan consigo cuando van de viaje. La madre deja que se ensucie e incluso que huelga mal, a sabiendas de que si lo lavase, produciría una interrupción en la continuidad de la experiencia, interrupción que puede destruir el significado y el valor que el objeto tiene para el niño (Winnicott, 1951).

Winnicott (1951) sugiere que el patrón de los fenómenos transicionales empieza a manifestarse a los cuatro, seis, ocho y doce meses, justo en las edades que implican la posición depresiva anteriormente revisada. El periodo coincide con el surgimiento del miedo al extraño y precede a las incipientes muestras de independencia del infante, como son sus primeros pasos y palabras. Podríamos pensar que estos fenómenos se relacionan con una naciente diferenciación entre el niño y su madre y, en consecuencia, con la necesidad de un reaseguramiento en los momentos de soledad (ahora que el niño comienza a percibirlos) (Ramírez y Castilla, 2008).

Los patrones instalados en la infancia pueden persistir durante la niñez (Zirlinger, 2004). Y continúa siendo necesario para irse a dormir o cuando el niño se siente solo o le amenaza un estado anímico depresivo (Winnicott, 1951).

A medida que el niño empieza a utilizar una serie de sonidos organizados (mum, ta, da) es posible que “aparezca una palabra” destinada al objeto transicional. A menudo el nombre es significativo, y generalmente el mismo incorpora parcialmente alguna palabra usada por los adultos (Winnicott, 1951).

Sin embargo, a veces no hay ningún objeto transicional salvo la madre misma. También puede ser que el niño se vea tan alterado en su desarrollo emocional que no pueda disfrutar del estado de la transición, o que se rompa la continuidad de los diversos objetos utilizados. De todos modos, puede que la continuidad se mantenga de manera oculta (Winnicott, 1951).

El uso de un objeto transicional indica que se ha iniciado el trayecto de vinculación con el mundo externo que sea aceptable por el propio self, y que el individuo está personalmente presente, que la experiencia le es real (Zirlinger, 2004).

Winnicott (1951), explica que hay patrones que los bebés ponen de manifiesto en su utilización de la primera posesión “no Yo”. Se observa una amplia variación en la secuencia de acontecimientos que empieza en el acto de llevarse el puño a la boca, realizado por el recién nacido o el uso de un osito de trapo, una muñeca o algún juguete similar, sea duro o blando.

Por lo que el estudio no se centra en el primer objeto de las relaciones de objeto, si no en la *primera posesión*, y con la *zona intermedia* entre lo subjetivo y lo que se percibe objetivamente (De Caifa y Ameglio, 2013).

Pelento (2004) explica:

En la teoría de Winnicott cada objeto da lugar a la inauguración de un espacio: el objeto subjetivo inaugura el espacio del mundo interno; la madre como real e independiente del bebé inaugura el espacio de la realidad compartida, el objeto transicional inaugura el espacio de la creatividad (p. 3).

La manipulación del objeto transicional, va acompañada de pensamientos y fantasías enlazadas con las experiencias funcionales del mismo. Experiencias que no son ni internas (subjetiva) ni externas (percibida objetivamente) aunque involucre a ambas. Este fenómeno paradójico comprende la creación por parte del bebé de un objeto preexistente. El bebé crea un mundo que ya ha sido creado, pero que está a la espera de significación. La importancia de esta experiencia lleva al infante a la posibilidad de simbolización. Al conjunto de estas experiencias las llamó “fenómenos transicionales” (Abadi, 1996; Bareiro, 2009 y Winnicott, 1993).

Se dice que en cada individuo que haya alcanzado la fase en que es una unidad (con una membrana limítrofe, un interior y un exterior) hay una *realidad interior* un mundo interior que puede ser rico o pobre, que puede estar en paz o en estado de guerra. (Winnicott, 1951, p. 315).

Hay una tercera parte de la vida del ser humano, una parte que no se puede ignorar, una zona intermedia de experimentación, a la cual contribuyen tanto la realidad interior como la vida exterior. Es una zona que no es disputada, ya que ninguna reivindicación se hace por cuenta de la misma, salvo la de que exista como lugar de descanso para el individuo metido en la perpetua tarea humana de mantener separadas, y a la vez interrelacionadas, la realidad interior y la exterior (Winnicott, 1951; Winnicott 1971 y Zirlinger, 2004). El espacio transicional es como un puente que genera, une y separa a la vez el interior y el exterior del sujeto, y sólo importa lo que transita, se intercambia y transforma en él (Zirlinger, 2004).

Es frecuente referirse a la “puesta a prueba de realidad”, así como establecer una clara distinción entre la apercepción y la percepción. Winnicott describe la existencia de un estado intermedio entre la incapacidad y la capacidad creciente del niño para reconocer y aceptar la realidad (Winnicott, 1951).

Mucho se ha hablado de los efectos frustrantes que tiene la realidad, sin embargo se ha referido poco al alivio que produce su contacto. Si la experiencia de ilusión es imprescindible para que el bebé configure el objeto subjetivo, la experiencia de desilusión es imprescindible para la estructuración del mundo externo (Winnicott como se citó en Pelento, 2004).

El objeto transicional funciona por lo que hace ahí, por su valor de realidad y no por lo que significa, aunque represente a la vez la ausencia y la presencia del objeto. No es un sustituto simbólico, aunque sin él no se produce el espacio en el que surgirá el símbolo (Zirlinger, 2004).

Podemos decir entonces que con la emergencia de la transicionalidad se va produciendo el nacimiento y despliegue de tres espacios de experiencia: el interno, el externo y el potencial (Winnicott, 1959; Zirlinger, 2004):

- 1) El interno, corresponde a la realidad psíquica o interior del individuo, y es a partir de esta realidad psíquica personal que el individuo “alucina”, “crea”, “piensa” cosas o las “concibe”. De ella están hechos los sueños aunque éstos se revisten de materiales recogidos en la realidad exterior.
- 2) El externo se refiere a la realidad exterior, el mundo que paulatinamente es reconocido como “distinto de mí” por el bebé sano en desarrollo que ha establecido un self, con una membrana limítrofe, logra diferenciar un adentro y un afuera.
- 3) La tercera zona corresponde a los fenómenos transicionales del bebé. En la medida que el bebé no haya llegado a los fenómenos transicionales, su aceptación de los símbolos será deficiente y su vida cultural quedará empobrecida.

Los tres espacios que los objetos inauguran permiten la construcción de una “vida personal” enriquecida por el contacto íntimo de la persona consigo misma, por una relación real con las otras personas y el medio ambiente, y por la posibilidad de gozar de experiencias creadoras (Pelento, 2004). Para Winnicott la capacidad de crear es la manifestación de sentirse vivo, verdadero y real. Así, la posibilidad de la experiencia del fenómeno transicional es la experiencia de la propia existencia (Bareiro, 2009).

2.2.3 Relación del objeto transicional con el simbolismo.

La aceptación de la realidad es una empresa que nunca concluye y persiste a lo largo de toda la vida. El conflicto de relacionar la realidad psíquica con la realidad externa, y el riesgo de confundirlas, sólo se ve aliviado por la existencia y aceptación del área intermedia de ilusión, que siempre queda protegida de ataques y cuestionamientos. “Solo a partir de la creación de un espacio ambiguo entre el adentro y el afuera, y una investidura ilusoria del mundo, se hará posible y tolerable el reconocimiento de la realidad objetiva” (Abadi, 1996, p. 32). Es en esta tercer zona de

la experiencia que se logra la distinción entre Yo y no – Yo, entre lo propio y lo ajeno, entre lo subjetivo y la alteridad (De Caifa y Ameglio, 2013).

Al referirse a una zona <<entre>> no se remite a aspectos físicos – espaciales, si no que designa y pone el acento en modalidades de experiencia y de relación, lo que tiene también mucho de lo temporal en el contexto de lo que está aconteciendo, y que permite una cierta discriminación con el objeto junto con la pérdida (del objeto subjetivo), anuncio de simbolización. (De Caifa y Ameglio, 2013, p. 90).

“La simbolización implica tanto la pérdida como la sustitución” (Casa de Pereda como se citó en De Caifa y Ameglio, 2013. p. 103). Cuando se emplea el simbolismo, el niño ya estará distinguiendo claramente entre la fantasía y la realidad, entre los objetos internos y los externos, entre la realidad primaria y la percepción.

Algunas otras afirmaciones hechas por Winnicott (1951) con relación al objeto transicional y su relación con la simbolización son:

- ❖ El objeto transicional representa el pecho o el objeto de la primera relación.
- ❖ El objeto transicional antecede a la instauración de la realidad.
- ❖ Por medio de él, el niño pasa del control omnipotente mágico al control por la manipulación (con participación del erotismo muscular y del placer de la coordinación).
- ❖ A la larga, el objeto transicional puede convertirse en un fetiche y como tal persistir en forma característica de la vida sexual del adulto.
- ❖ El objeto transicional puede (debido a su organización erótico- anal), representar las heces.

Si es cierto que el objeto transicional y los fenómenos transicionales están en la base misma del simbolismo, se puede sostener que estos fenómenos marcan el origen de una tercera zona y puede resultar que esta tercer zona sea la vida cultural del individuo (Winnicott, 1959).

Los fenómenos transicionales continúan a lo largo de toda la vida siendo el lugar en el que se ubica la experiencia cultural, el arte, las religiones, o el fenómeno de la

ilusión grupal (la creencia en la coincidencia entre la expectativa individual y su cumplimiento por el grupo) (Käes como se citó en Ramírez y Castilla, 2008).

2.2.4 Patología en la transicionalidad.

Cuando hay fallas en la transicionalidad, estaríamos frente a condiciones de existencia que muy posiblemente desemboquen en el campo de la psicopatología (De Caifa y Ameglio, 2013).

Con relación a estas fallas en la transicionalidad, se encuentra el concepto de trauma pues este se refiere no solamente a un acontecimiento que ha sucedido, sino también a algo que no ocurrió cuando debía suceder. Por ejemplo, el trauma psíquico causado por una ausencia de respuesta de la madre- ambiente, objeto de la necesidad en los primeros e inaugurales vínculos entre madre e hijo (De Caifa y Ameglio, 2013).

Cuando la experiencia de la ilusión falla, una posibilidad es el replegamiento. La ausencia materna, vivida como pérdida del objeto único que suministraba todo, da origen a una fantasía en que tanto el reencuentro como el reemplazo parecen impensables. El duelo se instala para siempre. El objeto es vivido como irrecuperable y la separación como un abismo (Abadi, 1996).

Sin la ilusión, entonces una alternativa será vivir refugiado en el mundo interno, en un estado de ensoñación y aislamiento, sin poder amar a los otros ni participar en la ilusión compartida que forma parte del amor, el arte, la relación con el mundo en general (Abadi, 1996).

La otra posibilidad es un aferramiento patológico a un único objeto que sustituye a la madre. Winnicott la llama cronificación patológica del objeto transicional, o fetichización del objeto. No hay proceso simbólico. El cambio es de un objeto único a otro objeto único, no para elaborar la pérdida, sino para negarla (Abadi, 1996).

Cuando es excesiva la fijación a un objeto transicional, decimos que existe una patología de la transicionalidad.

Hay una tenue línea que separa el empleo positivo y negativo de estos objetos: entre el juego, la creatividad, la fantasía, el arte y el soñar por un lado; y el fetichismo, la mentira, los robos, las adicciones, el talismán de los rituales obsesivos, el objeto acompañante de las fobias, por el otro. Lo transicional no es el objeto si no el uso, la posibilidad del pasaje del narcisismo a las relaciones con objetos diferentes de sí (Abadi, 1996).

Si no se logra la simbolización y la aceptación de la separación, el aparato psíquico se verá dificultado para construir las representaciones internas de la madre; el niño y más tarde el adulto tendrán una tendencia a buscar objetos concretos de los cuáles dependerán adictivamente para aplacar el sentimiento de vacío y soledad (Abadi, 1996).

Winnicott, refiriéndose a pacientes fronterizos, plantea que en estos la ausencia de la madre más allá de lo tolerable, se vive y se experimenta como equivalente a su muerte (De Caifa y Ameglio, 2013).

La transicionalidad bien lograda da lugar a una estructuración psíquica en la que se puede aventurar el despliegue de la potencialidades personales, la cualidad y riqueza de los vínculos, mientras que la transicionalidad obstaculizada, fallida, distorsionada, da paso a existencias psicopatológicas, a las psicosis, a las estructuras limítrofes, a las adicciones, a los falsos self, etc. cuadros y situaciones en los que más allá de la nosografía lo que aparece es el sufrimiento, tal como se describe en el capítulo siguiente (De Caifa y Ameglio, 2013).

Capítulo 3. Descripción y comparación de la organización limítrofe y psicótica de la personalidad desde el modelo psicodinámico

Es importante señalar que el presente apartado teórico no pretende hacer un diagnóstico estructural del paciente, cuya evaluación y proceso psicoterapéutico se reportará como caso ilustrativo, si no describir desde la teoría algunas de sus características más importantes y que fueron motivo de interés para trabajar en este caso.

Para empezar parece necesario puntualizar el por qué, para el título del presente trabajo se eligió la palabra funcionamiento y no estructura, estado u otro término semejante. Aunque cabe aclarar que hay autores que usan estos términos de manera indistinta.

En este sentido, Chabert (2000), prefiere hablar de funcionamiento pues la palabra estructura o estado sugiere algo estático o en el caso del segundo término algo puntual y pasajero.

En todas y cada una de las personas interactúan de forma dinámica distintas formas de funcionar a lo largo de la vida. No existen “neuróticos, limítrofes o psicóticos puros”, en el sentido de que sólo utilicen mecanismos de defensa “del tipo que les corresponde”. Aunque sí podríamos hablar de un predominio o tendencia a funcionar de determinada forma. Cancrini (2007) propone la posibilidad y la necesidad de integrar o de sustituir, el término estructura por el de funcionamiento. Este autor explica que la diferencia fundamental entre las personas no es aquello que permite catalogarlas como “neuróticas”, “limítrofe” o “psicóticas”, sino lo que tiene que ver con el diferente umbral de activación en cada una de ellas. Además agrega que cada una estas formas de comportamiento son parte integrante de nuestra normalidad y que las regresiones a niveles de funcionamientos limítrofes son posibles.

En el caso de los niños, puede ser complicado describirlos en términos de organizaciones definidas pues al encontrarse en un periodo crítico de desarrollo se están integrando y su dinámica interna es menos estable que en los adultos (Blos, 1971).

Si consideramos las organizaciones neurótica, limítrofe y psicótica como posibilidades diagnósticas o al menos orientadoras en cuanto al funcionamiento psíquico nos encontramos ante ciertas dificultades y es que se han hecho diferentes planteamientos teóricos al respecto.

Hay autores como Bion (1957), quienes prefieren considerar la existencia de dos partes de la personalidad que coexisten en todas las personas: La parte psicótica y no psicótica de la personalidad. Será éste el primer autor a revisar debido al énfasis que hace de la dinámica que se despliega en ambas partes y ayuda a entender las características y funcionamientos de la parte que él denomina psicótica

3.1 Dinámica de la personalidad psicótica según Bion

El individuo desde el principio de su existencia, se enfrenta a diversos fenómenos emocionales para lo cual dispone de la conciencia, que en analogía con los órganos de los sentidos es considerada por Freud como “el órgano sensorial para la percepción de las cualidades psíquicas” (como se citó en Grinberg, 1976) y que para Bion (1955) existe desde el inicio de la vida.

El contacto con la realidad interna y externa, está estrechamente relacionado con este “órgano” y el modo de encarar dicha realidad depende de su funcionamiento. Las múltiples experiencias del individuo, en su contacto consigo mismo y con los demás, implican una confrontación entre su tendencia a “tener conciencia” y a no tenerla; entre su tendencia a tolerarla o evadirla. Esta confrontación y sus consecuencias configuran las diferentes mentalidades individuales, una de las cuales es la personalidad psicótica o parte psicótica de la personalidad (Grinberg, 1976).

La personalidad psicótica, no equivale a un diagnóstico psiquiátrico, si no a un funcionamiento mental, coexistente con otros modos de funcionamiento. En psicoanálisis, el diagnóstico psiquiátrico tiene un valor relativo.

El término de personalidad psicótica delimita un modo de funcionamiento mental cuyas manifestaciones se evidencian en la conducta, en el lenguaje y en el efecto que

tienen sobre el observador. Este estado mental coexiste siempre con otro estado que es conceptualizado como “personalidad no psicótica”; el individuo en análisis presentará evidencias de ambos, con predominio de uno o de otro, y con diferentes grados de estructuración y estabilidad (Grinberg, 1976).

Bion (1955) basa su propuesta teórica, tanto en su propia práctica clínica, como en lo escrito con anterioridad por Freud acerca del principio de realidad, en particular a lo referido al reconocimiento de impresiones sensoriales y al conflicto entre los instintos de vida y muerte, de los que también hizo mención Melanie Klein.

Con relación a esta última autora, Bion propone el término “personalidad psicótica” (1953; 1955) a partir de considerar su descripción sobre las fantasías de ataques sádicos al pecho, hechas por el niño durante la fase esquizoparanoide, y su descubrimiento de la identificación proyectiva. Este término describe una parte de la personalidad global, que todo individuo posee pero que puede ser predominante en algunos casos.

Para comprender cómo se origina y desarrolla la personalidad psicótica, debemos considerar una disposición congénita, un sentimiento de envidia y una disposición destructiva primaria, así como también la relación con una madre que ha sido incapaz de realizar su función de recibir, contener y modificar las violentas emociones proyectadas por el niño (Grinberg, 1976).

Bion (1955) reconoce que los disturbios en la psique provienen de la interacción ambiente – personalidad, sin embargo, en su obra destaca la descripción sobre cuatro rasgos fundamentales de la personalidad psicótica, los cuales se enumeran a continuación:

- 1) El predominio de impulsos destructivos tan fuerte, que hasta los impulsos de amor, son invadidos por ellos y convertidos en sadismo.
- 2) Un odio a la realidad, el cual se extiende a todos los aspectos de la psique que ayudan a reconocerla, incluyendo la realidad interna.
- 3) Derivado de los puntos anteriores, es un miedo continuo a una aniquilación inminente.

- 4) Formación precipitada y prematura de relaciones de objeto, entre la cuales la transferencia es la principal, cuya fragilidad está en contraste con la tenacidad con la cual se mantiene.

Las características enunciadas favorecen que su poseedor progrese entre las posiciones esquizoparanoide y depresiva de una manera diferente a quien no las tiene (Bion, 1957).

Bion (1955; 1957) propone que la diferenciación entre las personalidades psicóticas y no psicóticas, depende de diminutas escisiones de toda aquella parte de la personalidad, que está referida a la concienciación de la realidad interna y externa, y la expulsión de estos fragmentos, de tal forma que ellos entran dentro de sus objetos haciendo un uso masivo de la identificación proyectiva.

Bion (1955) recuerda que en la posición esquizoparanoide, las fantasías infantiles y los ataques sádicos al pecho materno, juegan un papel importante y agrega que ataques idénticos se dirigen contra el aparato de percepción. Esta parte de la personalidad, es fragmentada y por identificación proyectiva es expulsada.

Una vez habiéndose librado del aparato de percepción consciente de la realidad interna y externa, el paciente entra en un estado en el que no se siente ni vivo ni muerto (Bion, 1955).

Freud definía una de las distinciones que diferenciaba la neurosis de la psicosis:

En la primera, el Yo, en virtud de su lealtad a la realidad, suprime una parte del ello (la vida instintiva) mientras que en la psicosis, el mismo Yo está al servicio del ello, y se retira de una parte de la realidad. (Como se citó en Bion, 1957, p. 67).

Freud (como se citó en Bion, 1957) agrega, que las nuevas demandas hacen necesario una sucesión de adaptaciones en el aparato mental, ubicadas como funciones yoicas tales como:

1. La atención, a la que considera una función especial que investiga el mundo exterior, para que sus señales sean ya familiares si una necesidad interna urgente emerge

2. Memoria, como un sistema de notación, cuya tarea es la de depositar los resultados de esta actividad periódica de la conciencia.
3. El juicio, que debe decidir si una idea particular es verdadera o falsa.
4. El empleo de la descarga motora, para una alteración apropiada de la realidad y no simplemente como una descarga del aparato mental de un incremento de estímulo.
5. El pensamiento, que hace posible tolerar la frustración.

A diferencia de Freud, Bion (1957) considera que el Yo nunca se retira totalmente de la realidad, sino que su contacto con la realidad está encubierto de una fantasía omnipotente encaminada a destruir, tanto la realidad como la conciencia de la misma, y así entonces, alcanzar un estado que no es ni vida ni la muerte.

Si se asume que el contacto con la realidad nunca se pierde completamente, los fenómenos neuróticos nunca están ausentes por completo tampoco y por lo tanto, existe una parte no psicótica de la personalidad que coexiste con una parte psicótica, pero que es oscurecida por la primera (Bion, 1957).

El aparato de la percepción consciente está íntimamente relacionado con el pensamiento verbal y con todo lo que provee, en la etapa primitiva.

“La identificación proyectiva de la percepción consciente, y los comienzos del pensamiento verbal, asociados con ella, constituyen el factor central en la distinción entre la personalidad psicótica y la no psicótica” (Bion, 1955, p. 59).

Desde la perspectiva de Bion, lo anterior ocurre desde el principio de la vida del paciente y hace que haya una divergencia cada vez más amplia entre las partes psicóticas y no psicóticas de la personalidad.

Para la parte psicótica de la personalidad, todas las impresiones sensoriales parecen haber sufrido una mutilación similar al pecho atacado por las fantasías sádicas del bebé. El paciente se ve atrapado en su estado mental, siente la falta del aparato de la percepción de la realidad, el cual hace posible la huida y la libertad misma, hacia la

cual él quisiera escapar. La amenaza es intensificada, por lo fragmentos expulsados dentro de cuyos movimientos se encuentra rodeado (Bion, 1955).

Dentro de la fantasía del paciente, las partículas expulsadas del Yo tienen una existencia independiente e incontrolada fuera de la personalidad. El término "objeto bizarro" describe el tipo de objetos de que el paciente psicótico se siente rodeado (Grinberg, 1976), cada partícula es sentida como si consistiera en un objeto real que estaría encapsulado en una parte de la personalidad que lo ha engullido. El carácter de esta partícula, dependerá en parte, del objeto real. Como por ejemplo, si el fragmento es relacionado con la vista, este será percibido como mirando al paciente. El objeto al verse envuelto, cubre y controla el fragmento de la personalidad que lo envuelve de tal manera que la partícula es vivida como una cosa (Bion, 1957).

Dado que estas partículas son usadas por el paciente como si fueran prototipos de ideas, que llegarán a convertirse en palabras más tarde, esta invasión del fragmento de la personalidad por el objeto contenido pero controlador, hace sentir que las palabras son realmente las cosas reales que designan, y por eso conducen a las confusiones descritas por Segal, que provienen del hecho que el paciente no simboliza sino más bien iguala. (Bion, 1955. p.61).

Lo anterior refiere una regresión hasta el establecimiento de ecuaciones simbólicas (Klein, 1930). De tal manera que trae como consecuencia para el paciente, que viva en un mundo de objetos que ordinariamente son los accesorios de los sueños. El paciente trata de usar objetos reales, como si fueran ideas y se sorprende cuando obedecen a las leyes naturales y no a las de su funcionamiento mental (Bion, 1955).

La identificación proyectiva, se encuentra relacionada con la incapacidad de la personalidad psicótica de introyectar, por lo que el paciente no puede integrar sus objetos sólo puede aglomerar y comprimirlos. Experimenta la entrada del objeto como un asalto, una retaliación de parte del mismo, por su propia intrusión violenta dentro de él (Bion, 1955).

Bion (1955) propone que la parte psicótica de la personalidad, ha sustituido a la represión, que es utilizada por la parte no psicótica. De tal manera que al no haber

represión, lo que debería permanecer en el “inconsciente” se reemplaza por el mundo de los sueños en el cual se mueve.

En cuanto al pensamiento verbal, atribuido a la posición depresiva, éste se encuentra perturbado, ya que es el que sintetiza y articula las impresiones sensoriales, y es esencial para la percepción de la realidad interna y externa: Por esta razón es sometido a continuos ataques.

De acuerdo con Bion (1955) es debido a la excesiva identificación proyectiva, en la posición esquizoparanoide, que se impidió la introyección y asimilación de impresiones sensoriales, y por consiguiente el establecimiento de la base firme de buenos objetos del cual depende la iniciación del pensamiento verbal por lo que concluye que el tratamiento de la personalidad psicótica, no tendrá éxito hasta que el paciente elabore los ataques destructivos que ejerce hacía su propio Yo, además de que logre elaborar la identificación proyectiva y la pueda transformar en represión e introyección.

3.2 Organización psicótica y limítrofe de la personalidad

Bion hace aportaciones importantes al entendimiento de la personalidad psicótica, sin embargo, se enfoca principalmente al tratamiento de adultos y en ocasiones es complicado lograr visualizar sus explicaciones en el caso de niños.

A continuación se compararán las características de la organización limítrofe de la personalidad y la psicótica, porque se encontró evidencia de ambos tipos de funcionamiento en el paciente que se reporta en este trabajo y fue necesario analizar las características de ambas para una mejor comprensión del caso.

En el presente estudio se observaron momentos en que el paciente presentaba funcionamientos psicóticos, mientras que en otros parecía más adaptado a su entorno. Debido a esta oscilación, se consideró que podría estarse formando una organización limítrofe, por lo que a continuación se hablará tanto de ésta como de la psicótica.

3.2.1 Elementos de la organización psicótica y limítrofe.

La dificultad para lograr consenso entre las diversas corrientes teóricas hacen evidente las complicaciones en el abordaje de los diferentes trastornos de personalidad; por lo que otros autores, han tratado de hacer instrumentos que evalúen y expliquen de una manera clara y sistemática las organizaciones de personalidad, tal es el caso de Selzer, Kernberg y colaboradores (como se citó en Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2002) quienes desarrollaron la *Personality Assessment Interview* (PAI) que explora el funcionamiento de la personalidad enfocada en las siguientes variables:

- ✓ Representaciones del sí mismo y del objeto.
- ✓ Cognición.
- ✓ Afectos.
- ✓ Capacidad reflexiva de un Yo observador.
- ✓ Empatía con el entrevistador.

Aunque la entrevista, parece estar especialmente diseñada para adolescentes, la manera en que se entienden estos componentes en las organizaciones neuróticas, limítrofe y psicótica de la personalidad, pueden ayudarnos a entender también a los niños, ya que los mismos componentes estructurales de la personalidad pueden valorarse a través del juego en la edad escolar (Kernberg et al., 2002).

Se esquematiza a continuación de manera puntual, lo que para Kernberg et al., (2002) son características propias de la organización psicótica y limítrofe (Véase Tabla 1):

Tabla 1 Características principales de la organización psicótica y limítrofe según Kernberg et al. (2002)		
	Organización psicótica	Organización limítrofe
Cognición	<ul style="list-style-type: none"> • Su discurso se mueve de temas concretos a abstractos y viceversa. • Uso inadecuado de los pronombres • Relato ilógico y mezcla de estados internos con eventos externos. • Bloqueo, rigidez y confusión entre lo animado e inanimado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contradicciones en el discurso que es capaz de reconocer si se le señala. • Utiliza extremos para describir las situaciones. • Cualidad de pensamiento rígido, convencional y ensayado. • Relato discontinuo y tangencial.
Afecto	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentemente independiente al contenido y a la interacción. • Impredecible. • Puede haber “aplanamiento” de los afectos y rigidez. • Afectos intensos y explosivos que tienden a actuarse • Afectos indiferenciados y difusos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afecto apropiado al contenido, inadecuado para la interacción. • Expresiones afectivas con fluctuaciones abruptas que se expresan más que verbalizase.
Representaciones del sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> • Al contactar con otro en un inicio puede ser muy restringido y vigilante en su autorrepresentación. • Posteriormente emerge un retrato rígido, restringido y caótico del sí mismo. • Aunque se pueda presentar a sí mismo como muy integrado, esa representación no es objetivamente verificable. • Experiencia de sí mismo evasiva y cambiante. Con frecuencia contiene características parciales de los demás. • Puede verse controlado por otros. • Para evitar mayor deterioro del sentido del sí mismo puede definirse por medio de la negación de la fuente externa. 	<ul style="list-style-type: none"> • La relación de la persona consigo misma es contradictoria. Expone un aspecto de sí misma como si constituyera su totalidad. Pero si le es señalado puede construir un punto de vista más integrado. • Tiende a describirse en términos de cómo lo perciben los demás y le es difícil expresar un punto de vista de su experiencia subjetiva. • Poca curiosidad de sí mismo, le es más relevante su actitud crítica y observadora que mantiene hacia los demás.

Tabla 1 Características principales de la organización psicótica y límite según Kernberg et al. (2002)		
	Organización psicótica	Organización límite
	<ul style="list-style-type: none"> No puede determinarse como algo distinguible de representaciones de objetos o de personas. 	
Representación del objeto	<ul style="list-style-type: none"> Los objetos se fusionan unos con otros; lo simbólico y lo concreto se fusionan. El individuo manifiesta extrañas mezclas de objetos con personas (“una bruja en mi estómago”) o de objetos animados e inanimados (“puedo hacer llorar a la televisión y a mi mamá”). El sujeto no muestra habilidad para distinguir entre objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> Los otros son vistos en términos de las necesidades del individuo. Los demás se describen en términos de funciones: “el me ayuda” “ella trabaja para mí”. Los demás también se describen de manera general, simple y polarizada, sin ser consciente de las contradicciones.
Capacidad de reflexividad o del sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> Cualquier insinuación de observarse a sí mismo es rechazada. Las observaciones de la persona se refieren sólo a la entrevista o al ambiente. No existe evidencia de autoobservación. 	<ul style="list-style-type: none"> El individuo se observa a sí mismo sólo con el apoyo de otro, pero sólo bajo parámetros restringidos y posteriormente no le da un uso a su momentánea reflexión. La persona no se auto-observa, es capaz de estar de acuerdo o no con lo que se le dice que sí mismo pero no elabora más allá.
Empatía	<ul style="list-style-type: none"> Los esfuerzos del entrevistador no son aceptados por el individuo, y cuando se le confronta puede mostrarse confundido. Puede atribuir motivos negativos a los esfuerzos del entrevistador por entenderle. El paciente malinterpreta totalmente el propósito y los objetivos del entrevistador. No hay evidencia de que el paciente esté consciente de la presencia del entrevistador. 	<ul style="list-style-type: none"> La empatía se caracteriza por dos cuestiones contrastantes. En algunas ocasiones es notoria y en otras ausente, habiendo cambios abruptos en ésta. Por sí mismo no puede integrar los aspectos discordantes pero al confrontarlo el paciente puede reconocer la incongruencia.

Lo anterior puede ser una guía para tener mayor claridad de la dinámica de un paciente aunque no siempre es fácil detectarlo en el juego. Como puede observarse,

ambas organizaciones son similares y las fronteras entre ambas pueden llegar a ser difusas, ello se debe a que ambas tienen un origen muy cercano en desarrollo, tal como se verá en el siguiente apartado.

3.2.2 Génesis de las organizaciones limítrofes y psicóticas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – V) de la Asociación Psiquiátrica Americana (2014), nos orienta de una forma principalmente descriptiva, pero es la teoría psicoanalítica la que trata de explicar la génesis de los trastornos vistos como organizaciones o formas de funcionar.

Tanto las organizaciones limítrofes como psicóticas se gestan en fases muy tempranas de desarrollo, remontándose su historia hasta estadios pregenitales.

Kernberg (como se citó en Cancrini, 2007), explica que el desarrollo precoz del Yo prevé dos tareas fundamentales que deben afrontarse en rápida sucesión: la diferencia entre imágenes del Sí mismo e imágenes del objeto y la integración de las imágenes de origen libidinal y agresivo. La primera tarea se lleva a cabo cuando el sistema nervioso del niño se va desarrollando, esto le permite utilizar la percepción y las huellas mnémicas para discriminar el origen de los estímulos internos y externos, favoreciendo la distinción entre imágenes referidas al Sí mismo e imágenes referidas al objeto.

La segunda tarea puede realizarse sólo desde un aparato psíquico que realiza una distinción clara entre imágenes referidas al Sí mismo y al Objeto y posee una memoria relativamente estable. Puede darse solamente a partir del desarrollo del sistema nervioso (la memoria) pero posee rasgos de orden más específicamente psicológico y ambiental. Se basa en la integración de las imágenes del Sí mismo y de los objetos que se forman en la mente del niño.

Cancrini (2007) explica que el fracaso de la primera tarea, que se produce en el primer año de vida puede depender, a manera de hipótesis, de un retraso genéticamente condicionado en la evolución de las estructuras que permiten su

ejecución, así como de una reacción inadecuada del entorno a dicho retraso, o por una serie de dudas y errores por parte de la figura materna, que correspondería al desarrollo de las psicosis. De ahí se derivan estructuras de personalidad que seguirán teniendo a lo largo del tiempo dificultades para diferenciar el sí mismo de los objetos y que deben usar defensas mutiladoras para no retroceder, en situaciones de estrés, a estados mentales caracterizados por la pérdida de esa diferenciación (Rogler y Hollingshead como se citó en Cancrini, 2007).

El fracaso de la segunda tarea, que se produce por primera vez entre la mitad del segundo año de vida y la segunda mitad del tercero, se lleva a cabo con vivencias alternas en la infancia y la adolescencia y puede avanzar o retroceder durante el resto de la vida – corresponde, al principio de la edad adulta, a la definición de lo que Kernberg denomina estructuras limítrofes; es decir, son personas que mantienen una conciencia de los límites del Yo y una diferenciación clara entre el Sí mismo y los objetos (y, por lo tanto un contacto con el principio de realidad), pero que son incapaces de realizar una síntesis de las imágenes contradictorias referidas al Sí mismo y a los objetos y que, a causa de ello, presentan dificultades, sobre todo en situaciones de gran estrés, para integrar el concepto del Sí mismo y para establecer relaciones caracterizadas por la constancia y la totalidad integrada del objeto. Todo esto da por resultado una organización defensiva basada en la escisión, siendo muy distinta de la organización neurótica centrada en la represión y en las dificultades para elaborar el Edipo (Cancrini, 2007).

Kernberg et al., (2002) explican en términos de la elaboración de las fantasías la diferencia entre los pacientes psicóticos y limítrofes, partiendo del supuesto que su origen se encuentra dentro del proceso de separación - individuación que propone Mahler.

Por lo tanto, para el psicótico sería: “Yo y mi mamá somos uno”; en una visión simbiótica, en la cual el sí mismo y el objeto están fusionados, sin fronteras. Mientras que para el limítrofe sería: “Estoy enganchado a mi mamá y por consiguiente, ella no puede sobrevivir sin mí y yo sin ella” – lo cual muestra una falla en la etapa de diferenciación (Kernberg et al., 2002).

Aunque en los trastornos limítrofes pueden encontrarse temores y deseos de fusión, estos conservan la distinción entre las imágenes del sí mismo y del objeto, por más primitivas que éstas puedan ser. Por tanto, se propone que la alteración límite puede surgir no solo de crisis de reaproximación, sino también de fijaciones o regresiones a fases tempranas de diferenciación o ejercitación del proceso de separación e individuación (Kernberg et al., 2002).

3.2.3 Mecanismos de defensa y dinámica en la organización psicótica y límite.

Es importante hacer algunas puntualizaciones a fin de aclarar la dinámica defensiva de la organización límite o psicótica y mostrar cómo es que ninguna de estas últimas logra alcanzar el funcionamiento neurótico por basarse en mecanismos defensivos más primitivos.

En la organización neurótica la represión tiene la función de alejar de la conciencia, ocultar y evitar la representación psíquica en forma de pensamiento, imagen o recuerdo de la satisfacción de una pulsión, debido a que puede provocar malestar ante otras exigencias (Laplanche y Pontalis como se citó en Cancrini, 2007).

Por lo que los mecanismos defensivos más frecuentes en la organización neurótica, basados en la represión son: el desplazamiento, aislamiento, formación reactiva, racionalización y proyección (Cancrini, 2007).

Por su lado el funcionamiento límite en el niño, no alcanza hacer tales elaboraciones y en su lugar se caracteriza por una difusión de la identidad, defensas primitivas y en una general capacidad de mantener el juicio de realidad, aunque el nivel pueda variar. Esta última se puede observar a través de la incidencia de la desorganización del juego y en los términos de la capacidad del paciente para suspender el juego y retomar la cotidianidad al finalizar la sesión (Kernberg et al., 2002).

Es a partir de la escisión, que el paciente limítrofe hace uso de mecanismos tales como son: la idealización primitiva, omnipotencia y desvalorización, negación, identificación proyectiva y otras formas inmaduras de proyección.

La organización limítrofe hace mayor uso de la negación, ligada a la escisión. El objeto malo, se mantiene separado del bueno pero además es denegado, junto a la frustración y las sensaciones negativas, negando la realidad psíquica y ocasionando a su vez intensos sentimientos de omnipotencia típica del pensamiento infantil. Esta negación omnipotente equivale en el inconsciente a la aniquilación mediante la pulsión destructiva (Cancrini, 2007).

La escisión explica la dificultad que estos sujetos tienen para tolerar la ansiedad, pues cualquier estímulo negativo les refiere a un todo “malo”, creando imágenes unilaterales de lo externo y de sí mismo (Cancrini, 2007).

La manifestación más común de funcionamiento limítrofe es una mente que tiende a emitir juicios polarizados y la oscilación entre estados de ánimo opuestos y sus correlatos afectivos (Cancrini, 2007).

Un funcionamiento de este tipo es natural en el niño de 15 a 21 meses. La superación de la angustia de separación señala la estabilidad alcanzada en la relación con el objeto amoroso. La integración del objeto, prepara al niño para los aspectos madurativos de la separación que seguirá a su nacimiento psicológico real (Cancrini, 2007).

Por otro lado, a diferencia de la organización limítrofe, al hablar de los trastornos psicóticos se describen personas que debido a una carencia precoz de aporte narcisístico, se traduce un día u otro, de modo inmediato o progresivo, la indistinción del sujeto y el objeto, en la ausencia de los límites del Yo, en la indistinción entre pulsión, realidad y fantasía (Bergeret, 1981). No se definen por la ambivalencia y el temor de que lo bueno contamine lo malo, el temor que experimentan es a una caída repentina y definitiva de los límites del Yo y de la consiguiente fusión del Sí mismo y del objeto que correspondería a la pérdida del contacto con la realidad (Cancrini, 2007).

Hasta puede confundirse con objetos inanimados o intermedios, como mascotas (p. ej., el niño sano juega a que es un gato, el niño psicótico siente que es un gato) (Kernberg et al., 2002).

Estas organizaciones, con una sintomatología pseudodeficitaria o, por el contrario, hipercreadora, no tiene otra finalidad que la de restaurar desesperadamente el narcisismo y de defender como sea al sujeto contra una angustia muy primitiva de fragmentación y contra el reino de la agresividad y del masoquismo primario (Bergeret, 1981).

En cuanto a las relaciones interpersonales, el paciente con trastorno psicótico, en su vida personal establece relaciones afectivas significativas sólo con las personas que no pueden evitar, como los miembros de su familia. En caso distinto se encuentran los de trastorno límite quienes parecen siempre estar en búsqueda de una relación significativa con otra persona, pero realizan idealizaciones excesivas que se alternan con vivencias de persecución, dificultando sus relaciones personales (Cancrini, 2007).

Los trastornos relacionados a la organización psicótica se diferencian de otros principalmente por dos dimensiones básicas: la primera enfatiza la evitación de los demás por parte del paciente, y su incomodidad y comportamiento inapropiado al interactuar; la segunda describe su proceso de pensamiento, el cual es mucho más obviamente idiosincrásico en comparación con sus contrapartes en otros trastornos de personalidad (Kernberg et al., 2002).

Según Kernberg et al. (2002) los mecanismos de defensa para los psicóticos son estrategias de afrontamiento ante las angustias de caer indefinidamente al vacío y miedo a vaciarse uno mismo por completo y aunque el paciente puede recurrir a la identificación proyectiva y a la negación, las elecciones más comunes son:

- Encapsulamiento autista, una forma extrema de aislamiento.
- Congelamiento motriz, como inmovilidad.
- Constricción del pensamiento e inconsistencia afectiva con una visión limitada del paciente (de túnel) con respecto a su experiencia y a la del mundo.

- Dispersión de la realidad, por medio de la cual el paciente puede protegerse a sí mismo del enemigo mediante multiplicarlo en pequeños enemigos de diferentes tamaños.
- Deanimación – convertir al enemigo en una entidad no amenazante.
- Animación de los objetos inanimados para así ejercer un control total.

Kernberg et al., (2002) explican que las defensas típicamente psicóticas incluyen las formas más primitivas de proyección, fragmentación y somatización, como son la hipocondriasis extrema, la animación de objetos inanimados, la desanimación de objetos animados, la formación de objetos extraños, delirios y alucinaciones.

En un estudio realizado por Verhulst en 1984 (como se citó en Kernberg et al., 2002) en el que se trató de distinguir a los niños limítrofes de aquellos neuróticos y psicóticos a partir de 28 variables tomadas de la literatura, se concluyó lo siguiente al diferenciar a los psicóticos de los limítrofes:

Los niños limítrofes se caracterizaron por angustia de aniquilación, procesos de pensamiento primario, niveles inestables de funcionamiento yoico, alteraciones de identidad, mecanismos de defensa primitivos, estados micro psicóticos, funcionamiento superyoico ineficaz, funcionamiento motor torpe, actividad fantasiosa significativa y una discrepancia entre las habilidades y preferencias y el funcionamiento real. La constricción y su opuesto – conexiones exigentes, con una adherencia excesiva y poco predecible- reflejaron la fluctuación típica de las relaciones de los niños con los demás. Las alteraciones de identidad se consideraron el mejor reactivo diferenciador por sí mismo, entre los niños limítrofes (en quienes está presente) y los neuróticos (en quienes no se encuentra).

Según Rosenfeld y Sprince (como se citó en Kernberg et al., 2002) un sentido alterado de la identidad, es un criterio diagnóstico básico para la organización limítrofe de la personalidad. Verhulst (como se citó en Kernberg et al., 2002) sostiene la misma convicción de que es uno de los dos criterios más confiables para diagnosticar niños como limítrofes, el otro es la existencia de cambios abruptos en los niveles de funcionamiento yoico.

En los niños, el trastorno de personalidad límite se caracteriza por la presencia de múltiples síntomas neuróticos y conductuales – incluyendo obsesiones, fobias, compulsiones y rasgos histéricos – que ya deberían haberse superado. Su inestabilidad de los niveles de funcionamiento psíquico, con regresiones abruptas, explica su juicio y su impulsividad, así como su relación perturbada con la realidad (pueden sin embargo, lograr la prueba de realidad) (Kernberg et al., 2002).

Los niños límite con frecuencia se presentan en un inicio con alteraciones consideradas como leves y hasta después de una evaluación prolongada o un proceso terapéutico, se evidencia la grave patología (Kernberg et al., 2002).

Los niños psicóticos parecen tener un funcionamiento general más predecible, a pesar de sus alteraciones en el funcionamiento social y cognitivo, lo cual es todo un contraste con la notable fluctuación manifestada por los niños límite (Kernberg et al., 2002). Los niños psicóticos presentaban con mayor frecuencia y de forma típica, constricción, así como un comportamiento superficial en su contacto con los demás, relaciones basadas en la satisfacción de necesidades, peculiaridades del discurso y del habla, interés especial por un tema o un talento específico, y resistencia al cambio del ambiente (Kernberg et al., 2002).

3.3 Tratamiento desde el modelo psicodinámico y el modelo ecosistémico

Existen un sin número de modelos de propuestas de intervención psicoterapéutica y formas en que se ha intentado tomar lo mejor de ellos para tratamientos exitosos. De tal intención han surgido propuestas que pretenden integrar diferentes modelos, sin embargo, la manera en que esto se hace también varía. De este modo Seymour (2011) menciona cuatro patrones de integración:

- ❖ **Eclecticismo técnico:** consiste en seleccionar las intervenciones particulares que desde la evidencia empírica han demostrado ser efectivas para ciertas problemáticas.

- ❖ Factores comunes: identifica estrategias y procesos de cambio que se comparten por diversos modelos psicoterapéuticos.
- ❖ La integración asimilativa: trabaja desde un modelo específico en el que de forma selectiva se incorporan elementos de otras orientaciones dentro de la intervención. Por lo tanto se conserva una base teórica desde la que se comprende el caso y se reinterpretan las técnicas utilizadas.
- ❖ Integración teórica: pretende crear un sistema unificado que se caracteriza por una aproximación comprensiva de la integración de dos o más teorías sobre la patología y las técnicas terapéuticas.

Como es notorio, en el presente trabajo la línea que guió la comprensión y las intervenciones fue el modelo psicodinámico, pues en un principio la intención era seguir su método, ya que parecía ser el más claro para explicar la dinámica psíquica del paciente y cuyo tipo de intervenciones se vislumbraban accesibles. Sin embargo, hubo otros elementos que comenzaron a actuar durante la evaluación y la intervención, como la etapa de mi formación y el avance en ésta, durante la cual se iban añadiendo nuevos conocimientos y nuevas formas de intervenir lo que por momentos parecía atractivo y se leía efectivo, dando por resultado que el tratamiento se fuera modificando de forma gradual, llegando a ser poco consciente de cómo iba sucediendo y guiada en muchas ocasiones por la sensibilidad terapéutica desarrollada.

Las intervenciones se fueron modificando a la luz de la comprensión del caso y las demandas manifiestas y latentes tanto del niño como de sus padres. Es claro que en todo proceso de intervención con niños se requiere tener flexibilidad para una mejor atención.

Además, las distintas voces que me guiaban en la formación, desde la tutoría, la supervisión, los docentes, los compañeros de residencia y la propia reflexión, fueron con frecuencia un rompecabezas que debía ser ordenado para adquirir sentido y conformar un estilo propio. La intervención no fue “pura” en un estricto sentido, pero consideró aspectos importantes que se fueron integrando para colocarse al servicio del paciente.

Dado lo anterior se explicarán algunas propuestas desde el modelo psicodinámico para el tratamiento infantil, que fue la principal línea que orientó este trabajo junto con las propuestas de O'Connor (2002) quien desde su modelo ecosistémico formuló un sistema de intervención más estructurado para llegar a la interpretación.

3.3.1 Materiales.

Para comenzar, es importante señalar lo referente a los materiales utilizados. Desde el enfoque psicoanalítico se ha propuesto que para llevar a cabo el trabajo con niños puede emplearse una caja de juego con materiales que favorezcan la simbolización y al que solo él y el terapeuta tendrán acceso. Aberastury (1962) considera necesario ofrecer a cada niño un cajón que sea solo de él, porque necesita curarse de toda posesión, sin interferencias, de algo que para él llegará a significar lo que fue su primitiva relación con la madre.

La caja de juego cobra progresivamente importancia, siendo revelador de su dinámica interna a partir de la forma en que utilice el contenedor y su material. Desde el primer momento de contacto, el terapeuta y la habitación se ofrecen receptivamente al niño y la caja es un símbolo de esta situación que debe mantenerse siempre (Aberastury, 1962).

Aberastury (1962) sugiere un material estándar que satisface las necesidades de un niño hasta 4/ 5 años y con pocas modificaciones sirve también para niños de más edad; cubos, plastilina, lápiz, papel, lápices de color, goma de pegar, algunos muñecos pequeños, trapitos, cordel, autos, tacitas, platitos, cubiertos, cortaplumas y tijeras. Posterior a la evaluación puede completarse con lo que se piense sea más adecuado para su edad.

Con relación a los materiales utilizados, hay autores como Padilla (2003) que admiten el uso de otros materiales pues afirman que el tener variedad de material de juego permite que el niño, dependiendo de su edad, etapa psicosexual, necesidades

personales y ambientales, así como fijaciones en su desarrollo, elija el juego y el material que requiere emocionalmente para la expresión de su inconsciente. Por lo que, pueden incluirse materiales como personajes, pintura digital, casa de muñecas, títeres, juegos de mesa, etc. así como todo material que se considere pueda ser útil.

Incluso hay autores como Febbraio (2011) quienes afirman que desde la hora de juego diagnóstica el material debe ser cada vez más específico de acuerdo a la condición del niño. Así, ha propuesto diferentes tipos de cajas que llegan a incluir materiales como: instrumentos musicales que favorezcan nuevos recursos expresivos preverbales, muñecos de felpa que puedan usarse como objetos transicionales, sogas, telas grandes, entre otros.

3.3.2 Intervenciones.

En el ámbito psicoanalítico suele darse un papel estelar a la interpretación dentro de las intervenciones, la cual de acuerdo a la Laplanche y Pointalis (2004) se puede definir como:

Deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. (p. 201).

En la cura, se refiere a la comunicación hacia al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura. (p. 201).

Sin embargo, no suele ser la intervención inicial ni la única. Además, es importante señalar que dadas las características de desarrollo de los niños, éstas han de adecuarse y favorecerse en un contexto de juego terapéutico.

Por lo que autores como Janin (2012) puntualizan varios tipos de intervenciones en la terapia psicoanalítica con niños:

1. Intervenciones verbales.
2. La contención, el “sostén”, que implica posibilitarle al otro un despliegue pulsional sin desorganizarse.
3. La ligazón con los afectos: el nombrar los afectos, el devolverle una imagen de sí que lo conecte con lo que le pasa. Es fundamental ubicar al niño como un ser vivo que siente y ayudarlo a conectarse con esos afectos; presupone pasar del afecto al sentimiento, a través de la identificación.
4. El armado de una trama que permita la construcción de una historia.
5. Construcciones de la historia que permite ubicar al niño en un antes y un después, diferenciar un pasado y un futuro. Armado de un mito que sostenga y dé cuenta de los avatares posteriores.

Por otro lado, hay autores como O’Connor (2002) que han desarrollado sistemas de intervención que puede resultar una guía general para el tratamiento con niños, con la debida precaución de no tomarlo como “una receta”, sino como una orientación.

O’Connor (2012) enfatiza también el uso de la interpretación y aunque su modelo va dirigido a solucionar problemas, es posible observar cómo está íntimamente relacionado a un modelo psicodinámico pues resalta el valor del lenguaje como un puente para simbolizar el pensamiento, elaborar la experiencia y apoyar en la regulación emocional.

Durante el tratamiento, el terapeuta requiere hacer principalmente dos cosas (O’Connor, 2002):

1. Traducir las emociones y pensamientos complejos detrás del juego del niño en un lenguaje que pueda entender, este lenguaje debe ser apropiado al nivel de desarrollo.
2. Entregar las interpretaciones en un paso a paso y de forma sistemática para no resultar abrumador.

El modelo y los recursos de trabajo con los que cuenta el terapeuta, según O'Connor (2002), son los siguientes:

➤ **Reflejos**

a) De contenido. Son enunciados que el terapeuta hace para identificar los pensamientos y sentimientos detrás de lo que el niño hace o dice.

No son solo repetir lo que se dice, lo reflejos agregan nuevo material.

b) De motivo. Son enunciados específicos sobre las razones para decir o hacer una cosa en particular.

Los reflejos tienen diversos propósitos:

1. Demuestran al niño que el terapeuta está interesado en el pensamiento detrás de la acción.

2. Se amplía el vocabulario afectivo del niño.

3. Se reemplaza algunas conductas en palabras lo cual reduce el acting out en las sesiones y en el mundo real.

4. Dan la oportunidad al terapeuta de validar sus percepciones sobre el estado emocional del niño o de corregirlas.

➤ **Identificación del patrón**

En este nivel el terapeuta simplemente identifica repeticiones abiertas o encubiertas en el juego, comportamiento o en las verbalizaciones del niño. El terapeuta debe operacionalizar las repeticiones tan claramente como sea posible y dar ejemplos de cómo se han manifestado. Los patrones pueden referirse a hechos concretos o a temas que se repitan.

El principal propósito es ayudar al niño a ver en su comportamiento significado y no solo una serie de eventos aislados, lo cual llevará a pensar en posibles soluciones.

Inicialmente el terapeuta deberá señalar las repeticiones dentro de la sesión y posteriormente los patrones a través de las sesiones.

➤ **Dinámica simple**

En este nivel el terapeuta establece conexiones entre los pensamientos, afectos o motivos y los patrones de comportamiento previamente reflejados e identificados. Por ejemplo, se podría sugerir que un niño que ha dejado sin finalizar una serie de actividades es debido a que teme fallar.

A través de las interpretaciones de dinámica simple se alienta al niño a observar la continuidad entre afectos y significados a través del tiempo.

➤ **Dinámica generalizada**

Estas interpretaciones conectan el comportamiento manifestado en sesión con el que se presenta fuera de ésta. Por ejemplo, el terapeuta puede señalar cómo la tendencia a abandonar actividades en sesión es similar a no terminar el trabajo escolar, mientras se sugiere que ambas se deben al temor a fallar.

➤ **Interpretaciones genéticas**

Un primer tipo de estas, son interpretaciones que proveen al niño de insight acerca de la raíz de sus problemas. Un segundo se refiere a interpretar las creencias y significados que el niño presenta.

En el caso del segundo tipo, estas derivan de la experiencia inicial del niño y que frecuentemente son la principal razón de que el niño no pueda cambiar su comportamiento.

Por ejemplo, el temor de un niño a fallar puede deberse a una creencia de ser “tonto” y que a su vez puede estar vinculado a una madre que lo ha criticado. El terapeuta ha de ayudar al niño a evaluar de forma realista sus capacidades versus la abrumadora crítica dada por la madre.

El terapeuta debe ser cuidadoso en no resultar abrumador con las interpretaciones y una vez evaluado el efecto en el niño, en ocasiones ha de modularlas. Una forma de hacerlo es ajustar la distancia entre el niño y el

contenido de la interpretación con el uso del “como si” en el contexto de la relación terapéutica antes de hacer la conexión directa con la historia del niño.

Estas interpretaciones del “como sí” implica a los personajes que aparecen en el juego, dibujos u otro material de fantasía. De esta forma se establece una transición del contenido del juego a la vida real del niño.

Las interpretaciones en el contexto de la relación con el terapeuta son aquellas que involucran sentimientos que el niño está teniendo hacia el terapeuta. Puede ser mucho más fácil que el niño acepte estar molesto con el terapeuta que con su madre. Estas interpretaciones son particularmente efectivas para manejar las resistencias y la transferencia.

Finalmente, O’Connor (2002) menciona que el terapeuta ofrecerá interpretaciones directamente al niño en el contexto de su experiencia en la vida real. Estas interpretaciones pueden ser tan simples como “pareces molesto” o tan complejas como “te sientes poco amado por que tu madre te hirió muchas veces cuando eras pequeño”.

Como se dijo anteriormente, está es una propuesta general para la intervención con niños, sin embargo, hay que considerar que de acuerdo a las características y tipo de organización de personalidad que esté desarrollando el niño, habrá que hacerse aún más adecuaciones. Este es el caso los pacientes psicóticos y limítrofes debido a que su organización psíquica se encuentra en fases primitivas y su patología incluye regresiones arcaicas que exigen un ajuste constante de los parámetros utilizados puesto que dependen en buen grado de las reacciones, muchas veces impredecibles del paciente (Márquez como se citó en González, 2013).

3.4 Tratamiento de pacientes psicóticos y limítrofes desde el modelo psicodinámico

En el tratamiento de toda condición psicológica, nos encontramos frente a una disyuntiva y se refiere a que incluso dentro de la misma perspectiva psicoanalítica se discute cuál es la “esencia de la cura”. Mitchel (como se citó en González, 2013) postula tres modelos que interpretan, de diferente manera, los fenómenos psíquicos, y dan lugar a tres concepciones básicas correspondientes, sobre la acción terapéutica desde el psicoanálisis: el modelo pulsional, el de detención del desarrollo y el del conflicto relacional.

El primero privilegia el insight, y se centra en la comprensión de los pacientes neuróticos; el de la detención del desarrollo busca que el análisis proporcione al paciente las experiencias que le faltaron durante su evolución y el del conflicto relacional (organización de la personalidad, lazos objetales y esquemas transaccionales), ofrece una nueva experiencia que permite una salida hacia la recuperación. Las dos últimas concepciones son aplicables a pacientes psicóticos y limítrofes (González, 2013).

Autores como González (2013) y Kernberg (1975) consideran que en el tratamiento de las estructuras fronterizas y psicóticas tendrían más aplicación las modalidades de psicoterapia psicoanalítica que un psicoanálisis como tal, ya que las primeras implican una observancia menos estricta de la neutralidad y el reconocimiento de los fenómenos y las resistencias transferenciales ya que el self fraccionado o desintegrado, propio de los limítrofes y psicóticos no permite una intervención basada exclusivamente en la interpretación. Por tanto el terapeuta ha de buscar un punto medio entre ser directivo y conservar cierta neutralidad en el tratamiento del paciente.

Durante el tratamiento, el paciente límite presenta dificultades para integrar las representaciones del terapeuta y, corre el riesgo de idealizar o de vivenciar la relación terapéutica como persecutoria. Sin embargo, la capacidad de distinguir al Sí mismo de los objetos, les permite reconocer el contexto de las intervenciones y aunque puedan ser contradictorias, existen y se reconocen como distintas de Sí mismo y por lo tanto es posible que se integren en una experiencia real del paciente (Cancrini, 2007).

Un caso distinto es el de los pacientes con organización psicótica de la personalidad. Pues al no poder distinguir claramente entre el Sí mismo de los objetos, su ansiedad se incrementa ante la relación de una persona que percibe como instancia de control y valoración. No puede reconocer los mensajes asociados al contexto y le impide en la práctica desarrollar una reflexión que considere la relación de las intervenciones terapéuticas (Cancrini, 2007).

Estas reacciones en la relación terapéutica, tienen importantes implicaciones en el tratamiento, pues el paciente con características de personalidad limítrofe es capaz de contextualizar el significado de estas observaciones y de utilizarlo para conocerse a sí mismo. Por el contrario el paciente con organización psicótica de la personalidad, es incapaz de reconocerlas como suyas, acentuando la rigidez de su mecanismo defensivo: negando con fuerza las palabras del terapeuta o ignorándolas (Cancrini, 2007).

González (2013), señala que ya que en las diferentes psicopatologías se mezclan dinámicamente los conflictos, las carencias y las experiencias relacionales tempranas, no es posible ni recomendable usar un único modelo en el tratamiento, esto es compartido por autores como Kernberg et al. (2002) quienes sugieren intervenciones multimodales.

3.4.1 Tratamiento para la organización psicótica.

Lavietes (1978) considera que hay tres factores principales que complican el tratamiento de las psicosis en la infancia. Uno es la variedad de síndromes de conducta que incluye este tipo de diagnóstico, ya que abarca conductas que van desde la virtual inconsciencia respecto del ambiente humano hasta una disposición al pensamiento desorganizado bajo presiones ambientales. Un segundo factor se debe a la diferencia considerable de opiniones en cuanto a la causa, ya que la opción terapéutica depende de la teoría causal sustentada. El tercer factor es la prognosis deficiente, en particular en lo que se refiere al niño con un serio grado de psicosis; esto lleva a experimentaciones terapéuticas, no siempre exitosas.

3.4.1.1 Propósitos de tratamiento.

En el tratamiento de las psicosis infantiles pueden plantearse distintos propósitos en el tratamiento. Diversos autores afirman que el principal, es la estructuración de aquellas partes de la vida del niño psicótico que suplan y enseñen las funciones pérdidas o no adquiridas, de tal manera que se fortalezca y desarrolle su Yo (Aubin, 1977; Clarizio y McCoy, 1981; Dallal y Bodeck, 1974).

No es posible hablar del tratamiento de las psicosis infantiles en términos rígidos, ya que se encuentran distintos factores influyentes como los siguientes (Dallal y Bodeck, 1974):

1. El paciente también tiene recursos, funciones sanas de la personalidad que pueden ser utilizadas en la tarea terapéutica.
2. El niño psicótico generalmente forma parte de una familia; dentro de ella, tiene relaciones comprensibles y funciones definidas. Es necesario evaluar y conocer la situación familiar como parte del problema clínico, y determinar las necesidades de incluirla en el tratamiento, con qué metas y procedimientos específicos.
3. El medio, esto incluye la situación escolar, la situación económica de la familia y las tradiciones culturales que en ellos se presentan.
4. Los mismos recursos terapéuticos se encontrarán en dos niveles: por una parte, habrá imágenes ideales de los diversos aspectos del tratamiento; por otra, los recursos reales que ya existan o que se puedan reclutar, preparar o hasta improvisar al hacer un programa realista.

Se trata de ayudar al niño a tener una identidad propia que permita organizar la confusión en la que se encuentra: ofertarle un lugar, una relación creativa que permita contener y poner en orden su existencia y ayudarle a enfrentarse a las crisis que puedan presentarse en la vida (Jiménez, 1999).

Por lo que las metas principales son (Jiménez, 1999; Mahler, Furer y Settlege como se citó en Clarizio y McCoy, 1981):

- 1) La restauración o formación de una mejor integridad del esquema corporal, que debería asegurar un mejor sentido de la identidad.
- 2) El desarrollo simultáneo de mejores relaciones de objeto.
- 3) La restauración de las funciones de que se carece o deformadas en el desarrollo del Yo.

González (2013) también sugiere que las intervenciones se han de dirigir a mantener la relación, favorecer el principio de realidad e interpretar distorsiones transferenciales

Por su lado, Jiménez (1999) afirma que en el tratamiento se han de contener las ansiedades del niño y a través de una relación privilegiada con el adulto se debe propiciar:

- ✓ Buscar significantes, darle un sentido a sus actitudes y a sus manifestaciones.
- ✓ Ayudarle a estructurar un orden diferencial en su esquema psíquico, donde tenga cabida el orden simbólico y puedan asumir las diferencias.
- ✓ Posibilitar nuevas defensas más amoldadas a la realidad, posibilitar nuevas identificaciones.
- ✓ Ayudar a elaborar la herida narcisista, aumentada en muchos casos por la vivencia escolar (en cuanto a realidad).

Estas metas no son sencillas de alcanzar por lo que el proceso suele ser largo e incierto (Aubin, 1977; Dallal y Bodeck, 1974; Lasa, 1998).

Por otro lado, diversos autores (Aubin, 1977; Clarizio y McCoy, 1981; Dallal y Bodeck, 1974; Janin, 2012; Jiménez, 1999; Sperling, 1993) remarcan la importancia de ejercer intervención sobre las familias dado que en los casos de psicosis infantil se ha detectado modos de funcionamiento patológico debido a su falta de comprensión y respuesta al niño.

Jiménez (1999) explica que la relación entre el niño con trastornos mentales graves y su familia suele estar muy alterada; la propia gravedad del niño desilusiona, deprime, desorganiza, creando círculos viciosos de relación, perniciosos por ambas

partes y en muchos casos perpetuando la situación. Por lo que propone reuniones semanales de carácter informativo y orientativo, donde se van abordando las dificultades, progresos, ansiedades, dudas, etc., que plantea la relación con estos niños en el ámbito familiar. Este autor afirma que desde el primer momento aparece la desesperanza, la angustia, pero también los profundos sentimientos ambivalentes hacia los hijos, las dudas, la rabia, lo cual motiva una intensa culpa a su vez.

A medida que avanza el proceso, aparece el gran dolor por la pérdida del hijo ideal, siendo esencial que puedan elaborar el duelo que eso supone aceptando al hijo real, proceso largo y complicado con múltiples recaídas a medida que el niño crece (Jiménez, 1999).

Autores como Lavietes (1978) y Sperling (1993), han observado que las actitudes patológicas por parte de los padres, en especial de las madres, desempeñan un papel importante en la génesis de la enfermedad del niño por lo que se llega a recomendar un psicoterapia directa o incluso psicoanálisis para estos, pues muchas veces el niño desarrolla el acting out de los deseos y necesidades inconscientes de sus progenitores, que además favorecen a través de la distorsión de la realidad y la enseñanza de la irrealidad, los temores y deseos primitivos de destrucción, la necesidad inconsciente de tener un niño psicótico y la incapacidad para percibir las necesidades del niño o para ejercer sobre él la autoridad básica.

Se trata entonces de involucrar a las familias en las adecuaciones ambientales necesarias para el estado del niño, comprometerlas con el tratamiento, favorecer su restablecimiento narcisista y trabajar los factores inconscientes que perpetúan los síntomas del niño.

Según Lavietes (1978) en general, las técnicas psicoterapéuticas empleadas con los niños psicóticos pueden tener tres fases que se basan en el nivel funcional del niño, sin tener en cuenta la causa o un tratamiento anterior:

❖ **Primera fase: Superación de la barrera autista**

Para formar una conciencia inicial con respecto a los seres humanos, el terapeuta se vuelve un factor de importancia total en la vida del niño, brindándole

a menudo cuidados físicos, ofreciendo su aceptación incondicional, aprovechando los canales receptivos del niño al proporcionar un reflejo de ellos, removiendo lo que pueda obstaculizar la gratificación y ayudando al niño a expresar sus impulsos, gratificándolos con seguridad.

Aubin (1977) afirma que en las psicosis de la primera edad, el primer esfuerzo consiste en implicar al niño en una experiencia simbiótica correctiva. Para sacarle de su “concha autística” se emplean medios indirectos tales como el grato estímulo de los órganos sensoriales, la audición musical y diversas actividades terapéuticas. Es un primer paso hacia la prueba de realidad, muy progresiva y al ritmo propio del niño.

❖ **Segunda fase: Desarrollo de las funciones del Yo**

Al actuar el terapeuta como un Yo auxiliar y proporcionar funciones del Yo tan necesarias como la traducción de los impulsos primitivos al lenguaje y la interpretación de acontecimientos; la terapia se concentra en el desarrollo de las funciones del Yo, de relación con las personas, percepción de la realidad (conciencia de sí mismo y de la realidad externa), postergación de la gratificación y esclarecimiento de los impulsos y sentimientos. El terapeuta actúa como un límite mientras ayuda al niño a establecer los suyos. De este modo se ayuda al paciente a hacer frente a las presiones internas y externas con mayor éxito y a desarrollar una conducta más adecuada.

❖ **Tercera fase: Resolución de problemas intrapsíquicos e interpersonales**

En esta fase el objetivo es la comprensión del conflicto que originó el retraimiento es aplicable a aquellos niños psicóticos que pueden utilizarla. La participación activa del terapeuta en las fantasías y la limitación de las mismas para que no se vuelvan demasiado amenazantes, la importancia dada a los controles intelectuales, la regulación de la vida fuera de la terapia, el trabajo con la parte del Yo que permanece intacta y la utilización de una relación correctiva

con el terapeuta para proporcionar comprensión de las experiencias frustrantes anteriores (Laviertes, 1978). La nueva relación con el terapeuta es una oportunidad para que su Self se reconstruya y mejore la realidad de sus interacciones (González, 2013).

Cecchi (2005) afirma que en el tratamiento de psicóticos, del mismo modo que en el de neuróticos, se obtienen avances a partir de hacer consciente lo inconsciente, ligar representaciones y afectos, y así la contrainvestidura que era utilizada para sostener las defensas disminuye, y esa libido es utilizada por el Yo para recatetizar la representación de los objetos que había abandonado.

3.3.1.2 Características de la intervención.

Algunas consideraciones en el tratamiento que aporta Cecchi (2005) son las siguientes:

- Con los padres se les aclara que no deben decirle al niño que va a jugar con una persona, sino que va a ver a un profesional que se va a ocupar de lo que le sucede, para entenderlo y ayudarlo. De lo contrario puede haber una no diferenciación entre tratamiento, escuela o algo recreativo.
- El dispositivo y los materiales son los mismos que con los niños neuróticos. Aunque es esperable que el terapeuta se encuentre con mayores dificultades para la comprensión, debido a que las conductas y lenguaje de estos niños no corresponden a lo generalmente esperado.
- La frecuencia recomendable es la mayor cantidad de sesiones posibles por semana, debido a que es indispensable la contención que el niño recibe del terapeuta.
- El terapeuta debe permitirse un mayor grado de regresión, conectarse con los dolores más profundos del paciente. Con pacientes psicóticos se trabaja más con lo histórico que con los neuróticos, para develar las situaciones traumáticas que han dejado huellas, las cuales se van descifrando a través de lo corporal,

especialmente en los niños que no tienen lenguaje, y así se va reconstruyendo la historia.

- La explicitación del deseo del terapeuta en cuanto a la mejoría o el cuidado del niño, por ejemplo: “No quiero que te muerdas porque no quiero que te lastimes”. El terapeuta debe ser un objeto deseante, ya que lo que está en juego en estos niños es el ataque al deseo. El objetivo es ofrecerle un modelo diferente porque siempre ha sentido que lo que hace no tiene efectos y reacciones en el otro. Hay que demostrarle que sus acciones tienen sentido (autoagresiones, aislamiento, agresiones) y están dirigidas a alguien que responde a esta acción. Por un lado, las intervenciones del terapeuta son más directas por que hay menos tiempo (por el peligro real de las autoagresiones y por el rápido deterioro) y, por otro lado, el cuidado del terapeuta es un modelo distinto de la hostilidad de los progenitores.
- La transferencia ha de ser interpretada para que el paciente pueda elaborar estos contenidos inconscientes proyectados, según el momento del tratamiento y secuencia del transcurso de la sesión.

Por otro lado, Kernberg et al. (2002) resaltan lo siguiente:

- Exponerlos a grupos para desarrollar habilidades sociales les permite recibir entrenamiento y aprender comportamientos interpersonales. Para algunos niños, la psicoterapia individual puede preceder al trabajo grupal con la finalidad de infundir habilidades básicas y reducir su angustia, lo que le prepara para participar en un grupo.

Los niños que rechazan las amistades pueden, de hecho, ser sensibles al abandono de los demás, y tanto ellos como sus familias necesitan ser ayudados para comprenderlo. La contratransferencia puede servir como señal importante para encuadrar comentarios que se centren en la conciencia empática del niño acerca del impacto de su comportamiento en otras personas. Entonces, el niño puede empezar a evaluar si dicho impacto es el que él quiere tener y a adquirir algunas habilidades para crear uno diferente.

Según Jiménez (1999) la base fundamental es establecer de forma no intrusiva una relación privilegiada con el niño, respetando sus defensas psicóticas pero haciendo una aproximación paulatina para que éstas puedan ir modificándose. Una vez establecido este vínculo, el niño irá viviendo las fases del desarrollo emocional, inicialmente con una fase simbiótica muy intensa, para posteriormente ir separándose y pudiendo manejarse con defensas más amoldadas a la realidad, con mayor capacidad de frustración y con la aparición del deseo, motor importante del desarrollo mental. Es importante actuar como continente de los elementos psíquicos intolerables, darles un sentido para que el niño pueda asimilarlos y admitirlos.

En este mismo sentido Aubin (1977) destaca que se han de tener presentes las partes sanas de la personalidad del niño y a partir de ellas reconstruir un universo de relación que mejore progresivamente y se aproxime cada vez más al universo concreto real. El fin persigue transformar los significados de la existencia, implícitamente admitidos por el sujeto, reflejo o causa de una ansiedad profunda frecuente. El medio principal es a través de una neorrelación estructurante.

El terapeuta ayuda a proteger al niño de las realidades que pueden ser excesivamente duras. Sin embargo, le ayudan también a entender los diversos aspectos de la realidad, tales como las funciones corporales y las relaciones sociales. Asimismo, establece límites firmes para las conductas destructivas (Clarizio y McCoy, 1981).

Cecchi (2005) también destaca la mente del terapeuta como aspecto fundamental del escenario terapéutico, en especial al comienzo del tratamiento y con pacientes replegados. La mente del terapeuta es el continente, el espacio mental, de las producciones del paciente, de sus expresiones y de todo lo que sucede en la sesión, aún de lo más nimio. Implica un esfuerzo consciente por ser la memoria de todo lo que sucede. El paciente necesita esta función y pone a prueba a su terapeuta todo el tiempo. Si esta función falla, el paciente se siente defraudado y responde con agresión, expresada según el modo de funcionamiento: el autista se replegará, el esquizofrénico agredirá o lo resolverá mediante un pensamiento delirante, el confusional entrará en un estado de mayor confusión y desorganización.

3.4.1.3 La interpretación.

Puntualizando brevemente la cuestión de la interpretación, se ha de tener en cuenta que ante el dilema técnico entre actuar e interpretar, sobre todo ante las conductas destructivas del paciente, la prioridad es salvaguardar la integridad y dignidad personal del mismo (González, 2013) y aunque no debe haber una urgencia interpretativa, sino un proceso que garantice un nuevo desarrollo (Winnicott como se citó en González, 2013), tampoco ha de descartarse el uso de la interpretación pues facilita procesos de integración y la aparición de mecanismos reparatorios, que se traducirán en una mayor adecuación a la realidad, que tanta falta hace en los pacientes psicóticos (Luzzi y Bardi, 2009).

Siguiendo con el cuidado que ha de tenerse en las técnicas interpretativas Aubin (1977) señala que:

Siendo un niño un ente en vías de evolución continua, por definición inmaduro e integrado en un cuadro familiar que le es necesario, no podría exponerse sin peligro a revelaciones traumatizantes (y con mucha frecuencia hipotéticas) que por otra parte, no siempre pueden comprender y asimilar. Hay, pues que tomar en cuenta la edad del niño y su nivel de regresión para adoptar determinado modo de psicoterapia. (p. 273).

Según Cecchi (2005) en el caso de los niños esquizofrénicos y confusionales nada parece diferenciarse los fenómenos transferenciales de aquellos descritos en la psicosis de transferencia de los adultos. Los niños esquizofrénicos transfieren figuras persecutorias o de extrema dependencia, que los llevan a manifestar temor y violencia o adherirse al terapeuta de manera extrema mientras los pacientes confusionales proyectan su estado de confusión y las fallas en la diferenciación con el objeto materno. En ambos casos se considera indispensable interpretar la transferencia.

En los autistas, el aislamiento que al comienzo del tratamiento es defensivo, se convierte, en el transcurso de proceso, también en expresión transferencial. Es un modo de decir esto no me gusta, este otro me da miedo, o rabia, etc. Proyecta en el

analista los sentimientos hacia sus objetos primarios y reproducen un modo de vinculación. Esto debe ser interpretado para que adquiera sentido (Cecchi, 2005).

Las actividades propuestas para este tipo de niños suelen ser libres evitando intrusiones excesivas por parte del adulto con el fin de fomentar y estar atento al mundo interior del niño, expresado en el juego, por sus actitudes y en ocasiones verbalmente. Sin embargo, puede llegar a haber ciertas actividades programadas para el control y estructuración del caos, especialmente cuando se trabaja en grupo (Jiménez, 1999).

Aubin (1977) en una revisión a cerca de algunos tipos de tratamiento para niños psicóticos, refiere el uso del dibujo, pintura y modelado como medios de comunicación privilegiados y eficaces, en especial cuando los componentes verbales están comprometidos.

Finalmente podremos hablar de avances en el tratamiento cuando se observa mayor espontaneidad, independencia y conexión con los demás, expresión más adecuada de los afectos y posibilidad de mediatizarlos con la palabra, apropiación de sus deseos auténticos y búsqueda de su satisfacción (Cecchi, 2005).

3.4.2 Tratamiento para la organización limítrofe.

3.4.2.1 Propósitos de tratamiento.

Kernberg et al. (2002), se suman a sugerir la terapia psicodinámica para los trastornos de organización limítrofe de la personalidad; dirigida al mejoramiento sintomático, pero también a retomar el desarrollo y la integración de la personalidad, por lo que consideran debe enfocarse hacia los siguientes aspectos:

a) Reelaboración de etapas de desarrollo sesgadas. Se considera que el desarrollo de la personalidad ha tomado un camino sesgado. No es suficiente realizar solo intervenciones de apoyo o de manipulación ambiental. En su lugar, es necesario deshacer y resolver la patología extrema de carácter y las configuraciones conflictivas.

- b) Promoción de la estabilidad yoica.** Los niveles cambiantes corresponden a representaciones organizadas del sí mismo y del objeto que son activadas con propósitos defensivos y para obtener ganancias primarias y secundarias, a fin de manejar la frustración y la angustia. No refleja la ausencia de una sólida organización defensiva del Yo, sino la presencia activa de una rígida constelación de defensas primitivas; los efectos de estas defensas contribuyen a producir y perpetuar la labilidad yoica (Kernberg, 1975; Kernberg et al., 2002).
- c) Fortalecimiento del Yo.** Es importante considerar que el Yo es un sistema que conlleva muchas funciones, las relaciones objetales representan sólo una de ellas y la debilidad yoica por sí misma puede ser utilizada con fines defensivos (Kernberg et al., 2002).
- d) Promoción del principio de realidad.** Los niños limítrofes, pueden tener breves episodios psicóticos relacionados con momentos de intensa emotividad, con síntomas paranoides, despersonalización, desrealización, disociación e intentos suicidas (González, 2013; Kernberg et al., 2002).

Cuando estos pacientes reciben tratamiento psicoanalítico, se suele observar en ellos una peculiar forma de pérdida de la prueba de realidad, e incluso ideas delirantes que se manifiestan sólo en la transferencia, en otras palabras, desarrollan una psicosis transferencial, debido a la reactivación de mecanismos arcaicos de defensa (González, 2013; Kernberg, 1975; Kernberg et al., 2002).

Por lo tanto, “psicosis transferencial” es una expresión que debe quedar reservada para aquellas situaciones en que la pérdida de la prueba de realidad y la aparición de delirios en la transferencia no afectan de manera notable el funcionamiento del paciente fuera del tratamiento (Kernberg, 1975).

Esta pérdida de la prueba de realidad en la transferencia constituye el más grande obstáculo para la capacidad del paciente de discriminar entre fantasía y realidad y entre el pasado y el presente, e interfiere además con su capacidad de distinguir a sus objetos transferenciales proyectados, del terapeuta como persona real (Kernberg, 1975).

e) Apoyo en el proceso de separación - individuación. El logro de la individuación, a su vez, fortalece el Yo. También resulta relevante la validación del juicio de realidad, la facilitación de los canales de sublimación y el incremento de la adaptación externa. El aumento en la tolerancia de los afectos, en especial de la angustia y la depresión, sería otra de las metas (Kernberg, 1975; Kernberg et al., 2002).

Este es uno de los núcleos más importantes de la intervención pues autores como Masterson (como se citó en Kernberg, 1975) sugiere que:

El síndrome fronterizo es el resultado de la sensación de abandono causada por el cese de suministro por parte de la madre en el momento en que el paciente intentaba separarse e individuarse. La necesidad de este último de defenderse contra los sentimientos de abandono produce el detenimiento del desarrollo y el cuadro clínico de este síndrome. (p. 145).

Settlage (como se citó en Kernberg et al., 2002) enfatiza la importancia en el desarrollo de esta fase y puntualiza la función de reflejo de la madre como fundamental para el desarrollo de la comprensión y la empatía; lo cual, el terapeuta debe considerar en su interacción terapéutica:

- Interés en las habilidades en desarrollo del niño.
- Distribución de significado a las actividades del niño.
- Compartir el poder.
- Afirmación del creciente sentido del sí mismo y de la identidad del niño.
- Validación de la importancia continua que tiene el niño para la madre.
- Aceptación y manejo de las necesidades del niño.
- Estar disponible cuando se le necesita.
- Tolerancia a la agresión, así como a la creciente autonomía del niño.

Lo anterior ayuda para capacitar al paciente en la toma de conciencia de sus deseos y necesidades tempranos a través de la verbalización.

El trabajo con los padres se vuelve importante, pues la tarea es resolver la adherencia excesiva patológica, la persecución vigilante y el alejamiento precipitado

a través de un trabajo conjunto madre/ hijo. Al trabajar con la díada madre – hijo, el terapeuta explora y hace surgir la angustia en torno a la individuación de manera sistemática: los miedos al abandono, a la pérdida total y a la aniquilación. Estos temores deben ser verbalizados, tanto por la madre como por el niño y el terapeuta debe empatizar con ellos. De esta manera debe ser alentado el proceso de separación/individuación a que continúe hacia la constancia del sí mismo y la constancia objetal (Kernberg et al., 2002).

f) Considerar otras intervenciones necesarias. Kernberg et al., (2002) consideran que es de suma importancia identificar las alteraciones cognitivas y lograr combinar todas las intervenciones necesarias: farmacológicas, educativas y psicoterapéuticas, para conseguir delinear los objetivos apropiados para el tratamiento de los síntomas. Sugieren además, informar a los padres y al paciente acerca de sus déficits para aprender a adaptarse a estos; al estar consciente de ellos y aceptar sus propias limitaciones, se mantendrá menos propenso a la angustia y la depresión, y podrá empezar a establecer mejor contacto con sus compañeros de escuela y adultos significativos.

g) Apoyo al establecimiento de relaciones con los compañeros. La falta de empatía hacia los demás, que es característica del niño con estructura limítrofe se refleja en una relación deficiente con sus compañeros. En el contexto terapéutico, es importante verbalizar lo que está pasando en la relación en todos sus momentos, como si el terapeuta fuera el compañero de juego real, de tal manera que le exprese lo que los niños pueden sentir cuando conviven con él. Este enfoque es útil para capacitar al niño hacia el desarrollo de sus habilidades sociales.

h) El trabajo con los padres. Según Kernberg et al. (2002) debe dirigirse hacia brindar apoyo y clarificación de los límites y roles tanto generacionales como sexuales. Este enfoque capacita a los padres para la inclusión de los hijos mientras se mantiene la alianza como pareja. Se ha observado que los padres de niños limítrofes, se relacionan con mayor frecuencia con sus hijos como si fueran sus hermanos, o la madre o el padre se relacionan con el niño a partir de la exclusión del otro padre.

Otro elemento a trabajar es explicar al niño las diferentes facetas de la relación materna, y trabajar sobre sus expectativas con respecto a lo impredecible y al rechazo. Con frecuencia estos pacientes necesitan evaluar el juicio de realidad de los padres, incluyendo las limitaciones de éstos como seres separados de ellos. Aumentando su capacidad de reflexionar acerca de las circunstancias, sin sentir que ellos son los causantes o víctimas del ambiente familiar.

i) Mentalización. Este punto es propuesto por Bateman y Fonagy (2005). Estos autores basan sus intervenciones en hacer que el paciente aprenda a pensar sobre la relación de causa y efecto, en cuanto a los sentimientos y las relaciones interpersonales, introduce demoras en la liberación de impulsos o la evitación. El paciente tiene percepciones diferentes de la realidad, por lo cual es imprescindible el proceso de mentalización, a fin de que él pueda concebir que existen diversas maneras de ver las cosas. Lo cual es explicado por Bateman y Fonagy (2005) como “el proceso mental por el cual el individuo implícita o explícitamente interpreta sus acciones y las de otros como significativas en base a estados mentales intencionales como los deseos personales, necesidades, pensamientos, creencias y razones” (p. 22). Lo anterior ha de repetirse constantemente para llegar a ser interiorizado (psicológicamente) o grabado en forma de nuevos circuitos neuronales (biológicos) (Bateman y Fonagy, 2005; Fonagy y Target como se citó en Gunderson, 2002).

3.4.2.2 Características de la intervención.

Ekstein (como se citó en Pelento y Olmos de Paz, 1977) sostiene que las características típicas de la estructura mental de los niños límite como: la fluctuación yoica constante entre una organización psicótica y otra neurótica; la fluctuación en la capacidad de tolerar el dolor del reconocimiento; la falta de controles yoicos; la vulnerabilidad intensa frente a los estímulos externos e internos, tienen necesariamente implicaciones técnicas.

La psicoterapia orientada psicoanalíticamente se lleva a cabo de 2 a 3 veces por semana durante un mínimo de 1 a 2 años, este criterio es muy semejante al utilizado en

adultos como lo ha descrito también Gunderson (2002). Los materiales de juego deben ser sencillos y servir también para actividades que implican coordinación motora gruesa – pelotas de esponja y equipo de boliche – o juegos de fantasía – muñecas, soldados, títeres, superhéroes y monstruos de plástico de diversos estilos, que permitan la elaboración de fantasías primitivas asociadas con la fantasía de la vida de juego y la creatividad (Kernberg et al., 2002).

Por otro lado, considerando los aportes de Kernberg (1975), el enfoque de tratamiento que Kernberg et al. (2002) proponen para los niños, es multimodal, con atención tanto al niño como al ambiente. Esto implica que quizá sea necesario trabajar de modo directo con la familia para promover un estilo de vida estable y predecible, y corregir las interacciones intrafamiliares patógenas que respaldan la escisión, la proyección y la negación.

Dadas las características particulares de los niños límite, Ekstein (como se citó en Pelento y Olmos de Paz, 1977) estudió otros modos de interpretación diferentes de la interpretación clásica para reforzar el Yo de estos niños hasta que estén en condiciones de beneficiarse con tal técnica.

Los recursos más importantes que propone Ekstein (como se citó en Pelento y Olmos de Paz, 1977) son:

- **Acto simbólico:** Se apoya sobre el uso consciente de un acto, una actitud o el juego de determinado papel simbólico para ponerse en contacto con el niño. Estos actos deben responder rigurosamente a las necesidades del niño y no a la necesidad interna del terapeuta, por lo que en ocasiones se deberá aprender a no usar determinadas palabras.
- **Interpretación dentro de la metáfora:** Ekstein dice que el paciente al borde de la psicosis tiende a usar la metáfora en el punto en que la organización psíquica se ha debilitado mucho, cuando los procesos primarios amenazan con invadir las funciones yoicas y cuando la habilidad para comunicarse en un nivel simbólico abstracto está desapareciendo, es decir, cuando está perdiendo la capacidad de diferenciar entre objeto y signo o símbolo. Así mantiene distancia con significados emocionales que le son intolerables.

Ekstein (1988) en su experiencia clínica, comenta que le ha sido útil buscar una forma de interpretar que le permita al niño no verlo como una persona que lo fuerza a salir de su fantasía, si no como alguien que simplemente comenta. Esto es hacer las cosas más entendibles en lugar de insistir en un cambio. Por lo que no se debe intentar forzar la prueba de realidad, pues esto puede atemorizar al niño a las tareas que no puede resolver aún. De esta manera la metáfora crea una relación especial entre el niño y el terapeuta y un puente entre su mundo interno y externo.

Con relación a lo anterior Rosenfel y Sprince (como se citó en Pelento y Olmos de Paz, 1977) afirman que suele haber poco acuerdo en el manejo de niños límite. Pues existe la discusión en cuanto a la utilidad de interpretar de entrada las conductas impulsivas o funcionar predominantemente como auxiliar del Yo. Sin embargo, estos autores consideran que el uso de una u otra modalidad depende de una serie de variables: el contexto terapéutico, el grado de acting y la personalidad del terapeuta.

Por otro Kernberg (1975) propone algunas otras características de tratamiento para los casos limítrofes con enfoque de psicoterapia psicoanalítica modificada y aunque están enfocados principalmente a adultos puede ser valioso considerarlo también para el tratamiento de niños:

- I) Elaboración sistemática de la transferencia negativa manifiesta y latente, sin intentar la total reconstrucción genética de sus motivaciones, seguida de la “desviación” de la transferencia negativa mediante el sistemático examen de aquella en las relaciones del paciente con los demás.
 - II) Señalamiento e interpretación de las maniobras defensivas patológicas, a medida que aparecen en la transferencia negativa.
 - III) Estructuración precisa de la situación terapéutica, para bloquear la actuación en el proceso, por medio de explicitar las condiciones de la terapia y establecimiento de límites estrictos para la agresión no verbal que se admitirá.
- Yemans y cols. (como se citó en Gunderson, 2002) subrayan la importancia de hacer explícito hasta dónde llegan el papel y las responsabilidades del terapeuta, lo cual en el caso de los menores de edad ha de ser explicado a sus

padres con el fin de devolver también la responsabilidad que a ellos les corresponde en el proceso psicoterapéutico.

- IV) Utilización de factores estructurales ambientales, como la internación (en casos necesarios).
- V) Abordaje selectivo de aquellos aspectos de la transferencia de la vida del paciente en los que se ponen de manifiesto sus defensas patológicas, en la medida que éstas inducen al debilitamiento yoico y producen una disminución de la prueba de realidad.
- VI) Utilización de las expresiones de transferencia positiva para el mantenimiento de la alianza terapéutica y señalamiento solo parcial de aquellas defensas destinadas a proteger la transferencia positiva.
- VII) Estimulación de modalidades de expresión más adecuadas a la realidad para aquellos conflictos sexuales que, debido a la condensación patológica de la agresión pregenital con las tendencias genitales, dificultaban la adaptación del paciente, dicho de otra manera se intentará “liberar” la capacidad de desarrollo genital más maduro de sus intrincaciones con la agresión pregenital.

Según Kernberg (1975), al paciente primero se le debe permitir manifestar más libremente su agresión, ya que posteriormente estará en condiciones de tomar conciencia de lo excesivo e inapropiado de su agresividad hacia el objeto externo y de reconocer el origen de su reacción, disminuyendo entonces su necesidad de proyectarlo en el terapeuta.

La identificación de sentimientos, validación e introspección de las necesidades personales son componentes que pueden facilitar el desarrollo de una alianza relacional y preparan a los pacientes para las fases posteriores de cambio y es posible observar que las modificaciones en la alianza terapéutica dan cuenta a su vez de cambios en las relaciones interpersonales del paciente (Gunderson, 2002).

La validación consiste en reforzar activamente la realidad de las percepciones de los pacientes límite e identificar las funciones adaptativas que desempeñan sus defensas y comportamientos (Gunderson, 2002).

La identificación de la ira y el miedo deben tomarse como importantes pues de lo contrario pueden parecer conductas de huida por parte del terapeuta (Gunderson, 2002).

Las distorsiones de la fantasía deben verbalizarse y compartirse para permitir así un proceso de razonamiento secundario. Es a través de la identificación con la capacidad del terapeuta para tolerar estas fantasías primitivas, que el paciente logra sentirse menos angustiado mientras desarrolla la capacidad para expresarlas a través del juego, los sueños y ensoñaciones (Kernberg et al., 2002).

De este modo es importante que el paciente tenga consciencia de las interacciones actuales que se llevan a cabo con el terapeuta, quien puede fomentar la capacidad de juicio de realidad y minimizar las distorsiones, así como aumentar la convicción afectiva que requieren las interpretaciones (Kernberg et al., 2002).

Gunderson (2002) señala que es esperable y necesaria una fase de dependencia positiva hacia el terapeuta y esta dependencia consiste en una sensibilidad extrema a los estados de ánimo, actitudes y ausencias del terapeuta, que posteriormente se espera se forme una relación estable y cada vez más segura entendiendo que es una relación en la que la ausencia puede provocar ansiedad u objeciones pero que no necesita sustitutos ni objetos asociados al terapeuta.

3.3.2.3 *La interpretación.*

Debido a la distorsionada percepción que tiene el paciente limítrofe del terapeuta y de sus excesivas proyecciones, se suele presentar una transferencia negativa que es necesario interpretar o de lo contrario se puede caer en una falta de profundidad emocional en la relación terapéutica (Kernberg, 1975).

La interpretación de esta transferencia, debe detenerse en el nivel del “aquí y el ahora”, remontándose sólo de manera parcial a sus raíces genéticas, es decir a los conflictos inconscientes originales del pasado. Knight (como se citó en Kernberg, 1975) considera que las “interpretaciones profundas” son peligrosas debido a sus efectos

regresivos y además porque a causa de su labilidad yoica estos pacientes tienen dificultades para mantener el funcionamiento del proceso secundario.

Las interpretaciones deben ser formuladas de modo tal que sea posible examinar al mismo tiempo y sistemáticamente las distorsiones que hace el paciente de la intervención del analista y de la realidad presente y, en especial, clarificar sus percepciones durante la sesión (Kernberg, 1975). En el caso de que las interpretaciones se reciban con hostilidad, deben respetarse los sentimientos del paciente, aunque el terapeuta no debe excusarse (Gunderson, 2002).

En principio la confrontación puede resultar contraproducente y puede intensificar el malestar; es más útil la posibilidad de encuentros emocionales correctivos y sustentadores, que puedan aliviar el sufrimiento (González, 2013).

La interpretación de los mecanismos de defensa primitivos (escisión, idealización primitiva, identificación proyectiva, la negación y omnipotencia) incluye verbalizar las funciones y los propósitos de su utilización. La anulación de estas defensas lograda merced al tratamiento no incrementará la debilidad del Yo sino que, por el contrario, puede contribuir a fortalecerlo y permite que la represión y otros mecanismos afines correspondientes a un nivel superior de organización yoica reemplacen a las defensas patológicas más burdas (Kernberg, 1975; Kernberg et al., 2002).

Aunque todos los mecanismos de defensa primitivos son relevantes, el principal es la escisión pues la representación del sí mismo no es aún un concepto totalmente integrado (Kernberg, 1975; Kernberg et al., 2002).

Trabajar con la finalidad de obtener la continuidad e integración de la representación del sí mismo, es una tarea permanente que se lleva a cabo tanto a través de la contención ofrecida durante las sesiones como por medio de la verbalización de las autoimágenes contradictorias, más la información contrastante recibida del exterior (Kernberg et al., 2002).

El trabajo interpretativo destinado a anular las defensas patológicas a medida que éstas se manifiestan en la transferencia, puede contribuir a resolver la psicosis transferencial (cuando se presenta) y a fortalecer el Yo del paciente (Kernberg, 1975).

La somatización y la impulsividad son también susceptibles a interpretación. En el primer caso debe aclararse el uso de su lenguaje corporal y en el segundo, la clarificación y la interpretación del bajo control de impulsos como defensa ante la angustia quizá resuelva lo que sólo parecían ser defectos yoicos (Kernberg et al., 2002).

Por otro lado, también es necesaria la atenuación de la angustia catastrófica. Cualquier experiencia potencialmente desorganizante debe anticiparse pues se agobian con facilidad ante la angustia de abandono o de aniquilación. En estos niños la angustia debe verbalizarse en términos de su pensamiento fantástico, omnipotente y mágico (Kernberg et al., 2002).

El aspecto básico para el desarrollo de la introspección, consiste en ayudar a los pacientes límites a comprender que su intensa necesidad de atención suscita exigencias interpersonales y provoca el rechazo o la ira que ellos tanto temen (Gunderson, 2002).

En síntesis y como lo mencionan Kernberg et al. (2002), el tipo de psicoterapia psicoanalítica recomendada para el trastorno limítrofe de la personalidad se enfoca en la clarificación, confrontación e interpretación en el “aquí y el ahora” en las áreas de transferencia, realidad externa, y proceso comunicativo entre terapeuta y paciente. Este proceso incluye hacer al niño consciente de sus déficits orgánicos, si los hay, y de estimular su autorreflexión.

González (2013) agrega que en todas las propuestas se defiende la estabilidad del encuadre, el compromiso emocional del terapeuta, el predominio de la actividad personal sobre la interpretación fría y distante, el reconocimiento precoz de las conductas autodestructivas, la aclaración oportuna sobre las distorsiones transferenciales en situaciones de poca estructuración y el análisis de las actuaciones (acting out) como defensa, la creación de un ambiente propicio y la provisión de experiencias emocionales correctivas.

Finalmente, además del tratamiento psicoterapéutico se pueden considerar otros apoyos. De acuerdo con Petti (como se citó en Kernberg et al, 2002) el tratamiento psicofarmacológico debe utilizarse para determinados síntomas identificados que

interfieren con la adaptación del niño, pero en combinación con intervenciones psicosociales, incluyendo psicoterapia en todas sus modalidades: de apoyo, expresiva, cognitivo conductual, familiar y grupal.

3.4.3 Contratransferencia.

González (2013) menciona que a la dificultad técnica, se suma el temor del terapeuta a la enfermedad mental (locura) y a la frustración reiterada que sólo puede tolerarse con un constante análisis contratransferencial.

Con los psicóticos la contratransferencia es de orden extremo, masivo, invasivo, donde las sensaciones son extremas y penosas. Por lo que el terapeuta de niños psicóticos debe poseer una alta tolerancia a las características que presentan estos niños: actitudes impulsivas, agresiones, aislamiento, suciedad con fluidos corporales, etc. (Cecchi, 2005).

En el caso de los niños límite, Rosenfel y Sprince (como se citó en Pelento y Olmos de Paz, 1977) alertan acerca de la intensidad que pueden alcanzar los sentimientos contratransferenciales; por momentos el terror, la ansiedad, el sentimiento de locura o la rabia secundaria a la injuria narcisista por sentirse ignorado por el niño puede adquirir límites críticos.

Según estos autores, algunas cuestiones comunes a las que se enfrenta el terapeuta de pacientes límite son:

- a) Grado de actividad en la sesión. Sentirse empujado por el niño a una actividad inusual y que debe actuar concretamente para que no se dañe o no lo dañe. En otras ocasiones se siente demasiado pasivo y expuesto a un alejamiento al que parece que el paciente lo condena.
- b) Distancia óptima física que debería guardar con el niño.
- c) Interrogarse en cómo transmitir al paciente lo que se observa en él, ya que por momentos siente que el niño no entiende las palabras o las degrada a nivel de ecuación simbólica.

- d) Tener la sensación de que no utiliza los juguetes del mismo modo a como lo hacen los niños neuróticos, tampoco existe una inhibición del juego, sino un actividad lúdica de naturaleza peculiar.
- e) Cuestionarse acerca del tipo de interpretaciones adecuadas a situaciones en que el paciente parece estar realmente confundido.
- f) En los momentos de relativa calma en el proceso surgen interrogantes acerca de cómo hacer frente al trato tiránico del niño: si jugar o no jugar a determinado juego, personificar un rol, etc.

Dado que hablamos de tratamientos de larga duración, se hacen fundamentales el sostén de un equipo y las supervisiones constantes para aumentar la tolerancia a la frustración (Rosenfel y Sprince como se citó en Pelento y Olmos de Paz, 1977; Cecchi, 2005). Ya que estos pacientes transitan por momentos de estancamiento prolongados y retrocesos que suelen suceder a la obtención de logros muy esperados y que pueden resultar confusos para el terapeuta (Cecchi, 2005).

Capítulo 4. Método

4.1 Pregunta de investigación

¿Qué elementos del proceso psicoterapéutico posibilitan la diferenciación entre la fantasía y la realidad en un niño de ocho años con algunos funcionamientos psicóticos?

4.2 Justificación

En la psicoterapia infantil, desde una perspectiva psicodinámica, el abordaje que se hace de las problemáticas de los niños es en gran medida desde el trabajo de las fantasías, ya que éstas denotan los aspectos más inconscientes y estructurales del psiquismo. Ayudar al niño a elaborarlas para dar sentido a su experiencia, resulta una tarea demandante para el niño y para el terapeuta que le acompaña en este proceso.

Las fantasías siempre están presentes y esto no es índice de enfermedad ni de falta de sentido de la realidad. Lo que determinará el estado psíquico del sujeto es la naturaleza de estas fantasías inconscientes y su relación con la realidad externa (Segal, 1994). En general, la fantasía inconsciente y la realidad, impactan e interactúan una con la otra.

Pero, ¿qué pasa cuando hay una falta de sentido de realidad y el mundo interno y externo del niño no tienen una frontera clara?

Cuando no hay un entendimiento verdadero de la realidad externa y son las fantasías las que, principalmente intentan dar sentido a la vivencia: ¿qué trunca su capacidad de entender la realidad externa? ¿cómo podría desarrollarla?

Este proceso de interrelación y diferenciación, ha sido abordado desde distintas posturas teóricas, desde la necesidad de la elaboración de fantasías para acceder a estados más adaptativos en los que se pueda llegar a la simbolización, en lugar de la mera actuación de los impulsos, como lo ha descrito Melanie Klein (1930; 1946) al describir las características y mecanismos de defensa de la posición esquizoparanoide, así como la integración y los mecanismos propios de la posición depresiva y el papel que

juegan los fenómenos transicionales como puente entre el mundo interno y externo (Winnicott, 1951; 1971).

De tal forma que cuando este proceso no se cumple de manera oportuna, ocurre un retraso en el desarrollo normal, que no permite que el Yo alcance todas sus funciones, entre ellas el contacto con la realidad, el sentido de realidad y del sí mismo (González de Rivera y Cuevas, 1992), llevando al individuo a una desadaptación importante y colocándolo en riesgo de formar una organización de carácter limítrofe o incluso psicótico (De Caifa y Ameglio, 2013).

Hay niños cuyas características llaman la atención, sea porque presentan un rendimiento académico deficiente, son muy retraídos, impulsivos, manifiesten comportamientos “extravagantes”, parezcan “estar en otro lado” y/o no pueden relacionarse con otros. En ocasiones, se les etiqueta como traviosos, desobedientes o difíciles de controlar. Pese a intentar hablar con ellos, no se les logra “hacer entender” y realmente parecen no comprender lo que sucede a su alrededor.

Por lo que en el presente estudio, se analizarán los elementos del proceso psicoterapéutico que podrían posibilitar la diferenciación entre la fantasía y la realidad a través del caso de un niño de ocho años con algunos funcionamientos psicóticos.

4.3 Objetivo general

Identificar los elementos del proceso psicoterapéutico que posibilitan la diferenciación entre la fantasía y la realidad en un niño de ocho años con algunos funcionamientos psicóticos.

4.4 Objetivos específicos

- ✓ Identificar las intervenciones psicoterapéuticas que favorecieron el proceso de diferenciación entre fantasía y realidad en un niño de ocho años con algunos funcionamientos psicóticos.
- ✓ Analizar la evaluación y el proceso psicoterapéutico del paciente en función de la teoría revisada para obtener una mejor comprensión del caso con relación a la capacidad del niño de diferenciar la fantasía de la realidad.

4.5 Tipo de estudio

El presente trabajo se realizó bajo un modelo de estudio de caso (Hernández y Mendoza, 2008), analizando el proceso de manera cualitativa.

4.6 Participante

El caso clínico que se analizó fue de Pedro, un niño de 8 años que fue canalizado al servicio de psicología debido a que sus padres informaron que las autoridades escolares lo reportaban como muy distraído, que no quería trabajar y tenía un pobre desempeño académico. Los padres mencionaron que con frecuencia Pedro no seguía instrucciones y se negaba a hablar con otros niños y adultos además de que a los niños los amenazaba, les decía groserías les pegaba y les quitaba sus pertenencias. De acuerdo a las observaciones realizadas en la evaluación, el niño presentó algunos funcionamientos psicóticos en el área cognitiva, en la representación de sí y del objeto, así como la reflexividad yoica, que le dificultaban una adecuada diferenciación entre la fantasía y la realidad.

La familia de Pedro vivía en una casa pequeña de pocas habitaciones compartiendo una para dormir. El niño dormía con su madre y hermana, mientras el padre dormía en el piso.

4.7 Escenario

El caso que se presenta a continuación fue atendido en el Centro Comunitario San Lorenzo, perteneciente a la Fundación Bringas Haghenbeck I.A.P., ubicado en la Delegación Iztapalapa del Distrito Federal.

En dicho centro se brindan diversos servicios a la comunidad, pues cuenta con una escuela primaria y secundaria, biblioteca pública, ludoteca, salón de eventos, oftalmología, área deportiva y se ofrecen clases y talleres como taekwondo, yoga para adultos mayores, cocina y cuentacuentos.

Además de lo anterior, se cuenta con el área de psicología que colabora organizando pláticas y talleres, dirigidas principalmente a los padres y alumnos de la escuela primaria y secundaria. Así mismo, a la comunidad en general se ofrecen diferentes modalidades de psicoterapia entre ellas: infantil, para adolescentes, para adultos, pareja y familiar.

Quienes proporcionan el servicio en esta área, son en su mayoría psicólogos que brindan voluntariado, servicio social, prácticas profesionales o realizan su residencia de maestría.

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, por medio del Programa de Maestría y Doctorado ha establecido un vínculo que permite al Centro Comunitario San Lorenzo fungir como sede para que alumnos de algunas residencias puedan realizar práctica clínica y desarrollar competencias profesionales en el ámbito de la psicoterapia y en el caso del presente reporte en el área infantil.

La población que se atiende pertenece a un nivel socioeconómico bajo a medio con un nivel de estudios promedio de secundaria o preparatoria. Gran parte de las familias viven en departamentos o casas sencillas y pequeñas.

Las familias suelen estar conformadas por ambos padres e hijos, sin embargo, es frecuente que también vivan con parte de la familia extensa, principalmente con los abuelos. La mayor parte de los padres y madres trabajan para solventar los gastos familiares.

4.8 Procedimiento

La recopilación de información e intervención se apegó al procedimiento de trabajo del Centro Comunitario San Lorenzo que se describe a continuación:

En este centro, como parte del proceso de admisión al servicio de psicología para menores de edad, se solicitó a los padres que se registraran de manera personal en el área de psicología en donde se les brindó información general del servicio, se les solicitó sus datos generales y posteriormente se les canalizó con un profesional especializado.

Una vez acordado el horario, se concretó la cita de primera vez.

En la primera sesión se la terapeuta se presentó, se brindó la información general del servicio y se acordó el costo de la sesión dentro del rango establecido por la institución, considerando las posibilidades económicas de los consultantes. Así mismo, se solicitó firmaran los documentos correspondientes al reglamento del centro y al aviso de privacidad.

A partir de las primeras sesiones, se recabaron los datos necesarios acerca del motivo de consulta e historia de desarrollo del niño.

Posteriormente se solicitó a los padres que llevaran al niño a sesiones de evaluación, aclarando que después de este periodo se concertaría una nueva cita para la comunicación de los resultados.

En el periodo de evaluación, se aclaró al menor la duración de las sesiones, su frecuencia y su objetivo, además de establecer la alianza terapéutica.

Como parte de la evaluación de los aspectos cognitivos y socio afectivos se llevaron a cabo sesiones de juego libre, se aplicaron pruebas proyectivas y psicométricas. Se recabó, en primer lugar, la historia clínica, se obtuvo un reporte por escrito de la profesora de Pedro sobre su conducta en la escuela, hubo una sesión de juego diagnóstico y se aplicaron las siguientes pruebas (Ver anexos):

- Prueba del dibujo libre
- Test Gestáltico Visomotor de Bender, interpretado por la Técnica de Koppitz.
- Prueba del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz.
- Prueba del Dibujo de la familia Kinética, evaluada con los criterios de Burns y Kaufman.
- Test de Apercepción Temática para Niños con figuras Animales. CAT (A). De Bellak.
- Entrevista de juego familiar de Eliana Gil.

Una vez aplicadas e interpretadas las pruebas, se realizó la devolución de resultados con el niño y los padres por separado, todo este periodo duró 12 sesiones. Se formularon hipótesis clínicas y se establecieron los focos terapéuticos. Para dar paso a la intervención psicoterapéutica.

Se consideró pertinente proponer la intervención con sesiones semanales de 50 min., en las que se trataría al niño bajo un modelo principalmente psicodinámico y concertaría citas periódicas de orientación y trabajo con los padres.

Dado que se eligió un modelo principalmente psicodinámico para el proceso psicoterapéutico, fue necesario armar una caja de juego para el niño, cuyos materiales fueron: un juego de trastecitos, muebles de casita, una familia en miniatura de osos, diversas miniaturas de animales de plástico (insectos, de la selva, del bosque, acuáticos, domésticos y dinosaurios), algunas personas de plástico en miniatura, un par de autos pequeños, una lotería, una pelota pequeña rellena de semillas, un xilófono, bloques de madera de colores de tamaño mediano, algunos globos, plastilina, tijeras, pegamento adhesivo, acuarelas, colores de madera, crayolas, hojas blancas y de colores.

Como parte del material también se utilizaron algunos títeres de guante de animales (perro, un cerdito, un caballo, reno, vaca, león y gato) que se tenían en uno de los consultorios infantiles, los cuales no podían quedarse en su caja por ser de uso compartido pero que se optó por seguir utilizando dada la importancia que parecían tener para el niño en el tratamiento y como medio de comunicación con la terapeuta.



Figura 1. Material de la caja de juego de Pedro.

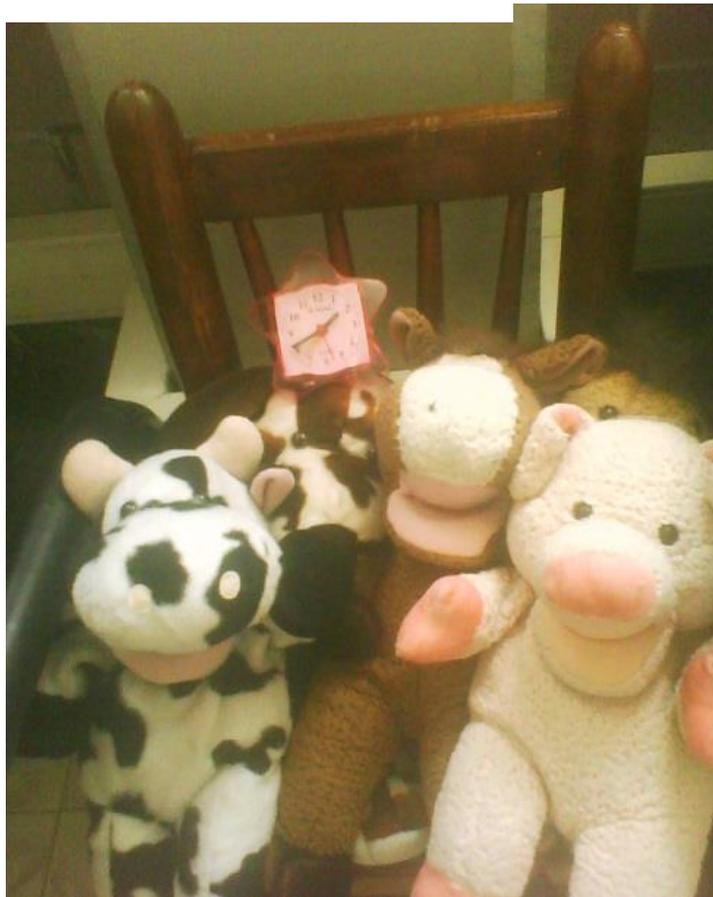


Figura 2. Títeres de guante utilizados por Pedro

Capítulo 5. Presentación del caso

Ficha de identificación

Nombre: Pedro Alonso

Escolaridad: Tercero de primaria.

Edad: 8 años.

Fecha de nacimiento: 9 de marzo del 2005.

A) **Motivo de evaluación**

De acuerdo a lo que referían los padres de Pedro, la maestra de grupo desde el segundo grado de primaria sugirió que el niño acudiera a atención psicológica debido a que era muy distraído, no quería trabajar, tenía un pobre desempeño académico, con frecuencia se negaba a hablar y seguir indicaciones. Amenazaba, pegaba y quitaba sus pertenencias a sus compañeros, además de decir groserías. Los padres se mostraban en desacuerdo con este reporte y consideraban que era la maestra quien no sabía tratar a Pedro y que ya “lo había agarrado de bajada” (sic. de los padres).

B) **Descripción del niño**

Pedro era un niño de talla media y complexión delgada, de tez morena, cabello castaño oscuro. Se presentó en adecuadas condiciones de higiene y de aliño personal. Su apariencia física sugería una edad menor a su edad cronológica, de cuando mucho siete años. Con frecuencia se negaba a expresarse verbalmente, en especial las primeras sesiones o cuando se le interrogaba. Su tono de voz era audible; su lenguaje, la mayor parte del tiempo, seguía una secuencia lógica y coherente pero pobre en contenido e introducía con frecuencia elementos imaginarios que no correspondían con el contexto, pues pasaba de un tema o juego a otro de manera a veces, poco lógica. Su habla era poco fluida con algunas fallas en la articulación pues le costaba trabajo pronunciar la “r” vibrante múltiple y cambiaba silabas de algunas palabras. Además de omitir con frecuencia preposiciones, conjunciones y artículos.

Desde un principio se encontraba ubicado en persona, sin embargo, era difícil constatar si lo estaba también en tiempo y espacio, pues al preguntarle no contestaba y aún con el apoyo de un calendario no lograba ubicar la fecha por sí mismo, lo cual se esperaba ya pudiera hacer a su edad.

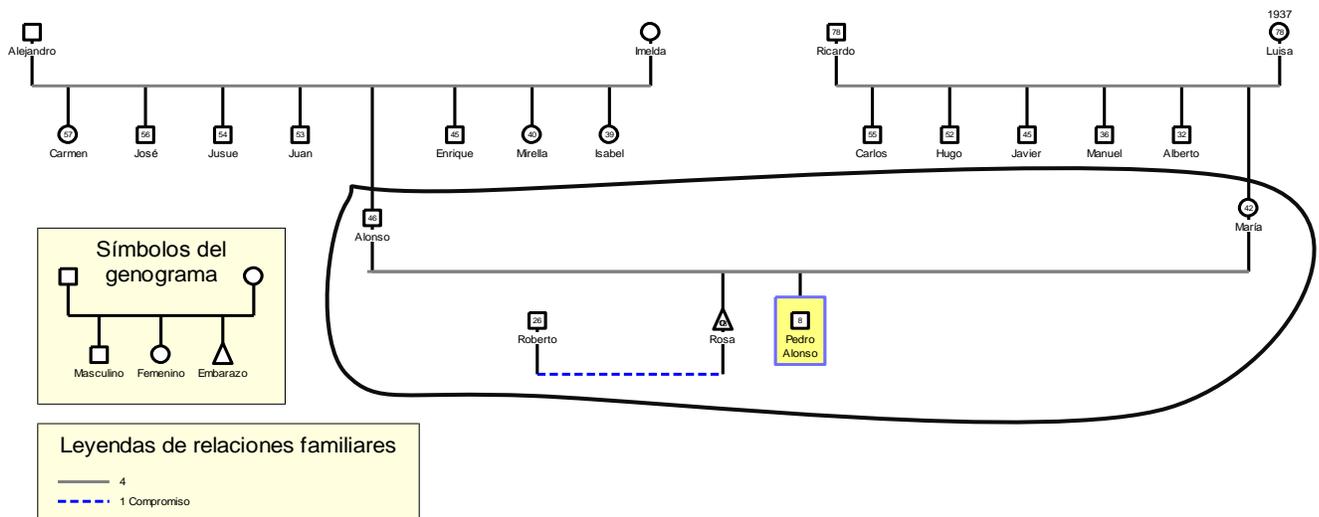
C) Antecedentes familiares y del desarrollo

Al inicio de la evaluación

De acuerdo a la información proporcionada por los padres, la familia estaba conformada por la señora María (madre, 42 años), el señor Alonso (padre, 46 años), su hija Rosa (18 años) y Pedro (8 años).

*Los nombres fueron modificados para efectos de confidencialidad.

* *Se usará Pedro y "P." de forma intercambiable a lo largo del reporte.



El padre de Pedro trabajaba como guardia de seguridad, con jornadas laborales de 24 hrs, de trabajo por 24 hrs. de descanso y la madre hasta el final de la evaluación, estuvo trabajando en una cocina económica, mientras su hija colaboraba cuidando a Pedro. Los padres tenían 19 años de casados.

Rosa en los primeros días del mes de junio del 2013 dio a luz a su primera hija y vivió con la familia hasta finales de agosto del 2013, se mudó a vivir con su pareja pero regresó un par de semanas después a casa de sus padres en compañía de ésta.

Antecedentes del nacimiento

Los padres de Pedro, refirieron que tras el nacimiento de su hija Rosa, pensaron que ya no tendrían más hijos pero 10 años después nació Pedro. El padre mencionó que la madre no podía embarazarse y que él tenía disfunción eréctil lo cual había dificultado tener más hijos. Ambos padres dijeron “haber aceptado y recibido bien el embarazo” (sic. de los padres). El padre lo calificó como “una bendición” (sic. del padre), mientras la madre no comentó nada.

En cuanto al sexo del bebé los padres recordaban que su hija quería una hermanita, la madre deseaba un niño y el padre afirmaba que no tenía preferencia.

El embarazo “transcurrió con normalidad” (sic. de los padres). La madre asistía generalmente sola a revisiones médicas mensuales, debido a que al padre no le daban permiso de faltar en su trabajo.

La madre menciona haber tomado sólo vitaminas por prescripción médica y como síntomas recordaba que al principio sentía náuseas y durante todo el embarazo le daba mucha hambre.

En el trabajo de parto se rompió la fuente antes de llegar al hospital y debido a que no presentaba contracciones, le fueron provocadas. Los padres afirmaban que el niño nació “sano” midiendo 50 cm. y pesando 2 kgs. 900 gramos, señalaron no recordar la calificación APGAR.

Dijeron no haber hecho ningún preparativo especial para recibir el nacimiento de Pedro, debido a que decían no tener suficiente dinero.

Elección del nombre

La elección del nombre la hicieron entre ambos padres. Alonso fue porque así se llamaba el abuelo paterno del padre y Pedro por el abuelo paterno de la madre.

El padre afirmó que su abuelo convivió mucho con él y prácticamente lo educó. Mientras al abuelo de la madre no lo conocieron pero a ésta le pareció que “se oía bonito” (sic. de la madre).

Desarrollo postnatal

El niño fue alimentado al seno materno hasta los dos años dos meses, la madre afirmó que continuó alimentándolo así debido a que ella “aún producía leche” (sic. de la madre), posteriormente dejó de hacerlo debido a que su suegra “la regañó” (sic. de la madre) y le dijo que ya no debía hacerlo. La madre trató de darle biberón pero el niño lo rechazó por lo que optó por darle un vaso entrenador, el cual aceptó mejor.

Aunque era la madre quien alimentaba a Pedro, fue la hermana del niño quien cuidaba de él y atendía sus necesidades a partir de que la madre sufriera una fractura de tibia y peroné a los tres meses de nacido del menor, que le limitaba la movilidad.

Factores biomédicos

Se describió a Pedro como un niño sano, que sólo se enfermaba de gripa en temporada de frío. Los padres decían que trataban de no taparlo porque pensaban que así lo harían enfermizo.

Desarrollo motor

Los padres proporcionaron los siguientes datos; sostuvo la cabeza sin apoyo a los 5 meses, logró sentarse sin respaldo a los 8 meses. Gateó a los 4 meses y caminaba sin apoyo a los 10 meses. Cabe mencionar que estos datos no concuerdan con el desarrollo motor esperado, al parecer había una confusión en los padres, con respecto en las edades a las que habían acontecido estos eventos.

Desarrollo del lenguaje

Los padres afirmaron que al año de edad, dijo sus primeras palabras y fue hasta los cuatro años que logró platicar de forma clara. Cuando iba en el kínder le detectaron problemas de lenguaje. Al momento de la evaluación reportaron que le costaba trabajo pronunciar la “r” vibrante múltiple y al escribir confundía la “g” y la “j”; era frecuente que

no quisiera expresarse verbalmente. En cuanto a la escritura, no escribía algunas palabras completas.

Ámbito escolar

Pedro estuvo en guardería desde los 9 meses hasta los tres años y medio, mientras sus padres trabajaban y de acuerdo a lo referido por los mismos, “no le importaba que lo dejaran ni los buscaba” (sic. de los padres). Los padres consideraban que había sido su mejor etapa escolar pues “aprendía palabras en inglés” (sic. del padre). Sin embargo, desde entonces se mostraba tímido e interactuaba poco con los otros niños.

El padre pensaban que el ingresar al preescolar había perjudicado su aprendizaje pues consideraba que las maestras no le enseñaban adecuadamente y parecía haber olvidado lo aprendido antes. Además Pedro era muy callado y convivía poco con los demás niños, cabe señalar que tampoco tenía vecinos de su edad con quien jugar.

El padre mencionó que en el salón del niño, en el momento de la evaluación había un compañero que le decía a Pedro que le pegara a otros para que fuera su amigo.

En la primaria, la maestra de grupo desde el segundo grado, reportó que el niño agredía a sus compañeros por lo que no tenía amigos y no mostraba interés por aprender los contenidos académicos. También había reportado que le quitaba el desayuno a algunos compañeros.

Su desempeño académico era precario teniendo calificaciones entre 6 y 7, por lo que los padres lo llevaron a clases de regularización, pero su desempeño siguió siendo deficiente. Sin embargo, se le promovió de grado escolar debido a las disposiciones oficiales educativas y los padres lo aceptaron.

Según reporte de la maestra, el trabajo con el niño era complicado y al niño le fue difícil adquirir la lecto - escritura pero ya se había iniciado el proceso de aprendizaje. Escribía algunas palabras y frases, era capaz de leer lentamente. En casa se resistía a hacer la tarea.

Se ha de señalar que los padres desconfiaban del reporte realizado por la maestra por considerar que era exagerado y que tanto ella como la directora de la escuela “habían agarrado de bajada al niño” (sic. de los padres).

Antecedentes de tratamiento

En el año anterior a la presente evaluación, Pedro fue canalizado a atención psicológica por “problemas de lenguaje y lento aprendizaje” (sic. de los padres). También asistió a consulta en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" donde le prescribieron TRADEA por un diagnóstico de TDA- H y otro medicamento “para los nervios” (sic. de los padres) del cual “no recordaban su nombre” (sic. de los padres). Este medicamento lo tomó durante seis meses, pero su padre decidió quitárselo por indicación de un médico general que trabajaba en el mismo lugar que él y que en una conversación informal le dijo que el niño no lo necesitaba.

Dinámica familiar

En referencia a la dinámica familiar, los padres mencionaron que su relación de pareja era conflictiva pues discutían con frecuencia. Mencionaban que su relación antes era buena pero a partir de la disfunción eréctil del padre su relación “se enfrió” (sic. del padre) y se enojaban continuamente, cabe destacar que este no había asistido a atención médica por cuestiones económicas, según lo reportaba. Los padres afirmaban que Pedro estaba presente en las discusiones que tenían pero pensaban que no se daba cuenta de lo que pasaba y que solo los ignoraba o se ponía a ver televisión. Solo le habían visto reaccionar con temor en una ocasión que se agredieron físicamente y cuando el padre llegaba a pegarle a su hija, el padre consideraba que el niño le tenía miedo.

La convivencia en casa se limitaba a ver películas juntos en familia, además a Pedro le gustaba ver programas como Bob Esponja, el chapulín colorado y la pantera rosa, de los cuales su padre le había comprado una colección de videos.

El padre jugaba con el niño a las “luchitas” y con frecuencia le decía al niño “mi rey” o “mi bebé”; la madre no jugaba con él y la hermana se desesperaba debido a que él no hacía lo que ella le decía, por lo que le pegaba con un cinturón.

Se decían apartados de la familia extensa debido a la distancia y a falta de tiempo.

En cuanto a los juegos preferidos por Pedro los padres mencionaron la bicicleta, los videojuegos de carreras donde los coches chocan, jugar lotería y con el celular,

Establecimiento de límites

Entre los padres y su hermana Rosa, establecían los límites y disciplina a Pedro, en ocasiones con castigos físicos o quitándole sus películas favoritas. El padre decía que el niño no obedecía ni a su madre ni a su hermana pero a él sí.

A su hermana incluso había llegado a escupirle, por lo que la madre le pegaba.

Los padres comentaban que en casa se decían groserías, y el niño les decía que no las dijeran, aunque en otras ocasiones cuando él las mencionaba se defendía del regaño recordándoles que ellos también las decían.

En cuanto a responsabilidades, Pedro no tenía ninguna en casa y cuando le pedían ayuda para hacer alguna labor él no quería, a veces aventaba alguna cosa y el padre lo obligaba a dársela en la mano.

Desarrollo sexual

En casa se tenían pocos límites con relación a la privacidad de los miembros: Pedro dormía en una cama en medio de su hermana y madre desde que nació, mientras el padre dormía en el suelo; aunque el niño podía bañarse y vestirse solo desde los cuatro años, aún se bañaba con su hermana y si alguien se encontraba en el cuarto de baño le permitían pasar si insistía en hacerlo.

Por otro lado la madre afirmaba que el niño era muy celoso con ella cuando la veía recostada cerca de su padre, por lo que se interponía entre ambos.

En el área sexual afirmaban que el niño no les preguntaba nada a excepción de una ocasión que vio a su madre en el baño y le preguntó sobre las toallas sanitarias, también preguntó si eso le iba a suceder a él y la madre le explicó que no porque era niño. Los padres habían acordado que el padre se encargaría de hablar con el niño y la

madre con la hermana cuando ellos presentaran dudas o inquietudes con relación a la sexualidad.

Los padres afirmaban que a Pedro lo seguían mucho las niñas de su salón, insinuando de esta forma que le gustaba a las niñas. La madre se refería a él como “el carita del salón” (sic. de la madre). El padre bromeaba con el niño preguntándole con cuál de las niñas se iba a quedar.

Descripción de Pedro por sus padres

El padre describía a Pedro como “tímido, inquieto, encimoso, necio, que agarra las cosas sin permiso, desordenado e impaciente” (sic. del padre).

La madre se refería a él como un niño “tranquilo, nervioso, que cuando pide las cosas las quiere rápido y no mide las consecuencias de sus actos, también llora y es muy sensible a los regaños” (sic. de la madre).

Otra sintomatología importante: El apetito de Pedro se describía como bueno, sin embargo, presentaba algunos síntomas en otras áreas como inquietud al dormir, dormir con los ojos entreabiertos, controló esfínteres hasta los 4 años, presentó enuresis nocturna primaria hacia un año antes de recibir la atención psicológica, pero esto disminuyó a partir de que le limitaran la ingestión de líquidos en las noches y lo despertaran para que fuera al baño, también presentaba onicofagia.

Expectativa de los padres

Los padres dijeron que esperaban que se observara a Pedro y se le comunicara si se comportaba como las autoridades escolares reportaban, aunque decían desconfiar de este reporte.

D) Técnicas e instrumentos aplicados (Ver Anexos).

- Historia clínica.
- Reporte por escrito de la maestra sobre la conducta de P. en la escuela.
- Sesión de juego diagnóstico.
- Prueba del dibujo libre
- Test Gestáltico Visomotor de Bender, interpretado por la Técnica de Koppitz.
- Prueba del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz.
- Prueba del Dibujo de la familia Kinética, evaluada con los criterios de Burns y Kaufman.
- Test de Apercepción Temática para Niños con Figuras Animales. CAT (A). De Bellak.
- Entrevista de juego familiar de Eliana Gil.

E) Observaciones de la conducta del niño y los familiares durante las sesiones de evaluación

En la primera sesión el niño llegó muy inhibido, pues la pareja de su hermana le había dicho que iba a un internado y ahí lo iban a dejar, nadie desmintió esto hasta que yo pude explicarle que no era así y lo que haríamos. Su madre le acompañó hasta la puerta del cubículo pues se negaba a entrar, me ayudó a mostrarle el lugar y después salió. El niño se quedó quieto y solo la vio salir. En esta primer sesión Pedro habló muy poco diciendo apenas un par de palabras relacionadas a nombrar de vez en cuando algún juguete que veía, exploró los materiales y no tenía un orden para colocarlos, había caos.

Al inicio de la evaluación Pedro se mostró muy inhibido negándose a hablar y emitiendo apenas algunas palabras y sonidos; conforme transcurrieron las sesiones su lenguaje fue un poco más espontáneo y frecuente. Dicho lenguaje no correspondía a lo esperado para su edad cronológica, pues tenía problemas de sintaxis al no saber utilizar los conectivos pertinentes entre las oraciones, tendiendo a hablar con oraciones simples que no lograba unir adecuadamente. Su lenguaje, la mayor parte del tiempo,

seguía una secuencia lógica y coherente pero pobre en contenido e introducía con frecuencia elementos imaginarios que no correspondían con el contexto, tal como frases de caricaturas, y objetos e imágenes antropomórficas como dibujos hechos por él, a los que les daba vida y les hablaba.

El contacto con Pedro se dio frecuentemente con títeres de animales, pues al principio se negaba a hablar conmigo directamente. Manifestó conductas impulsivas, arrojando algunos juguetes y representando continuamente peleas entre los personajes. Su atención y concentración eran limitadas, se le dificultaba pasar mucho tiempo en una sola actividad, por lo que pasaba de una a otra. En algunas ocasiones se negaba a continuar trabajando en lo que se le solicitaba o hacía algo diferente a lo que se le pedía, generalmente levantándose del asiento y tomando juguetes o materiales que no correspondían con la actividad, esto propició que la evaluación llevara más sesiones de las que se esperaban. Ante estas situaciones yo trataba de contener su angustia, hablarle con calma y tratar de regresarlo a la actividad, en algunas ocasiones era necesario tomarle de la mano o tocarle un hombro para guiarle de regreso a lo que hubiera dejado sin terminar. También fue necesario cambiar de cubículo a uno sin juguetes para evitar que se desorganizara y distrajera demasiado.

Se presentaron algunos episodios en los que Pedro se quedaba inmóvil mientras estaba sentado, permanecía con la mirada fija y no hacía caso a lo que se le decía, parecía ausente, pero después de unos segundos volvía a lo que estaba haciendo. Yo le señalaba que esto le ocurría con frecuencia.

Inicialmente, los padres se mostraron constantes y puntuales a las sesiones. Sin embargo, parecían no aceptar que su hijo tuviera una dificultad importante y minimizaban las observaciones que se hacían del niño con relación a sus comportamientos impulsivos, dificultades en la relación con los demás y dificultades en el desarrollo emocional y rendimiento escolar. El padre era quien intervenía principalmente en las sesiones y solía contestar por la madre. La madre por su lado con frecuencia aludía no escuchar bien y un par de ocasiones estuvo a punto de quedarse dormida en sesión, llegando a manifestar que ya se había aburrido.

F) INTERPRETACIÓN CLÍNICA DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Área cognitiva

De acuerdo con los resultados obtenidos en el Test de Bender, Pedro obtuvo 11 puntos. Con una edad cronológica de 8 años 2 meses (a la fecha de aplicación) la media esperada era de 3.6 con una desviación estándar de 3.6. El puntaje obtenido, lo ubicaba en la segunda desviación estándar por encima de los errores esperados para su edad, por lo que, el funcionamiento en esta prueba con respecto a su percepción y motricidad era de un niño de 5 años 5 meses. Con 8 indicadores significativos de lesión cerebral (indicadores: 3, 4, 6, 12 a, 15, 19, 21 b, 24) y 3 altamente significativos (indicadores: 8, 13 y 14), se consideró necesario canalizar a evaluación neurológica para descartar la posibilidad de alguna alteración, dado el retraso en la maduración.

Como parte de la evaluación psicológica, se intentó aplicar la Escala de Inteligencia para Nivel Escolar de David Weschler (WISC –IV) pero no fue posible debido a la inhibición emocional que presentaba Pedro y que al parecer no entendía algunas de las instrucciones que se le daban.

Se aplicaron únicamente 5 subpruebas haciéndose las siguientes observaciones en cada una de ellas.

1. Diseño con cubos. Al principio apilaba los cubos unos sobre otros, logró hacer los primeros cuatro modelos y posteriormente hacía modelos diferentes y separaba los cubos, no ponía atención al dibujo que debía seguir.
2. Semejanzas. Parece no haber entendido la instrucción y en cada reactivo contestó “blanco” o “negro” alternadamente en los cinco primeros reactivos hasta que dejó de contestar.
3. Retención de dígitos.
 - *Orden directo.* Al principio asociaba los números uniéndolos en una cifra. Al decirle 2-9. Él decía “29” y en 4 – 6, decía “46”.

Pudo decir el reactivo 2 completo cuando le dije que solo repitiera lo que yo decía. En reactivo 3 ya no recordó los números.

- *Orden inverso.* Solo logró responder a un reactivo después de recordarle que era en orden inverso. Contestó un par de reactivos en orden directo o cambiaba los números.
4. Conceptos con dibujos. P. hacía el vínculo de dibujos con relación a la interacción, que para él, podían tener los objetos. Algunos ejemplos son:
- Reactivo 1. P. dijo: “El carro atropella al libro”.
- Reactivo 2. Señala la raqueta y la pelota y hace el movimiento de pegar con la raqueta a la pelota.
- Reactivo 3. Señala el foco y el plátano. Al preguntarle por qué, dijo “por esto” señalando el plátano, al parecer se refería al color. Siguió señalando equivocadamente los siguientes reactivos y dejó de decir la razón de su elección.
5. Claves. En los 120 segundos, dibujó sólo 9 símbolos debido a que tardó mucho tiempo remarcando cada figura de manera intensa con el lápiz, a pesar de indicarle que no era necesario hacerlo y que trabajara lo más rápido que pudiera.

Con relación a los resultados del D. F. H. se encontró un nivel de madurez de normal a normal bajo, sin embargo, las características cualitativas del dibujo dan la impresión de un niño de edad preescolar, pues carecía de algunos elementos esperados para su edad y la calidad del dibujo apuntaba a una escasa conformación de la conciencia de sí mismo y una falta de integración del esquema corporal.

Dados los resultados anteriores se concluyó que en el área cognitiva el niño poseía un pensamiento concreto con un lenguaje falto de conectivos por lo que se volvía confuso, desorganizado y fragmentado, además de bloquearse ante el temor o la angustia. La falta de integración de los estímulos, así como la dificultad para comprender y seguir instrucciones, se relacionaba con las dificultades escolares referidas por la maestra y los padres; en especial en el ámbito de la lectoescritura

puesto que los ítems del Test de Bender están relacionados con distorsión y fallas en la integración, lo que se vincula con la dificultad que tenía el niño para distinguir adecuadamente algunas letras de otras y de reproducirlas con precisión. Su desempeño deficiente en el WISC- IV señala dificultades cognitivas que le impedían acceder a los aprendizajes escolares de manera apropiada, y posiblemente también el poder integrar otros conocimientos tales como reglas o normas sociales, así como proveer las consecuencias de sus actos.

Área emocional

Con relación a cómo se desenvolvía en su entorno, por un lado manifestaba gran ansiedad y retraimiento en situaciones nuevas y con personas desconocidas, pero al familiarizarse con el espacio y las personas, resaltaba su falta de control de impulsos y podía llegar a comportarse de manera agresiva empleando golpes o amenazas. Este tipo de conductas habían sido reportadas en la escuela como problemas de conducta y también habían dificultado la interacción con sus coetáneos. Se deduce que ante situaciones nuevas se retraía y ante la percepción de amenaza respondía de forma agresiva, para defenderse.

Pedro también presentaba fantasías con relación a un entorno percibido como amenazante en el que proyectaba sus impulsos en otros y de los que temía una retaliación, además de llegar a experimentar angustia de aniquilación o fragmentación.

Pedro parecía percibir insatisfacción de sus necesidades afectivas y probablemente también de algunas necesidades físicas que no le eran atendidas de manera oportuna y adecuada.

Durante la etapa de evaluación, en particular en el juego diagnóstico, la entrevista de juego familiar, las pruebas grafo proyectiva y el CAT – A, se observó que había una dificultad para entrar en contacto con la realidad y una tendencia a la desorganización y a la agresividad, en parte por problemas perceptuales que producían falta de integración de los estímulos y por otra debido una dinámica familiar

poco estable. Había también dificultad para diferenciar el mundo de lo inanimado del mundo real, siendo limitada su capacidad de simbolización.

También se observó conflicto y falta de identificación con la figura paterna quien era percibida como una figura con frecuencia amenazante que ejercía el poder y control a través del temor, por lo que Pedro se inhibía ante él. Mientras que con su madre la falta de respuesta de esta a lo largo del desarrollo, el haberle delegado gran parte su cuidado a la hermana del niño y la poca sensibilidad y comprensión familiar a sus necesidades, dificultaron una adecuada separación entre madre e hijo, que a su vez propició la formación de un apego de tipo inseguro – evitativo, en el que la supuesta ausencia de angustia en las separaciones, era una estrategia de adaptación para evitar el sufrimiento, como se observó en las primeras sesiones.

Por otro lado, en cuanto a los límites, se tenía que las reglas no eran claras y la falta de manejo de la privacidad en el hogar era fuente de ansiedad para Pedro que también le dificultan contar con un marco de referencia claro para poder establecer y respetar los límites con los demás.

Finalmente, la inmadurez del niño y sus tendencias regresivas, así como la promoción que hacían sus familiares de estas conductas al considerarlas normales, negando sus dificultades y dando poca contención, propiciaban que Pedro se comportara como un niño de menor edad a la que tenía, limitando su autonomía y desarrollo.

G) Conclusión de la evaluación

Los síntomas reportados, así como los indicadores de las pruebas, sugerían implicaciones neurológicas que afectaban su comportamiento, pensamiento y adaptación al medio social y familiar, así como dificultades de carácter emocional que indicaban importante grado de conflicto que habían sido propiciadas por un ambiente familiar inestable, poco estimulante y continente. Aunado a esto, es posible que la

inmadurez encontrada pudiera ser reflejo de fallas en su constitución psíquica, por un ambiente poco favorecedor.

Con relación al motivo de consulta se concluye que la falta de adaptación al ámbito escolar y su bajo rendimiento académico se debía principalmente a la falta de madurez para el aprendizaje. Mientras que sus problemas de conducta y de distracción, eran debidos a su dificultad en el manejo de impulsos y a problemas de carácter emocional, que implicaban altos niveles de ansiedad ante la posibilidad de entrar en contacto con los otros por temor a ser dañado y debido a las distorsiones que hacía de la realidad.

Finalmente, ante la falta de un lenguaje bien desarrollado y sus pocas habilidades comunicativas para expresar emociones y necesidades se llegaba a comportar de una manera agresiva o evitativa.

H) Focos terapéuticos y sugerencias

El estado de Pedro denotaba una severa fragilidad en la conformación de su personalidad, por lo que la propuesta de trabajo era la siguiente:

- ❖ Canalizar a Pedro a interconsulta neuropsiquiátrica.
- ❖ Psicoterapia con sesiones semanales bajo un **modelo** psicodinámico.
 - ✓ Trabajar con una caja de juego para brindar contención y el manejo de su impulsividad.
 - ✓ Regulación de las emociones y conducta.
 - ✓ Organización del pensamiento.
 - ✓ Promover la adecuada diferenciación de Pedro y sus padres.
 - ✓ Favorecer el desarrollo de un apego seguro.
 - ✓ Trabajar la adaptación al ámbito escolar.
- ❖ Se programarían sesiones con los padres cada 4 o 5 sesiones cuyos objetivos serían:

- ✓ Seguimiento del proceso.
 - ✓ Monitoreo del cumplimiento de las tareas.
 - ✓ Promoción de prácticas parentales positivas.
 - ✓ Favorecer el desarrollo de un apego seguro.
- ❖ En la sesión de devolución de resultados con los padres se establecieron las siguientes tareas iniciales:
- ✓ Pedro empezaría a dormir solo.
 - ✓ Se bañaría, vestiría e iría al baño solo.
 - ✓ Tendría una hora regular para dormir diariamente.
 - ✓ Se evitará el uso de castigos físicos para disciplinar a Pedro.

5.1. Etapas del proceso terapéutico

5.1.1 Primera etapa de tratamiento: Exploración, desorganización y confusión.

Una vez realizada la evaluación y definidos los focos de intervención, se procedió a iniciar el proceso terapéutico el cual no llegó a su fin pues fue interrumpido por decisión de los padres aludiendo cuestiones económicas. Debido a lo anterior, sólo pudieron tenerse 12 sesiones (10 con el niño y 2 de orientación con los padres).

La intervención se basó en una comprensión psicodinámica del caso. Con el uso de los materiales descritos en el apartado referente al procedimiento, se empleó una caja de juego individual y se incluyeron algunos títeres de guante, que no eran propios de la caja por ser de uso compartido con otros pacientes pero que se siguieron usando en varias sesiones por ser un puente importante en la comunicación con Pedro. Siendo que los espacios y objetos de transición fueron tomando relevancia a lo largo de todo el proceso, lo cual se explicará más adelante.

5.1.1.1 Sesión muestra de la primera etapa de tratamiento.

Sesión 14. Sesión 2 de intervención.

Para esta sesión ya se tenía la caja que los padres trajeron, está fue forrada por ellos con papel blanco a petición mía, pues se pretendía que el niño trabajara con ella, personalizándola. También cambiamos de espacio de trabajo a un cubículo más pequeño y sin juguetes en estantes, dada la sobre estimulación y desorganización que el cuarto de juego parecía producirle y que se observó en la etapa de evaluación.

Pedro llegó con su madre y al verme sonrió, yo le saludé y le pregunté cómo estaba a lo que él respondió “bien”, al pasar al espacio de terapia, traté de conversar con él, pero él prefería no contestar, al menos en esta primera parte de la sesión.

En esta sesión, le mostré la caja de cartón que albergaría los juguetes que serían solo para su uso y le informé que su padre la había traído para él, Pedro se mostró sorprendido. También le presenté los materiales de arte como los colores, crayolas, pinturas de acuarela y gises de colores. Le expliqué que esa caja era para él y que ese día podía decorarla como quisiera pues con esos materiales íbamos a estar trabajando.

Pedro observó el material y dijo:

P (Pedro): Quiero dibujar a Turulín.

B (Terapeuta- Blanca): ¿Turulín? ¿Quién es Turulín?

P: Mi perro.

P: Voy a bañar estos (se refería a mojar el pincel y poner agua en los colores de la acuarela).

Pedro agregó un poco de agua en las acuarelas y mezcló los colores. Se dispuso a dibujar en la caja y eligió el color amarillo pero debido a que los había mezclado previamente pintó un color verdoso.

P: amarillo... verde... ¡hay no pinta!

P: ¡Perrito!

B: Has dibujado un perro.

Pedro escribe “te amo”

B: ¿A quién amas?

P: A mi cajita.

Pedro toca la pared como otras ocasiones y yo pregunto quién es (como si tocaran la puerta).

P: El perrito.

B: ¿Qué quieres perrito?

P: Pasar

Le pregunté si lo que quería era ir por los títeres, a lo que asintió. Fuimos al cubículo de juego pero al tomarlos, agarró todos los que podía sostener y regresó al cubículo pequeño.

Metió al perro y al gato (el mismo perro y gato del juego familiar realizado durante la etapa de evaluación, que utilizó para personificarse a sí mismo y a su hermana). El perro le gruñía al gato y dentro de la caja empezaron a pelear, Pedro los metió y cerró la caja.

B: ¿No quieren que los vean?

P: (mueve la cabeza diciendo que no).

Empezó a mover violentamente a los títeres dentro de la caja y haciendo ruidos de gruñidos como si estuvieran peleando dentro. El gato es arrojado fuera de la caja, pero después regresa y siguen peleando, se detiene.

B: ¿Qué pasó? ¿Quién ganó?

P: Los dos ganan.

Sacó a los títeres y siguió pintando la caja. Después escribió en la caja mi nombre, colocó la silueta de su mano a un lado y también escribió su nombre.

En la acuarela siguió mezclando todos los colores entre sí.

P: Mira qué dibujé.

B: ¿Qué dibujaste además de un gato y un carro?

No contesta.

Pedro pidió salir por agua, pues se había ensuciado la que ya tenía y no le gustó.

P: Voy a cambiar el agua.

Le acompañé y después regresamos al cubículo. Pedro empezó a dibujar sobre su caja, me senté cerca de él para observar lo que hacía pero al parecer esto lo inhibía

por lo que le pregunté si podía seguir viendo o prefería que no lo hiciera. Me dijo que no viera y me fui a sentar al otro lado de la mesa de trabajo.

P: Voltéate.

B: Quieres que me voltee para que no vea. Está bien, me volteo.

P: Aquí dibujamos una pista... una ventana... un libro.

Repito lo que dice y lo escribo, Pedro se acerca para ver lo que anoto y después regresa a dibujar.

P: unas flores y ahora una planta... ¡uh! ¡Ya terminé!

P: ¡Ya!

B: ¿Ya puedo ver?

P: mmmj (asintiendo).

B: A ver explícame.

P: Casa... flecha.

Enjuaga su pincel en el agua y dice que es sangre.

P: Mira lo que dibujé. Pez grande.

P: ¡Ay dios!

B: ¿Qué sucede?

No me contesta.

B: ¿Quién dice eso? (le pregunté quién decía "ay dios").

P: Bob Esponja.

Pedro volteó la caja, mientras decía que dibujaría a Bob Esponja. También me indicó que me volteara.

P: Voy a dibujar a Bob Esponja... esta chido... su narizota.

Pedro veía que escribía y se acercaba nuevamente. Observaba y regresaba a seguir dibujando.

P: Ahora voy a dibujar la casa de Bob Esponja toda chula... sus ventanitas y su árbol y a Gary.

Al terminar, me indicó que ya podía ver y cuando me acerqué a ver el dibujo me dijo:

P: No hay ningún dibujo de Gary.

Le preguntó dónde está.

P: ¡Ay! Gary ¿Dónde estás?

B: ¿Qué la habrá pasado?

Me alejé un momento de la caja y de inmediato dijo:

P: ¡Ya salió! (Me acerco) ¡Ay Dios! ¡Ya se metió!

B: Ya se metió otra vez.

Pedro comenzó a dibujar el personaje de Gary y al terminar, le pregunté.

B: Oye Gary ¿Por qué te escondes?

P: No habla.

B: Gary no habla y no puede contestar mis preguntas.

De nueva cuenta me indicó que me fuera otra vez y colocó la caja de lado, de tal forma que metió parte de su cuerpo en ella para poder dibujar en la parte interior.

Por un momento salió para cambiar el agua con la que limpiaba el pincel, y al caérsele un poco de agua dice: “¡Santa cachucha!”.

P: No veas... voy a dibujar a Patricio... nada más.

P: Ahora poco a poco arriba (lo dice cantando).

B: Eso suena como una canción.

Nuevamente metió parte de su cuerpo en la caja para dibujar dentro.

P: Ahora voy a dibujar a Patricio.

P: Ya puedes ver.

Me acerqué y pude observar que dentro había dibujado dos Patricios (personaje de la caricatura de Bob Esponja).

P: Ya acabamos.

B: Nos quedan 10 minutos de sesión.

Ante este aviso, dejó la caja de lado y tomó una hoja morada en la que empezó a dibujar con acuarela amarilla un auto en el que dijo que dentro iba un perro y su dueño.

Posteriormente, hizo un segundo dibujo a lápiz, al preguntarle qué era, solo explicó que era agua (la parte de abajo) y una hoja (un rombo).

Pedro comenzó a tocar la pared como si tocaran a la puerta, le pregunté quién era y me dijo que era el panda (títere de guante) que venía a visitar a Pedro y que se quería comer al caballito (otro títere de guante) porque tenía hambre.

Para este momento le recuerdo a Pedro que ya hay que guardar el material, ante lo que se resistió diciendo:

P: Déjame dibujar este.

Por último dibujó en una hoja y con acuarela color rojo un niño que dijo ser él.

Al terminar este dibujo, guardamos los colores y crayolas. Finalmente le acompañó a encontrarse con su madre y nos despedimos.



Figura 3. Lateral de la caja de juego. Dibujo de una casa, "Gary" y "Bob Esponja".



Figura 4. Lateral de la caja de juego. Dibujo de una casa.



Figura 5. Dibujo de un “auto con un perro dentro y su dueño” (sic. Pedro).



Figura 6. Dibujo de una “hoja y agua” (sic. Pedro).

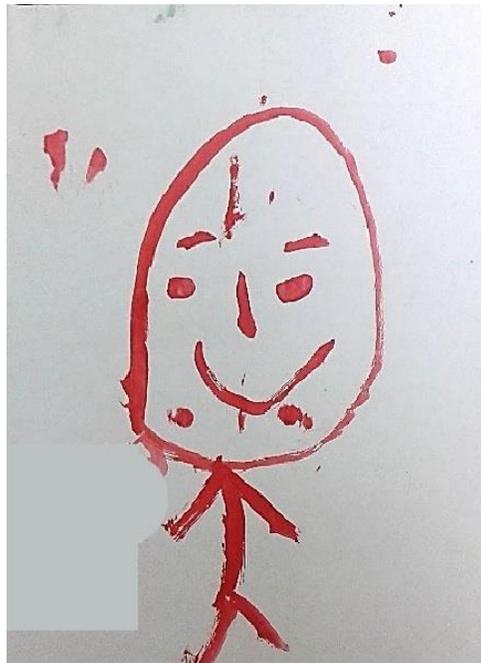


Figura 7. Dibujo de él mismo.

5.1.1.2 Funcionamiento psíquico durante la primera etapa de tratamiento.

A continuación se harán algunos comentarios con relación a las observaciones hechas durante el primer bloque de intervención. Enfatizando los funcionamientos observados, las principales temáticas y fantasías manifestadas durante el juego.

Durante este bloque de intervención es posible observar la manifestación de una gran cantidad de actividades y a su vez de temas muy variados que en ocasiones eran difíciles de identificar.

Para analizar el proceso terapéutico se tomarán en cuenta los rubros empleados por Kernberg et al. (2002) para describir los funcionamientos psíquicos de las estructuras neurótica, psicótica y limítrofe de la personalidad, enfocándome en estas dos últimas, ya que son las que mejor explican las conductas y dificultades de Pedro.

Cognición: En términos del discurso y el pensamiento, era posible observar como Pedro cambiaba constantemente de una actividad y de un tema a otro. Al niño le era complicado enlazar sus ideas de una forma coherente y lógica y para mí era complicado en ocasiones saber si sus acciones correspondían a un juego simbólico o un convencimiento de que realmente estaban ocurriendo, estas limitaciones se acentuaban debido a su desborde emocional y su dificultad para la organización. Lo anterior tendría implicaciones importantes en su relación con los demás pues al no poderse comunicar adecuadamente resultaba confuso entender sus intenciones.

La confusión entre lo que era animado, inanimado, real o irreal ocurría con frecuencia. Pedro adoptaba acciones observadas en otros, repetía frases de programas de televisión o adoptaba frases que yo decía, sin reflexionarlas sino sólo como una copia de lo que observaba. Mostrando dificultad en el poder reflexionar sobre sus acciones y en la diferenciación.

Su expresión verbal y sus dibujos estaban fuertemente influenciados por frases de personajes de caricatura o de canciones. Lo cual hace pensar en el gran periodo de tiempo que debía pasar viendo televisión el cual era usado por sus padres como medio

de control y distracción. Ya lo reportaban los padres al referir que cuando ellos discutían: “él ve la tele y ni nos hace caso” (sic. de los padres).

Ante la angustia y las fantasías caracterizadas por agresión y destrucción, en el juego predominó la manifestación del impulso agresivo, y aunque empleó mayor lenguaje que en las sesiones iniciales, este era muy limitado, al utilizar frases breves y preguntas simples. No le era posible formular explicaciones elaboradas y sólo manifestaba impresiones con palabras cortas, dando cuenta también del poco apoyo y estimulación que recibía de casa.

Ante la falta de una extensión del lenguaje que le permitiera expresar su sentir o pensar, terminaba por actuar sus impulsos para descargar la ansiedad y angustia que le generaban las fantasías agresivas y de aniquilación, además de la desorganización en el pensamiento.

Afecto: En el afecto también había cierta inestabilidad y fluctuación, que resultaba apropiado al contenido de los eventos, sin embargo, tendía a actuarse más que a verbalizarse. Algunos ejemplos de esto se observó cuando en la primer sesión, el niño se quedó inmóvil ante la indicación de pasar al cuarto de juego sin su madre o cuando se hizo la devolución de resultados con él y físicamente se alejaba de mí ante cada devolución que se le hacía, iniciado el proceso había ocasiones en que tomaba posturas corporales en las que parecía paralizado y durante los juegos llegaba a arrojar objetos y representar situaciones de pelea muy agresiva.

Representación del sí mismo: En este aspecto se observaba que Pedro no tenía una imagen de sí mismo clara, no poseía una imagen completa y coherente de sí mismo. No era capaz de explicar sus estado internos ni de entenderlos. En el juego mostraba caos interno y a su vez mostraba una actitud en ocasiones evasiva y cambiante como si no pudiera concretar una postura ante los sucesos vividos, pues le confundía lo que sucedía y no sabía cómo actuar ante ello. Incluso le era complicado reconocerse en lo que otro podía devolverle de sí mismo por lo que optaba por evadirlo cambiando de actividad o simplemente ignorándolo.

Ante el no saber cómo actuar, llegaba a copiar comportamientos o respuestas verbales de otros a través de un lenguaje estereotipado.

Una forma en que parecía mostrarse así mismo y manifestar su presencia era interviniendo en el mundo físico provocando ruidos, lo cual solía hacer al principio de las sesiones con algún instrumento musical o con algún otro objeto que le permitiera hacerse presente y ser reconocido, así como tener un reconocimientos de los objetos.

También aceptaba y parecía encontrar disfrute en el ser reconocido y encontrado por un otro, esto simbolizado en los juegos de escondite. Pedro necesitaba el apoyo externo, necesitaba que alguna persona fungiera como un espejo que le devolviera una imagen de sí mismo para que él pudiera ir construyendo una imagen interna más coherente y objetiva. Esta función especular debía comenzar a ser adoptada por su padres y en sesión ser otorgada por mi como su terapeuta.

En suma, el potencial mostrado de poder reconocerse a través del otro daba indicios de que este aspecto podía estimularse y promoverse.

Representación del objeto: La representación que se alcanzaba en este rubro, se relacionaba con un funcionamiento en el que con frecuencia fusionaba lo simbólico y lo concreto, principalmente durante las actividades de juego, atribuyendo acciones, intenciones o emociones a los objetos, de tal manera que con frecuencia era difícil distinguir si era parte de un juego o eran atribuciones tomadas como reales.

Capacidad de reflexividad yoica o del sí mismo: Pedro presentaba poca capacidad reflexiva, pues los intentos por invitarle a auto observarse o compartir sus estados internos eran rechazados o ignorados. Incluso las palabras parecían resultarle amenazantes, como si no tuviera la suficiente capacidad para tolerarlas a menos que se usaran para contener y acompañarle. Por lo que, los momentos de cierre de sesión eran breves pues no parecía apropiado saturarle con devoluciones y me centraba más en contener y regular el momento de la separación y la falta de tolerancia a la frustración.

Empatía: La empatía con frecuencia parecía estar en un estadio de desarrollo primitivo, en el que el ponerse en el lugar de otro se manifestaba con frecuencia en

imitación real de posturas y frases y no en una comprensión del estado interno de los demás.

En otras ocasiones la empatía era notoria como cuando protegía a algunos personajes o mostraba afecto y cuidado, pero en otras presentaba fuertes impulsos agresivos en lo que no parecía importar las consecuencias en el daño hacía otro como en las peleas y representación de agresiones, la escisión era clara.

5.1.1.3 Temas de la primera etapa de tratamiento.

Apropiación del espacio y del material de trabajo. Dado que una de las mayores dificultades de Pedro era el desborde de sus impulsos debido a la falta de contención interna y externa. Así como su fácil desorganización ante una gran cantidad de estímulos. Se optó por utilizar una caja de juego en un cubículo distinto del cuarto de juego. Este a su vez era un espacio mucho más pequeño.

La caja como representación de elementos de sí mismo fue aceptada de forma inmediata por lo que colocó en ella una serie de dibujos estrechamente vinculados a él mismo.

Angustia inicial. La devolución de resultados resultó ser angustiante y amenazante para Pedro, quien al principio se mostró contento al encontrarse con la terapeuta pero cuando le fueron devueltos los resultados de su evaluación, respondió con ansiedad al manifestar conductas de huida e irse recorriendo hacía atrás. Es muy posible que se percibiera en peligro ante las dificultades que presentaba y que se le señalaban y quizá también yo estaba siendo percibida de manera persecutoria. Por lo que él prefería retirarse momentáneamente.

Durante el juego manifestaba desorganización en el pensamiento, que bien podía ser provocada por un posible retraso en el desarrollo cognitivo de origen orgánico, así como por la angustia al sentirse en constante amenaza, usando la agresión a modo de defensa y para sentirse en control.

Pedro, por medio del trabajo con la caja hacía el intento por contener sus impulsos agresivos y desde el primer momento los colocó dentro de la misma, haciendo uso de los límites físicos que le brindaba. Pudiendo estar representar tanto sus impulsos y fantasías de aniquilación internas como sus esfuerzos por manejarlos.

En la sesión 15 se pudo observar, cómo el hecho de que en su caja hubiera objetos que él no esperaba, lo vivió con la impresión de haber sido invadido y a partir de esto se desencadena en él la angustia de ser dañado, la cual trata de manejar por medio de identificación proyectiva por medio de los títeres y de sus intentos por atacar a la terapeuta.

Falta de integración y reconocimiento de sí mismo. El tipo de fantasía que se presentó en la primera etapa permitía ver a un niño que dentro de su desorganización inicial trataba de manejar su angustia. Es posible observar como iniciaba las sesiones con cierto recelo evitando hablar o contestar, pasando después a realizar una descarga del impulso a través de juegos en los que representaba batallas entre los personajes que elegía o haciendo ruidos muy fuertes, lo que me parece podría haber representado también su deseo de constatar su presencia ante los otros pero sobre todo hacía sí mismo, como un “yo estoy aquí” y “esto es una manifestación mía”. Se le señalaba entonces que él podía controlar la intensidad de sus conductas, y que podía controlarse, lo cual parecía motivarle a regularse más. Yo intentaba mostrarle que él como ser individual y diferenciado de los demás tenía conductas que producían un efecto en el exterior y un impacto en los demás.

Identificación con personajes con poco control de impulsos y que viven en un mundo “bizarro”. Se observó desde la evaluación que Pedro se identificaba con personajes fantasiosos como el personaje de “Bob Esponja”, su amigo “Patricio” y la mascota “Gary”. Estos personajes fueron muy recurrentes desde la evaluación y que fueron retomados al plasmarlos en su caja de juego.

Pedro, con frecuencia decía frases características y reía de forma similar a “Bob Esponja”. Esto se relacionó con el parecido que podía haber entre esta caricatura y la vivencia de Pedro y que adoptaba con recurrencia y representaba un referente de identificación. “Bob Esponja” suele estar en dificultades por su inadecuada

interpretación del entorno y de las reglas sociales. Además de vivir en un entorno confuso y bizarro, donde la mayoría de las cosas y los eventos no siguen las reglas de la lógica o de las leyes naturales, donde todo lo imaginable es posible. Lo anterior, podría ser similar al cómo es que el niño en ocasiones percibía su entorno, no comprendiéndolo y estando fuera del contacto con la realidad en algunas ocasiones.

Hay otros personajes que evocan otras características de él mismo como la mascota “Gary” que no habla y se esconde. Tal como él lo hacía escondiéndose en su “propio caparazón”.

Manifestación de necesidades orales. Una manifestación importante de su forma de funcionar psíquicamente, era la necesidad de contención que de manera natural manifestaba y demandaba. Lo cual se pudo observar cuando se encontró por primera vez con la caja, al darle la función de contener una batalla entre los títeres. La caja lograba cumplir la función de contener partes de él y las primeras cosas que comenzó a depositarle fueron sus percepciones distorsionadas, con los dibujos que le colocó y sus impulsos agresivos.

Había otros momentos en que la necesidad de que alguien le ayudara a metabolizar la emoción se manifestaba, como en la ocasión que durante un juego de lotería comenzó a buscar las imágenes que lo atemorizaban y desconcertaban, dándomelas a mí. Esto brindaba la oportunidad de apoyarle para procesar la angustia y hacerle saber que otro podía ayudarlo, protegerlo y contenerlo, además de presentarle un mundo menos amenazante. Esto se repetía en otros juegos como en la ocasión que me lanzó insectos de plástico a los que les temía, no con el intento de dañarme pero sí con la intención de verse a salvo de ellos. Era en estos momentos que yo intervenía reflejándole el rechazo o miedo que le provocaban o que quizá le recordaba algo que le daba miedo, pero que podíamos guardarlos y cuando él quisiera y estuviera listo podríamos usarlos, esto mientras le mostraba que podía tomarlos y no pasaba nada.

Contención y organización es lo primero que parecía necesitar, por lo que al principio la mayor parte de las intervenciones hechas se realizaron como descripciones de lo que él hacía, lo que trataba de dar claridad tanto a él cómo a mí de lo que estaba

sucediendo. Yo trataba de promover que él escuchara y no solo actuara, para que más adelante pudiera pasar a una autoobservación. Pedro necesitaba que alguien, en este caso yo como su terapeuta, alguien que le constatará su presencia y cumpliera una función especular para ayudar a que se reconociera así mismo.

Es posible observar cómo las necesidades orales eran representadas en las sesiones a través demandar cuidados, contención, sostén, afecto, reconocimiento y protección, además de intentar establecer un vínculo entre él y yo. Quería estar en unión conmigo como figura materna y se negaba a separarse al final de las sesiones, queriendo continuar con las actividades o negándose a salir del cuarto de juego. Sin embargo, llamó la atención que de forma contrastante a lo anterior no me incluía en sus juegos iniciales pero al final del bloque permitía una mayor participación mía.

Desorganización. Una dificultad importante para poder dar seguimiento en sesión era el constante cambio de “juego” o actividades y su renuencia a escuchar cualquier intervención que lo implicara de forma directa. Parecía estar muy frágil, y “empujarlo” precipitadamente podría haber resultado contraproducente, aumentando el grado de regresión que sumado a su inmadurez habría complicado el proceso, y que ya en otras ocasiones se observaba en pequeñas “fugas”, al quedar paralizado.

Las mismas palabras eran como agentes que le resultaban peligrosos pues estas no alcanzaban siempre a representarle cosas, sino que llegaban a significarle amenazas directas en un tipo de ecuación simbólica, en el que lo verbal podía llegar a vivirlo como un hecho que estuviera sucediendo en ese momento. Como al hablar de sus miedos o fantasías.

Pedro oscilaba en el juego durante la primera etapa, entre la exploración y el intento de jugar. Sin embargo, su juego no parecía tener propósito o una meta establecida, todo quedaba a medias y después comenzaba de nuevo.

El juego simbólico era algo incipiente, la confusión o dificultades en la diferenciación entre juego y realidad en ocasiones era incierto, para él en el trabajo de sesión y para mí en la observación. Lo que poco a poco se manifestaba era su

necesidad de tener puentes en nuestra interacción lo cual podría potenciar su desarrollo. Las fantasías de ser perseguido y correr peligro de ser “aniquilado” por los demás se observaba en nuestra interacción al tratar de amenazarme, matarme, intimidarme, dejarme fuera del cubículo o mostrar recelo cuando me veía hacer alguna nota de sesión o cuando era privado de la atención. Pedro intentaba evitar el ser el controlado o “abandonado”, como en los cierres de sesión, en los que al principio manifestaba su enojo fingiendo no haber oído o sacando más juguetes de la caja, pero posteriormente comenzó a decir de forma verbal que no quería irse, lo cual ya representaba un avance en su comunicación.

Dificultades para simbolizar. Siguiendo con su dificultad para simbolizar, Pedro daba un uso distinto a los juguetes del que les correspondía y esto iba más allá de usar la imaginación. En realidad manifestaba una percepción distorsionada de los objetos que no le permitían darse cuenta de su uso o de lo que en realidad representaban y generalmente los convertía en armas, fueran los juguetes o imágenes, como una vez en el juego de lotería al ver imágenes que le eran desconocidas como “el arpa”, Pedro hacía sonidos de disparos y al preguntarle si pensaba que era un arma, el asentía. Lo que imperaba en su mente era la agresión y destrucción.

Por otro lado, Pedro con frecuencia decía “mentiras”, sin embargo al principio no era claro si realmente eran mentiras para confundir al otro, haciendo uso de una teoría de la mente, estaba usando su imaginación como un juego o en realidad así percibía las cosas a su alrededor. Como cuando al interactuar conmigo escondía objetos, o decía que las cosas desaparecían. Me parece que la dificultad para saber con qué intención lo hacía, variaba y de acuerdo a su grado de desorganización y regresión podía llegar a presentar distintos niveles de funcionamiento.

También antropomorfizaba a los objetos, dotándolos de voluntad y deseos. Además de dar explicaciones mágicas ante eventos frustrantes y estresantes como en el caso de los títeres que no fueron encontrados en su lugar (estaban siendo utilizados por otra psicóloga) y ante este hecho tomó un papel que encontró cerca e hizo como si leyera: “nos fuimos de viaje. Quédate con Blanca” (sic. Pedro). Esto como una defensa

para no sentirse abandonado y protegerse de angustias depresivas, comenzando a contenerse.

Transicionalidad

Una observación importante era la dificultad que se observaba en Pedro para entrar y salir del juego simbólico y en ocasiones era complicado saber si lo que llegaba a expresar era algo relacionado con el mundo real o con el juego. Un evento que ilustra esta confusión fue la existencia de un perrito que aparentemente le pertenecía y que al principio yo había entendido que era una mascota pues se refería a él como si lo fuera. Pero después se hipotetizó que podría haber sido un peluche al cual, según sus padres, comenzó a tenerle un apego importante llevándolo constantemente con él y hablándole como si estuviera vivo. Esto no pudo ser verificado después pues dejaron de asistir.

Pedro presentaba una importante dificultad para expresar sus necesidades y deseos, por lo que hacía uso del juego para expresarlos. Le costaba trabajo asumirse como dueño de esos y los proyectaba en los juguetes, especialmente de los títeres

El camino hacía el establecimiento de una comunicación fluida a través del lenguaje era aún una meta lejana de alcanzar, sin embargo, nuevamente Pedro utilizaba puntos intermedios que aunque confusos se encontraban en formación como su capacidad de simbolizar, que comenzó a manifestar en el placer que encontraba al jugar y dibujar. El dibujo era muy similar a su capacidad para el juego simbólico en el que los temas eran variados y los elementos parecían estar inconexos, podía observarse la falta de lógica y su desorganización interna.

Sin embargo poco a poco, los juegos comenzaban a tener pequeñas narrativas que, comenzaban a ser más organizadas y que en la misma sesión comenzaba a haber cierta rutina que culminaba en un algún dibujo, y aunque no siempre eran identificables con claridad sí eran un intento por comunicar y mostrarse, así como de cerrar la sesión y evitar que se le hicieran preguntas.

En sesión, los objetos transicionales fueron importantes ya que el encuentro directo solía ser limitado. Los títeres fueron relevantes al cumplir una función de no ser

él ni ser yo, era algo “intermedio” que le daba una zona de confort y descanso, donde podía expresar sus angustias e impulsos reduciendo el temor a destruir parte de él o a los objetos buenos. Su uso dentro de las sesiones, permitía que se angustiara menos ante los señalamientos que se le hacían.

5.1.2 Segunda etapa de tratamiento: Surgimiento de temáticas de mayor claridad y uso del juego simbólico.

El proceso terapéutico fue breve por lo que las etapas aquí descritas son también cortas, sin embargo, se considera que fueron importantes para potenciar el adecuado desarrollo emocional del niño. Además de mostrar cambios significativos en la dinámica dentro de las sesiones.

5.1.2.1 Sesión muestra de la segunda etapa de intervención.

Sesión 21. Sesión 9 de intervención.

Pedro llegó junto con su padre, les saludé y el niño me sonrió. Le pregunté cómo estaba y contestó que bien.

El padre me entregó el formato que le di sobre desarrollo y a continuación le informé que la siguiente semana les daría su reporte para la interconsulta con el neurólogo. El padre de forma despreocupada contestó que de todos modos quizá tardarían en atenderlo pues esto dependía de la urgencia y de la demanda del servicio. Una vez dada la cita, primero lo vería un médico general para después ser canalizado con el especialista. Señalé al padre que cuanto antes pidiera la cita sería mejor para que no tardara tanto.

Pedro y yo pasamos al cubículo y el niño se dirigió en primer lugar hacía los títeres. Tomó al perrito y al reno, el cual dijo era un toro.

Pedro colocó al toro y al perro uno frente a otro, uno de ellos gruñendo, sin embargo no era claro quien gruñía a quien. Le pregunté quién gruñía y dijo que el toro

aunque a quien movía cuando había un gruñido era al perro por lo que le respondí que me parecía que en realidad era el perrito quien gruñía. Ambos se peleaban pero quien se veía con más fuerza y dominante era el perrito, se escuchaban gruñidos y ambos chocaban entre sí. Los metía a la caja e hizo que pelearan dentro. Pedro los movía violentamente dentro de la caja. La pelea terminó y le pregunté quién había ganado, me dijo que el perrito.

Pedro colocó al perrito frente a mí, lo acercó a mi rostro y me gruñó. Reaccioné diciendo que me parecía que quería atacarme (se lo dije al perrito), mientras Pedro me lo acercaba gruñendo. Le pregunté al perrito por qué estaba tan enojado, no me contestó y solo siguió gruñendo.

B (dirigiéndome al perrito): Me parece que piensas atacarme y eso no me gustaría. No me gusta que me ataques. Y si no usas tus palabras no puedo entender qué te pasa.

Pedro tomó al león y dijo que me salvaría, colocó al perrito en el sillón pequeño e hizo que el león atacara al perrito, después se dirigió a mí y me dijo que ya me había salvado. Le devuelvo que su forma de salvarme fue atacar al perrito. Me respondió con un “ajá”.

Le contesté que sí usáramos palabras en vez pelear quizá podríamos solucionar lo que sucede.

Pedro cambió de títere y tomó una cerdita a quien él dijo que era “la cochina”. Ésta estaba enojada y decía que le pegó al perrito ayer por que le había robado sus tacos.

Después, Pedro me dijo que me fuera al sillón del otro lado de la habitación, tomó al perrito y volvió a gruñirme, Pedro ahora tenía también el títere de la vaca y esta decía “no deben pelearse” y le decía al perrito que me pidiera perdón. El perrito me dice “¿me perdonas?”.

Le digo “tú crees así se pueden resolver las cosas, pidiendo perdón aunque no entiendo lo que pasó”.

Pedro dejó los títeres en la mesa y se quedó de pie, viendo fijamente el reloj que estaba en ella. Le señalé que como en otras ocasiones se había quedado paralizado. Pedro siguió así unos segundos más y le dije que era como si su mente no estuviera ahí. Segundos después se dejó caer sobre la mesa y sobre los títeres.

Pedro se incorporó y se fue a un sillón con el perro. Ya que había una mesa entre nosotros dos y sobre ésta la caja de juego, no podía verle directamente y tenía que moverme un poco para poder ver su rostro. Pedro empezó a hablar en voz baja en la oreja del perrito. De lo poco que alcancé a escuchar fue “ese toro está enojado contigo”.

Después Pedro se puso de pie y se acercó a mí, trayendo los títeres en los brazos. Le pregunte qué le dijo al perrito y me dice “¡nada!” le digo que a mí me pareció que sí le dijo algunas cosas.

Le devolví que aunque pudiéramos jugar con los títeres, ellos no eran reales y era él quien les ponía voz. Al parecer Pedro se angustió ante esta intervención, por lo que tomó al gatito y con él se dijo a sí mismo “¡no escuches!”.

Pedro me dio los títeres mientras me indicaba: “carga los títeres”. Después me comentó que se iban a sentar, por lo que los quitó y los colocó en una silla pequeña junto a nosotros, y sobre ellos el reloj, el cual observaba de vez en cuando pues sabía que este indicaba el tiempo que nos quedaba de sesión. Solo me dejó con el gatito y el toro.

Pedro se dirigió entonces a su caja y comenzó a sacar los bloques de madera. Yo dejé al gatito y al toro en el sillón y me acerqué a la mesa donde él estaba.

Pedro volteó a ver a los títeres y le dijo al perrito: “te voy a hacer tu canchita... te voy a poner una cancha para que no te caigas”. El niño se refería a colocar bloques alrededor de la mesa, quizá haciendo alusión a los límites de una cancha de futbol.

Ya que yo tomaba algunas notas, Pedro se acercó a mí y veía atentamente lo que escribía.

Después tomó el lápiz adhesivo y colocó un poco a los bloques. Los iba pegando en la orilla de la mesa, después me pidió que yo pusiera el pegamento y él los colocaría en la mesa. Pedro parecía estar simbolizando la construcción de sus límites y su diferenciación del mundo por medio de la consistencia y sostén que comenzaba a tener. Es importante señalar que me consideró en la construcción de estos límites.

Le pregunté qué es lo que estábamos construyendo y me contestó que una torre. Después comenzó a decir: “que venga mapa y Dora y mochila”. Explicó que vendrían en la noche y construirían la torre. Le pregunté entonces si pensaba que eso podía suceder, me contestó que sí y yo le señalé que esos personajes de los que hablaba salían en la televisión y eran caricaturas que no eran reales pues eran un programa de

televisión. Pedro siguió construyendo y no respondió nada, quedamos en silencio unos minutos y me indicó cuando estaba por terminar la casa.

Le dije a Pedro que había estado cambiando de opinión con respecto a lo que construiríamos, pues primero había dicho que haríamos una cancha, después una torre y por último una casa.

El niño se dirigió al perrito y le preguntó por qué no venía a jugar. Pedro empezó a cantar una canción de la caricatura de Dora y repitió: “mapa.... mochila...”

Pedro apilaba y pegaba más bloques, me pidió que le tomara una foto. Yo le presté la cámara y él tomó algunas fotos de la habitación, posiblemente como un intento de conservar y recordar lo acontecido, pues era además, la función que le expliqué tendrían tanto las notas que yo hacía como las fotos que llegáramos a tomar, siendo una ayuda para recordar lo que hacíamos juntos. Lo anterior era de utilidad para él, en términos de tener evidencia de la permanencia del objeto.

Dejó la cámara, volvió a los bloques y al no encontrar más, se dirigió al perrito y le dijo “oye perrito, te vas a caer. Ya no encuentro más”.

B: Piensas que se caerá pues no hay piezas suficientes para hacer lo que planeas.

Va por él y le dice “Chiurulín”. Le digo que le ha cambiado el nombre al perro pues desde que ha trabajado con él decía que se llamaba Pedro, pero ya no quería que se llamara así.

Colocó el títere en la mesa y le dijo: “Te voy a llamar Chiurulín”.

El tiempo casi terminaba y se lo avisé. Entonces él contestó: “vamos a colorear en lo que se seca” (la casa con bloques).

Pedro tomó al títere de “la cochina” y le preguntó si quería colorear y se respondió que sí. Tomó las acuarelas y pidió que fuéramos por agua.

Mientras tomábamos una hoja, Pedro me preguntó qué hoja quería, le respondí que como era su espacio primero podía elegir él. Tomó una hoja blanca y yo elegí una de color. Pedro le colocó una hoja rosa frente a “la cochina” pues decía que es la que quería. Al repartir los pinceles dijo que faltaría uno para la “cochina”. Le pregunté cómo podíamos resolver eso y me dijo: “cuando me vaya, va a dibujar la cochina”. Le pregunté que sí él creía que al irse la cochina iba a dibujar con el pincel que él dejara, me contestó con un “ajá” y le dije que recordara que “la cochina” era un títere y solo podía hablar y moverse cuando él jugara con ella e hiciera como sí hablara.

Pedro tomó su hoja y dijo que dibujaría un cuadrado. Después dijo haber dibujado “un paraguas, rojo, un perro Chiurulín, una pelota, un diablo, otro cuadrado, una escoba y una “i” “.

Mientras yo dibujaba, él me iba indicando qué hacer, pidiéndome que dibujara cosas similares a las que él dibujaba.

Al terminarse el tiempo de sesión le recordé que debíamos recoger. Entre los dos lo hicimos aunque se resistía un poco a detener la actividad.

Pedro colocó al perrito sobre la mesa y lo hizo caminar hacia atrás hasta que fue detenido por los bloques que estaban pegados. Después de esta prueba menciona: “Mira ya no se cae” y hace nuevamente la demostración de que ya no se cae de la mesa.

Le contesté que había construido límites que impedían que se cayera. Pedro se mostró complacido y ambos sonreímos. Después de esto despegamos los bloques y los guardamos. Pedro me indicó también que fuéramos a tirar el agua y a llevar a su lugar a los títeres. Entre los dos lo hicimos.

Le señalé a Pedro que hizo muchas cosas y que seguiríamos trabajando la siguiente semana. Nos despedimos.



Figura 8. Títere de guante “Chuiurulín”.



Figura 9. Construcción de una pared. Pedro pegó con adhesivo los bloques.

5.1.2.2 Funcionamiento psíquico durante la segunda etapa de tratamiento.

Cognición: Durante ésta segunda etapa la capacidad para organizarse mejoró un poco, lográndose observar un menor número de cambios en el juego, y la presencia de más secuencias que empieza y termina, siendo posible una identificación de temáticas más clara y que podían ligarse más fácilmente con algunos acontecimientos de la vida de Pedro. Y que aunque él no lograra hacerlo por sí mismo, comenzaba a aceptar las asociaciones que la terapeuta hacía y él las seguía si se le hacían preguntas simples que pudieran ser contestadas con un sí o no. Como en la sesión 18 en la cual las imágenes del juego de lotería le traían algún recuerdo o idea, logrando tocar el tema del temor que le despertaba cuando presuntamente el padre bebía.

Sin embargo, como una forma defensiva, se retraía cuando se trataba de inferir más en los estados emocionales que le provocaban sus propias asociaciones. Se bloqueaba y tenía momentos de ausencia y rigidez que detenían o provocaban cambios abruptos en la acción realizada. La capacidad de simbolización aunque ligeramente más clara en el juego, seguía teniendo momentos de confusión y desorganización, especialmente en lo verbal. Y el escuchar mis devoluciones o verse de frente con mis intentos por inferir más, lo llegaban a angustiar, por lo que fue importante hacer lo posible por no presionarlo demasiado, respetando sus tiempos y la cualidad de la ansiedad.

La confusión entre lo animado e inanimado me seguía siendo complicado de entender pero procuraba acompañarle; describiendo, cuestionando o señalando diferencias entre lo que en realidad ocurría y lo que era parte de un juego, ante lo que el niño presentaba dificultades para salir de la fantasía y se rehusaba a hacerlo, negando lo que yo decía como en la sesión 21 cuando al devolverle que en realidad los títeres no hablaban y era él quien les daba voz, dice “no escuches”. Siendo él quien no quería escucharlo, utilizando como mecanismo la proyección.

Es posible que fuera necesario un ajuste en la forma de hacer las devoluciones, respetando más la necesidad de la transicionalidad y aunque se señalara que no era real, transmitirle que en el juego él podía usarlos como deseara y permitirle mayor

posibilidad de juego, sin cortar abruptamente éste en mi intento de darle principio de realidad.

La organización interna parecía estar ligeramente mejor. De tal manera que para el fin de esta etapa se había establecido una rutina que comenzaba a darle estructura. Primero iniciaba comunicándose con los títeres buscando mayor seguridad, después pasaba a un juego de construcción donde era el principal “actor” y por último simbolizaba a través del dibujo. Por lo que se observaba una mayor posibilidad de entrar en lo transicional marcando un avance en el proceso que comenzaba a diferenciarlo mejor de la desorganización inicial que sugería una tendencia al funcionamiento psicótico.

Afecto: En el afecto, aunque sus respuestas parecían corresponder con lo que representaba en el juego o a lo que se trataba de hablar con él; estos afectos eran más actuados que verbalizados y no favorecían la interacción con el otro, pues frecuentemente eran intentos por defenderse ante las fantasías de estar siendo perseguido y de estar en peligro de ser destruido. Temores y afectos de la posición esquizoparanoide. Esto puede observarse en otras sesiones donde se representaban peleas, intentos de comerse a otro, temores de ser devorado, también cuando decía que títeres que estaban en otro cubículo pelaban y uno quería matar a otro o cuando al intentar explorar situaciones como su percepción del padre o lo que le sucedía en casa, evadía el tema ignorándolo.

Así, cuando la angustia se incrementaba aparecían algunos funcionamientos psicóticos, como el aplanamiento de los afectos que podía observarse cuando veía a algún punto de la habitación o se dirigía a la terapeuta en una mueca rígida que dejaba ver una sonrisa pero que no correspondía con lo que se hablaba o que lo hacía verse ausente, y en ocasiones paralizándose físicamente lo cual no era claro si era una reacción imitada de lo que veía en la televisión, pues hacía recordar al programa de televisión del “Chavo del 8”, en donde el personaje principal al experimentar un miedo intenso “le da la garrotera” que es una especie de bloqueo, similar a lo que Pedro llegaba a hacer.

Representación del sí mismo: Todavía en esta etapa la autoimagen se veía muy empobrecida siendo limitada su capacidad de describirse o explicar sus estados internos.

Pedro parecía no entender incluso las características que le definían como varón, ni las diferencias físicas entre los sexos, pues sus padres reportaban que de forma reciente les preguntaba si él tendría leche siendo mayor o si tendría menstruación. Estas dudas eran despertadas por lo que observaba a su alrededor, como la interacción de su hermana con su bebé y las ocasiones que había observado a su madre en el baño.

Por otro lado, necesitaba proyectarse en personajes para manifestar sus necesidades y protegerse a la vez de ser controlado. Como parte de la terapia resultaba útil como recurso transicional, sin embargo a su edad se esperaba que pudiera expresarse más en primera persona. Así que como parte de la intervención fue importante vincular y devolverle lo que yo lograba comprender acerca de sus deseos y necesidades, para que poco a poco pudiera integrar y asumir como suyas tales representaciones. Como en la sesión 20, cuando se le pide que a través de los títeres hable sobre lo que le sucede y se le pregunta si lo hecho con los títeres le recuerda algo de su vida. Ésta intervención se hizo pensando que parecía estar representando escenas donde se le había erotizado de alguna manera. Pero terminó siendo suspicaz y se arrepintió de lo comenzó a salir a la luz, por lo que calló a los títeres intentando cerrarles la boca y literalmente pegarlas con pegamento en barra, pues parecía que habían hablado demasiado. En este momento me dio la impresión que pudiera haberse presentado algún tipo de abuso sexual.

Representación del objeto: En este punto, lo simbólico y lo concreto continuaban mezclándose no como en una alucinación pero sí en una confusión entre lo que tiene vida y lo que no, lo que puede o no pasar. Especialmente cuando eran juguetes que representaban un personaje animal. Se encontraba en el uso de objetos transicionales

Que en ocasiones le llevaban a hacer frecuentes distorsiones sobre las cualidades de los objetos que no siempre correspondían a las leyes naturales o físicas

o cuando transformaba objetos en su mente en armas como lo hizo con algunas imágenes en el juego de lotería o cuando pensaba que los muñecos podrían hacer cosas cuando él no estuviera presente, o se sorprendía cuando no se “tomaban de la mano” como él quería.

Capacidad de reflexividad yoica o del sí mismo: Aunque seguía evitando la observación y no parecía haber una espontánea reflexión de sí mismo, parecía escuchar más y atender a lo que se le decía de tal manera que podía hablarse a sí mismo a través de los personajes que actuaba para decir “que no me escuchara”, ante lo cual ya estaba admitiendo de alguna manera que lo que se decía tenía que ver con él.

Además de vincular los temas manifestados en su juego con aspectos que tenían que ver consigo mismo; como en el juego de lotería y con una guía de preguntas yo trataba de explorar temas que tenían que ver con él, como el que tuviera temor a su padre cuando éste bebía, sus actividades en la escuela, las personas con las que convivía, etc.

Empatía: En algunas ocasiones podía usar la amenaza e intimidación para obtener lo que deseaba como cuando me amenazaba o fingía dispararme cuando intentaba dar cierre a la sesión o cuando le limitaba de alguna manera. Esto podía ser una forma de relación adoptada a partir de la convivencia familiar donde eran poco respetados sus deseos y necesidades.

Por otro lado, podía mostrar preocupación, cuidado y mucho afecto por los personajes que estaban en peligro, dentro de su juego. Probablemente este cuidado era el cuidado que él deseaba, así como la contención que demandaba. Y también podría haber adoptado estas formas de relación a partir de haberlas vivido en ocasiones, en casa con sus padres, en especial con el padre quien refería que “también lo consentía” (sic. del padre) abrazándolo y diciéndole que era “su bebé” o su “rey” y con la madre quien también llegaba a tratarlo como un bebé.

5.1.2.3 Temas de la segunda etapa de tratamiento.

Demandas afectivas. Los juegos en los que se observan temas de alimentación, cuidado y necesidad del vínculo con otro eran muy frecuentes. Parecía percibirse con necesidades no satisfechas, donde posiblemente era el quien cumplía un papel en casa en el que satisfacía las necesidades de afecto de los demás miembros de la familia, especialmente de la madre. Como parece haberlo representado en la sesión 18 en la que se proyecta en un títere con forma de perro que dice tener hambre pero que termina siendo quien alimenta a una “cochina” como la nombra él y que en el juego familiar representó a la madre. Pedro tendría demandas de afecto no cubiertas, pero intentaba satisfacer las de la madre.

En la sesión 20, con el uso de un títere de vaca, parece que Pedro manifestó la relación con su propia madre a quien por un lado teme pero por otro no quiere que se aleje, siendo ambivalente. En dicha sesión manifiesta sentirse agredido por “la vaca” y pide que se vaya, cuando está le pide perdón, regresa. Después trata de pegarse con lápiz adhesivo conmigo. Se le dificulta separarse y en el juego intenta “pegarse” a la terapeuta casi en un intento de fusión con ella, reflejando dificultades en la separación con la figura materna.

En la sesión 20 y 21, Pedro inicia un juego de construcción para colocar una base que impida que su títere se caiga y proyectando en el su propia necesidad de tener una base firme que lo sostenga y que para ese momento no la tenía. Teme perder equilibrio por lo que parece requerir que se refuerce el apoyo que se le da por lo que no solo la arma si no que la pega.

Para la sesión 21 Pedro mostraba ligeros avances en la diferenciación pues había dejado de llamar “Pedro” al títere y le había puesto un nuevo nombre “Chiurulin”. Ya lo dota de necesidades y de temores, y no lo usa como medio de intimidación con la terapeuta.

Autopercepción y temor a sus propios impulsos. Pedro pedía que se le protegiera de sus impulsos agresivos que para él era difícil poder controlar y manejar. Sin embargo, era importante que este fuera quien se hiciera cargo de estos sus impulsos y no dependiera del todo de la terapeuta por lo que se le devolvía en lo posible la responsabilidad de poder hacerlo, como en la sesión 18 en la que el niño quería que la terapeuta fuera quien atara a un perro que le amenazaba en el juego pero opté por sugerirle que fuera él quien lo atara, lo cual aceptó. Esto con el fin de responsabilizarlo de sí mismo.

Pedro manifestaba temores de ser destruido y yo trataba de contener esta angustia por medio del juego y de transmitirle seguridad en que estará bien y de que puede haber alguien que lo cuide.

Generalmente Pedro solía expulsar su impulso y mostrar agresión de manera manifiesta. Sin embargo, en la sesión 20 se caracterizó por querer alejar el peligro, pedir ayuda y defenderse con golpes del posible daño. Hizo intentos por comunicar que algo ocurría pero después parece ser que el recordarlo o enfrentarse a él le hacían replegarse y querer mantener bajo control sus pensamientos y fantasías. De tal forma que se “tragaba su palabras” o les pegaba la boca a los títeres para que “no dijeran” nada que pudiera angustiarse. Trataba de callarse sus fantasías y percepciones de un entorno hostil.

Por otro lado repite frases que posiblemente provenían de sus padres como “pégame para que entienda”, la cual suele ser una frase de algunos padres “te pego para que entiendas”. Esto lo hacía a través de uno de los títeres, que hablaba conmigo y me decía esto. Posiblemente como una forma de estar cerca y de tener contacto.

Manejo del enojo, el temor. Intentos reparatorios. Pedro seguía presentando dificultades en la regulación emocional. La actuación de los impulsos debido a sus limitaciones en la constitución de su psiquismo, no le permitían acceder de forma eficaz a la comunicación a través del lenguaje ya que no podía acceder plenamente a la simbolización.

El uso poco eficaz del lenguaje en Pedro seguía dificultando su regulación emocional, optaba entonces por actuar su enojo y su temor, al no poder expresarlo verbalmente. Por medio de la agresión trataba de defenderse y la forma que alcanzaba a utilizar para este fin era agredir a otro y no ser él la “víctima”, no tolera lo que siente y trata de que el otro sea quien tenga que lidiar con ello, haciendo uso de la identificación proyectiva.

Pedro empieza a aceptar y asimilar cuando se le explica lo que estas actitudes provocan en otros pues cuando se le explicó que no me gustaba que me gruñeran y que si no usaba sus palabras me era difícil entenderle, Pedro redujo sus conductas impulsivas e intimidatorias. Es posible que por un lado se deba a que quería ser aceptado por mí y a que nota que se le quiere entender. Esto habla también de recursos importantes del niño, para poder vincularse y escuchar a los demás

Por primera vez, utiliza una estrategia de reparación que es el pedir perdón, comenzando a manifestar de manera más clara la culpa y el temor a la pérdida características de la posición depresiva y que apuntan a una mayor integración de sí mismo. Además de manifestar cierta comprensión de algunas normas sociales como el saber que “no deben pelearse”.

Transicionalidad. El perrito se ha volvió para Pedro en un objeto de suma importancia dentro del espacio terapéutico. Es, él mismo, haciendo uso del mecanismo de proyección, le hace responsable de su agresividad y de sus impulsos. Al expulsarlos, pierde el control de ellos teme su retaliación y necesita que yo le proteja de los mismos, desea que sea una figura protectora para él, que le contenga en su ansiedad y brinde soporte para manejar la angustia.

Pedro ha tomado el xilófono como una forma de sintonización conmigo, de esa forma entramos en contacto después de haber podido hablar por medio de los títeres el elige un nuevo puente para contactar y es que yo le siga en sus movimientos. Aquí ya no necesita del títere pero tampoco puede hablarme igual que con ellos. El sonido sustituye nuestras voces.

En la sesión 21 Pedro comenzaba a dar muestras de estar construyendo un espacio propio con límites que lo contuvieran, representándolo en la construcción de un muro que sostuviera al “Chiurulin” con quien se identificaba.

Pedro necesitaba límites fuertes que trataba de reforzar lo que podría significar una mayor fortaleza yoica y el límite entre él y los demás. Entre sí mismo y los otros.

De no construir límites fuertes temía “caerse” y por lo tanto dañarse y estar vulnerable. El perrito ya “no se caía”. Era más fuerte y posiblemente resistiría intervenciones más directas.

5.1.2.4 Sesión 19. Seguimiento con los padres.

Los padres para la sesión 19 habían hecho modificaciones importantes en algunos hábitos en casa. Pedro ya dormía en un espacio separado de su madre y hermana, se le había acondicionado un espacio en el suelo y se tenía el propósito de comprarle un colchón. Los padres habían vuelto a dormir juntos y la hermana de Pedro estaba con su bebé en la cama que ocupaba antes el padre.

Pedro había transferido el uso de los títeres a casa. Pues en casa adoptó un peluche de un perro y al que le quería meter la mano como si fuera un títere que usaba en las sesiones. Con este objeto comenzaba a tener conversaciones y conectar el adentro con el afuera de su estructura psíquica, es decir poder expresar sus estados internos y comunicarlos, primero a el mismo y luego a otros.

Cambios reportados por los padres:

- ✓ **Padre:** Reportaba verlo más tranquilo y participativo en casa, al intentar hacer labores como barrer y limpiar.
- ✓ **Madre:** La madre por su parte reportaba que ella lo seguía viendo muy inquieto y no la obedecía a menos que le hablara fuerte. También comentaba que se sentía desesperada cuando el niño no contestaba cuando se le hablaba. Se trató de sensibilizar a la madre al respecto de que las situaciones nuevas y desconocidas lo inhibían de manera importante.

Los padres mostraban percepciones diferentes al respecto de Pedro, y el padre trataba de explicar que a él sí lo obedecía porque él “sí lo castiga y ella sólo lo amenazaba” (sic. del padre).

Los castigos que implementaban era media hora frente a una pared sin moverse y si se retiraba de ahí le aumentaban 10 minutos, después de lo que, según el padre, Pedro se mostraba más tranquilo y se ponía a ver televisión. El padre manifestaba que le parecía mejor a “otros castigos más fuertes”. Se les orientó sobre la función de los límites y formas de aplicar consecuencias de reparación, con consecuencias lógicas y naturales al respecto de lo que hubiera hecho. Como limpiar, arreglar, etc. y no con un fin de “castigarlo para hacerlo sufrir”.

Los padres presentaban una percepción diferente y polarizada de Pedro. Mientras la madre lo veía como un niño desobediente, el padre trataba de destacar todo de él. Ambos en una negación de Pedro como un ser integral. La madre negaba que hubiera alguna cualidad en el niño, mientras el padre negaba que hubiera algún problema con él.

Por otro lado, ambos padres presentaban resistencias para llevar a Pedro a su cita con el neurólogo, aludiendo problemas económicos, a raíz de los gastos hechos a partir del nacimiento de su nieta o que las citas tardan mucho en ser dadas. Sin embargo, se les confrontó con el hecho de que no hubieran preguntado en el seguro del trabajo que le dan al padre. El padre pidió “que lo esperara” (sic. del padre). Posiblemente el tiempo que pedía le era necesario para asimilar la sugerencia que se hacía.

Se les devolvió la responsabilidad a los padres, recordándoles que no era la terapeuta quien los esperaba sino Pedro y si las citas tardaban en ser dadas, hacía más importante que la pidieran a la brevedad.

Se les proporcionó información al respecto a instituciones como CISAME (Centro Integral de Salud Mental) y CECOSAM (Centro Comunitario de Salud Mental) como opciones de lugares donde también se podría tener la interconsulta.

Con relación a las tareas asignadas, los padres reportaron también que Pedro ya se estaba bañando solo, lo cual provocó gran alivio a la hermana mayor que ya no deseaba bañarse con él, pero ésta no lo había manifestado antes. La privacidad y la delimitación de espacio era un punto importante que debía ser reorganizado.

Según reporte de los padres, a partir del nacimiento de la sobrina de Pedro, éste comenzó a mostrar dudas sobre cuándo le crecería el pecho a él y si el daría pecho a un bebé. Esto hace recordar a la madre que con anterioridad ya le preguntaba sobre el

porqué ella no tenía pene. Ante estas dudas le contestaban que él era niño y las mujeres no tenían pene.

A partir de haber nacido su sobrina comenzó a “hacer movimientos con la boca” (sic. madre) pidiendo ser alimentado por la madre, pero esta le decía “no, ya estas viejote” (sic. de la madre).

Pedro estaba expuesto a mucha información y estimulación que le erotizaba y que no le era posible asimilar y procesar de forma adecuada. El nacimiento de su sobrina despertó fantasías al respecto del nacimiento e inquietudes alrededor de su identificación como niño, la cual al parecer no estaba clara al preguntar si alimentaría a un bebé como su hermana o si su cuerpo se desarrollaría como el de su madre. Las diferencias entre hombres y mujeres no le eran claras y por lo tanto su identificación al respecto de su sexo no estaba bien diferenciada, lo cual a su edad ya debería saber y tener claro en qué consistían las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres

La enuresis continuaba y la madre lo reprendía cuando tenía algún accidente.

5.1.3 Tercera etapa de tratamiento: Temáticas de mayor claridad vinculadas a temáticas reales.

Las últimas sesiones que constituyen la tercera etapa se llevaron a cabo con el niño y con sus padres. En esta fase se estaban comenzando a tratar temas más claros y delimitados, relacionados a fantasías de los orígenes que Freud describió como aquellas relacionadas con el origen del sujeto. El juego se observaba más organizado y el niño aunque de forma esporádica comenzaba a realizar algunas asociaciones relacionadas con su vida, que permitían explorar las situaciones que le inquietaban como el nacimiento de su sobrina y las fantasías que le despertaba con relación a su origen, al deseo de regresar a una vida intrauterina, a la posible aparición de más bebé, etc. Además de las confusiones que tenía respecto a su propia identificación como niño.

Estas últimas sesiones perdieron la constancia que se había tenido en todo el proceso, presentando una interrupción de tres semanas entre la sesión 22 y 23.

El abandono del proceso, se dio después de una dificultad familiar que les requirió a los padres ir unos días a provincia para apoyar a la familia extensa, después de ciertos desastres naturales que habían acontecido en el país en esas semanas. Posteriormente, la madre dijo que tanto ella como el niño se habían resfriado. Por lo que, debido a esto faltaron tres semanas a sesión, después de las cuales regresaron pero sólo fue posible ver una ocasión a los padres y una al niño.

Se hicieron esfuerzos para que no abandonara la terapia, haciendo llamadas telefónicas en las que los padres decían que asistirían, trataban de justificar la falta y finalmente argumentaron que no tenían dinero pues tendrían la fiesta de bautizo de la sobrina de Pedro que les implicaba gastos importantes y por ello, no lo seguirían llevando a consulta.

Como un último esfuerzo en una llamada telefónica se tocaron de forma breve pero enfática con la madre los siguientes temas:

- ✓ La importancia de que Pedro continuara con su proceso terapéutico y la necesidad de atender sus dificultades de forma temprana pues se corría el riesgo de presentar un trastorno emocional importante en el futuro.
- ✓ Recordar la necesidad de una interconsulta neurológica.
- ✓ Responsabilizarse como padres del niño, siendo ellos quienes estaban decidiendo terminar el proceso, lo cual seguiría dificultando su adecuada adaptación a su medio familiar y escolar.
- ✓ Enfatizar también que con una falta más, tendría que darse de baja del servicio del centro comunitario por no cumplir con la asistencia necesaria, de acuerdo al reglamento administrativo del mismo.

La madre pareció interesada en retomar el proceso, pero dijo que lo consultaría con su esposo. También comentó que ya había pasado la consulta neurológica de Pedro pero que se les había olvidado y la habían perdido.

Ya no llegaron a la sesión programada y se tuvo que dar de baja.

5.1.3.1 Sesión muestra de la tercera etapa de tratamiento.

Sesión 24. Sesión 12 de intervención: última sesión.

Recibimiento

Pedro llegó con su padre, les saludé. Mientras yo hablaba con el padre, observé que Pedro se acercaba a saludar a la señorita de la recepción quien lo había acompañado un día antes mientras yo hablaba con sus padres. Al llamarlo para que entrara a sesión le dije que me llamaba la atención lo que había hecho, pues generalmente no le hablaba a nadie, él me sonrió y pasó al cubículo de trabajo.

Pasamos al cubículo, comencé preguntándole cómo estaba, me contestó que bien. Le dije que me daba gusto, pues hace mucho que no nos veíamos en sesión. Le pregunté también si sabía qué día era, él parecía no estar seguro, así que le mostré el calendario que había pegado en la pared y le comuniqué que ese era un calendario como el que le di a sus papás, pero éste era para él. Le pregunté si ya se lo habían enseñado sus papás. Pedro asintió y yo le invité a que con una crayola tachara el día en el que estábamos. Ante su dificultad de saber qué día era, le señalé la fecha y le pedí que leyera el nombre del día, el número, el mes y el año. Le expliqué que así lo haríamos cada vez que viniera y en su casa también lo harían todos los días.

Después agregué otro elemento a la sesión y le avisé que era algo nuevo para trabajar juntos. Le presenté un espejo de cuerpo completo en el que le pedí que se viera y le expliqué haríamos un ejercicio para que se conociera más.

Le pregunté qué veía y me señaló a mí, le pregunté que más y fue señalando otras cosas como el reloj en la mesa. Ya que no tomaba en cuenta su propia imagen vi necesario señalarle que él también se veía. Comencé entonces a preguntarle qué partes de su cuerpo veía y él señalaba algunas partes de su cuerpo pero sin decir su nombre por lo que le insistí en que las nombrara, lo cual pudo hacer.

Pedro ya parecía querer empezar a jugar, por lo que ya solo le recordé que esas cosas que hicimos al principio las seguiríamos haciendo cada vez que viniera.

Títeres (El toro se pelea y Chiurulín quiere ir al baño).

Pedro se acercó a los títeres y tomó al “toro” (en realidad era un reno) y éste empezó a atacar a otros títeres, especialmente al perrito quien también respondió al ataque.

Pedro tomó a Chiurulín y con él me dijo “Blanca, quiero ir al baño”, le pregunté entonces si era él (Chiurulín) quien quería ir al baño o era Pedro quien quería ir. El perrito dijo que era él. Le respondí entonces que como estábamos jugando y era imaginario, podíamos imaginar que ahí había un baño, pero si era Pedro quien tenía ganas de ir él sí podía ir al baño real. Pedro optó por seguir jugando en el cubículo.

En el cubículo había un vaso con agua que siempre estaba listo por si quería trabajar con acuarelas, Pedro lo tomó e hizo como si el perrito tomara agua. Después empezó a decir “agua, agüita, dónde estás”. Entonces recordé que la madre me comentó lo mucho que le impresionó a Pedro ver las inundaciones en la televisión y le dije al niño que veía que le interesaba mucho el agua y que eso me recordaba lo que había estado pasando en la televisión, opté por preguntarle si lo había visto y qué había visto. Me contestó que “mucho agua”.

Pedro sentó al perrito sobre el cesto de basura y dijo que estaba haciendo del baño.

P: “Esta miando”.

B: Lo pusiste ahí como si fuera el baño.

P: mmjj (asintiendo y dejándolo ahí).

Pedro vio mi cámara y quería tomar algunas fotos. Se lo permití pero le recordé que solo a las cosas les podía tomar fotos y no a las personas, ya que debíamos pedir autorización a sus padres, también le recordé que tenía 5 fotos para tomar solamente, puesto que en otras ocasiones había querido tomar muchas más.

Cuando le tomó la primera foto al perrito. Le preguntó: “¿Sigues miando perrito?”

B: ¿Será que estas muy nervioso?

P: mmmjjj (haciendo la voz del perrito).

Pedro termina de tomar sus 5 fotos las cuales le fui contando y diciendo cuántas tomas le quedaban. Al terminar él quería seguir tomando fotos pero le recordé cuál había sido el acuerdo y le retiré la cámara, lo cual aceptó bien sin oponer gran resistencia.

Caja de juego y los globos

Pedro abrió su caja y sacó de ella unos globos. Tomó uno de ellos y lo comenzó a inflar. Se acercó a mí, lo infló lo más que pudo y al tomar un respiro me dijo “ya sé donde trabaja Rosy” (su hermana mayor). Le pregunté dónde y mientras inflaba el globo

él trataba de hablar, pero yo no entendía lo que decía y se lo hice saber pero él seguía hablando así y le dije que para poder entender lo que dice necesita debía quitarse el globo de la boca. Finalmente lo hizo y me dijo que su hermana trabajaba en las bicicletas (sus padres me informaron que Rosa trabaja en un lugar donde venden bicicletas).

Entonces le mencioné al niño que me llamaba la atención que mientras inflaba el globo se acordaba de Rosa y que ese globo que inflaba me recordaba a la panza que tenía y que fue creciendo poco a poco. Pedro aceptó la interpretación y dijo que sí.

Pedro terminó de inflar y me pidió le amarrara el globo, yo tomé el globo y le dije que este globo estaba muy grande y que quizá podría caber un bebé dentro. Pedro sacó una miniatura de un niño de la caja y me indicó que abriera el globo para meterlo. Le contesté que el globo estaba lleno de aire y que él pensaba que se podía meter así al muñeco.

B: Puedes intentarlo y averiguar qué pasa.

Abrí la boquilla del globo y todo el aire salió de él, ante un poco de desconcierto de Pedro, esté trató de introducir el muñeco en el mientras yo sostenía el globo. Pedro logró meterlo y tomó el globo para inflarlo de nuevo. Al terminar de inflarlo me lo dio para que lo atara, le pedí que lo intentara primero él, así lo hizo pero después de varios intentos me lo dio de nuevo. Pedro me dijo “amárralo bien para que no se salga”.

B: Te preocupa que el muñeco se pueda salir, prefieres que se mantenga adentro. Quizá es lo que te hubiera gustado que pasara con Laura, que se hubiera quedado adentro de la panza de Rosa.

Le di el globo a Pedro y este apretó con más fuerza el nudo.

B: Realmente quieres que se quede adentro.

Tomó el globo y lo aventó hacia arriba, este se elevó un poco y cayó al suelo, esto pareció sorprender a Pedro quien me miró sonriendo pero con desconcierto.

B: No pasó lo que imaginaste, me parece que creíste que flotaría más.

Pedro lo volvió a tomar y lo golpeó con más fuerza hacia arriba.

Pedro tomó otros globos y los infló. A estos no les trató de introducir nada, él logró amarrar un par de ellos y otro lo ató yo.

Pedro infló mucho uno de los globos y dijo que lo desinflaría un poco. Uno de los globos estaba roto. Le pregunté que si quería tirarlo o guardar ese globo. Decidió guardarlo y lo metió en su caja.

B: Te cuesta trabajo deshacerte de las cosas que ya no sirven.

Pedro volteo a ver al perrito que seguía sobre el cesto de basura y le dijo “perrito metete en el globo”.

B: El perrito quisiera volver a meterse en la panza.

Pedro tomó al perrito y dijo que ya llenó el bote porque “se mió”. Se acercó después a mí y me dijo “ya se mió”, “mojó tu cuaderno”. Pedro intentaba de este modo descargar su disgusto ante el no tenerme totalmente disponible para él, mientras yo tomaba las notas.

B: Entonces se orina encima de mi cuaderno. Creo que al perrito le molesta que yo este escribiendo.

P: mmmj

B: Me parece que a ti tampoco te gusta, quizá piensas que no te pongo atención suficiente.

Pedro colocó al perrito en el sillón y se sentó sobre él, se sobresaltó un momento y dijo que estaba ahí el toro. Le dije que el toro lo asusta pues piensa que le puede hacer algo malo a él y lastimarlo.

Al seguir con los globos...

B: Mira, más panzas que crecen. ¿Tendrán bebés dentro?

P: ajá

B: ¿Niñas o niños?

P: Niñas.

B: Entonces después de la primera panza con bebé podría haber más.

B: ¿Me pregunto si todos pueden tener una panza así y embarazarse? ¿Será que hombres y mujeres pueden tener bebés en sus panzas?

Pedro dijo que sí, y opté por preguntarle le si él podría también tener una panza con un bebé. Pedro asintió, pero luego dijo algo inaudible por tener un globo en la boca.

Le pedí que lo dijera de nuevo y sin el globo, pero él tomó mi cuaderno y escribió con la pluma

“tenia un bebé por eso estaba embadasada” (se transcribe textual)

B: Dices que Rosa tenía un bebé y estaba embarazada.

Pedro siguió jugando con los globos golpeándolos y colocándolos unos junto a otros en el piso.

Después volvió a tomar mi cuaderno y escribió: *“tephclolaJg”* (se transcribe textual).

Le dije que no entendía lo que decía y que me lo leyera. El trató de leerlo y le dije que no podía entender lo que decía ahí, mientras él se reía.

B: Parece que disfrutas que no pueda entender y que me confunda.

Pedro recordó entonces al gatito de los títeres, y me preguntó por él. Le dijo que debía estar en el otro cubículo pero como estaba ocupado no lo podíamos traer y sería para la siguiente sesión.

Pedro escribió en mi cuaderno:

“Toro malo quiede de papa

llastas gande llo volla A

caballo odilla el gatito

se fue de viaje en el gatito

te quiero porque te fuiste en el

viaje asta pronto Adios “

(se transcribe textual)

Pedro me lo dio para que yo lo leyera pero le pedí que lo hiciera él mismo, así lo hizo y logré entender que el “toro” era como un papá que le decía a su hijo que ya estaba grande. Posteriormente dijo que el gatito se fue de viaje, le preguntó también por qué se fue y que le quiere mucho. Después se despidió.

A continuación, le avisé a Pedro que era tiempo de recoger las cosas, pues se había terminado nuestra sesión. Antes de hacerlo Pedro me pidió que escribiera. “*No debo olvidar al gatito*”, indicándome a mí que debía traerlo la siguiente ocasión.

Terminamos la sesión y Pedro dijo que me ayudaría a llevarlos al otro lado. Entre los dos los llevamos y estando en el otro cubículo me preguntó cuándo trabajaríamos ahí, le respondí que él tenía su espacio de trabajo y su caja de juego

Acompañé a Pedro a la sala de espera al encuentro con su padre, le dije que la siguiente semana nos veríamos el día martes y nos despedimos. Esta fue la última sesión.



Figura 10. Pedro metió la figura de un niño en el globo.



Figura 11. Pedro juega con su caja y Chiurulín “está en el baño”.

5.1.3.2 Funcionamiento psíquico durante la tercera etapa de tratamiento.

Cognición: Aunque el discurso y el juego en ocasiones resultaba confuso, estaba considerablemente más organizado y entre nosotros comenzaba a establecerse un mejor entendimiento, a diferencia del principio que con frecuencia no había una buena interacción entre lo que el niño parecía querer comunicar y lo que yo podía entender e interpretar.

La narrativa de sus juegos tenía mayor lógica y aunque con frecuencia se tornaba discontinua y tangencial, lograba retomar el curso del juego, como en la sesión 22 y 24 en las cuales los temas sobre fantasías originarias eran claros pero que en algunos momentos se desviaban a otras actividades y posteriormente continuaban.

Afecto: Aunque el afecto aún era con frecuencia poco regulado en comparación con los niños de su edad. Con relación a sí mismo, sí estaba mejorando, pues la descarga del impulso podía ser mejor simbolizada en el juego. Como en la sesión 24 cuando dijo que el perrito iba a ir al baño y al preguntársele sí estaría nervioso dijo que sí. No fue él quien tuvo la necesidad de ir al baño o no lo descargó de forma real en el consultorio, lo cual es importante recordando que parte de la sintomatología reportada era enuresis nocturna. Era capaz entonces de simbolizar la angustia de una mejor forma en el juego, ya sin tener que arrojar los juguetes como lo hacía antes o sin tener que actuarlo de forma descontrolada.

Representación del sí mismo: En este aspecto había dificultades importantes ya que existía falta de diferenciación adecuada. No tenía claras sus propias características, ni si quiera de carácter físico. Al verse al espejo parecía sorprenderse de su propia imagen, que aunque le era reconocible como él mismo, parecía desconocerse en muchos aspectos como en su identificación como niño. No parecía entender lo que implicaba ser varón y como era diferente de su madre, no podía determinarse como alguien claramente distinguible de los demás. A sus ocho años tenía la fantasía de que varones y mujeres podrían tener hijos de la misma manera y por tanto quizá él los tendría también.

Ante estas dificultades se consideró que podría ser útil el uso de un espejo en la sesión y promover su uso en la misma. Dado su pensamiento concreto y su dificultad en la simbolización, podía ser una buena oportunidad de promover desde lo real una representación de sí mismo, como base de trabajarlo en lo simbólico.

Representación del objeto: En esta etapa parecía un poco más organizado pues la representación simbólica y real de los objetos parecía más clara, los juguetes eran utilizados de acuerdo a su función esperada, los muebles de la casita eran usados para representar un hogar o en su defecto los juguetes podían representar otro objeto

pero cuyo simbolismo era coherente. Sin embargo, en algunos momentos seguían mezclándose lo real y lo simbólico, como cuando les dotaba de cualidades reales que en efecto deseaba que ocurrieran, tal como sucedió en la sesión 22 en la que en un juego donde quería que bailáramos, quiso formar una ronda en la que él, los títeres y yo nos tomáramos de las manos y cuando vio que no era posible, se encontró en un momento de confusión pero continuó el juego.

La representación interna de los objetos era complicado de entender, pues como se ha dicho anteriormente, el lenguaje era limitado y la capacidad de describir objetos no solía ser verbal, sino actuada y observada en las actitudes de agrado o rechazo hacía los objetos. La capacidad para describir los objetos era muy similar a la de describirse a sí mismo. En términos generales y simplistas, diciendo “bien”, “mal” y necesitando ayuda para encontrar opciones de palabras que utilizar, pues no podía hacer de manera autónoma la descripción de los objetos como si no pudiera tener una representación clara de ellos de manera interna por lo que requería ayuda para comunicar cualidades a partir de brindarle opciones de palabras con las que pudiera hacerlo.

Capacidad de reflexividad yoica o del sí mismo: Pedro con apoyo podía hacer algunas asociaciones y relacionarlas consigo mismo, ya sin la total necesidad de un objeto transicional como lo estaban siendo los títeres. Como cuando se le sugirió que lo que podía estar haciendo con el juego de globos era representar lo que pensaba de su sobrina y de su llegada a la estructura familiar, así como sus deseos de querer retornar a la vida intrauterina. Lo cual era aceptado asintiendo a mis afirmaciones e interpretaciones, ya sin ignorarlas como lo hacía al principio del proceso. No era capaz aún de elaborar más allá y aportar mayor información pero ya las relacionaba más fácilmente consigo mismo.

Empatía: Mostró mayor capacidad de relacionarse mejor con la terapeuta y entender lo que se le trataba de comunicar. Ya no parecía sentirse tan perseguido como al principio pero la desconfianza continuaba al temer que se le acusaría con sus padres. Previendo una reacción negativa de su parte y que terminará sintiéndose castigado. Tal como se pudo explorar en una ocasión que se le preguntó si temía que le

mostrara mis notas a alguien y dijo que a su papá o en la ocasión que entregué el reporte para la interconsulta neurológica a los padres y le aclaré también que era para que lo pudieran llevar con un médico pero él pensó que eran las notas que yo había hecho en sesión y que eran para sus padres.

5.1.3.3 Temas de la tercera etapa de tratamiento.

Durante ésta etapa del proceso, el contacto con la terapeuta se seguía ocurriendo por medio de los títeres pero con menor necesidad total de ellos. Seguía requiriéndolos para comenzar algunas actividades, pero le era posible turnar su uso, él podía tomar en algunas ocasiones el protagonismo y establecer el contacto de manera directa. Las relaciones con los demás ya no parecían serle tan amenazantes. Incluso se observó que buscaba más el contacto con otros, como se observó en la sesión 24 en la que por propia iniciativa se acercó a saludar a la señorita de la recepción con la que había convivido un día antes mientras sus padres se encontraban en sesión conmigo.

Secuencia de trabajo y contacto social. Para esta etapa del proceso, ya se había establecido una secuencia de trabajo en la que para iniciar el contacto, Pedro solía requerir los títeres como intermediarios entre él y yo, pero ya no los requería toda la sesión y toleraba más la mirada directa sin la necesidad de interponer nada físico entre ambos, como lo hacía con anterioridad con los títeres o escondiéndose detrás de algún objeto. Posteriormente Pedro se introducía en un tiempo de juego que terminaba con el aviso previo de término de la sesión, teniendo la necesidad de finalizar con un dibujo que describía en términos concretos al decir qué eran pero no cómo eran.

Comenzaba a reconocer la existencia de figuras seguras a su alrededor lo cual era importante pues lo que solía manifestarse era temor a contactar con otros por temor a su rechazo o a ser agredido por ellos.

Probando la realidad. Pedro comenzaba a experimentar y a poner a prueba sus pensamientos y sus fantasías, la aceptación de que el mundo no funciona siempre como él piensa, esto le angustiaba un poco menos. La terapeuta le reafirmaba esto con

señalamientos y descripciones de lo que ocurría. En la sesión 22 experimentó con el globo y descubrió que éste no voló, que no era posible introducir en éste a los autos y que los títeres no podían tomarse de las manos por sí solos, estos hechos lo sorprendían pero no detenían su actividad. La confrontación con los hechos reales y la compañía de alguien que se los presentara como algo natural le ayudó a contener su angustia y procesar la evidencia, se iba cumpliendo una representación de objeto para con el niño con una función materna que era necesaria para transitar a lo real.

Así mismo, las fantasías que se comenzaban a representar en el juego simbólico ya no sólo correspondían a sus fantasías internas, si no que se vinculaban más fácilmente y de manera más directa con hechos reconocibles e importantes de su vida e incluso lo cotidiano.

Fantasías originarias. En la sesión 22, el juego de los autos chocando y después de los autos dentro del globo quizá representen para Pedro la explicación que se daba así mismo del nacimiento de su sobrina. Siendo los autos que chocan una representación de la escena primaria y el globo con el auto adentro: el embarazo. Se manifestaban así, fantasías originarias.

Pedro golpeaba y presionaba el globo, parecía querer reventarlo y después me dio a mí la tarea de presionarlo, depositándome el deseo de “destruir y desaparecer” a la bebé de manera simbólica en el juego, por resultar amenazante y a su vez destruir el siendo fuente de objetos amenazantes.

Además, la falta de su identificación como varón le hacía fantasear que de él mismo podrían surgir bebés y daba cuenta también de una falta de claridad en la imagen de sí mismo.

Tiempo – espacio. En la sesión 24, Pedro aceptó bien la nueva rutina que buscaba apoyar su ubicación temporal y espacial, al marcar el día en un calendario y fijarse en la hora del reloj. Siendo una capacidad que se había visto fluctuante en él. Pues había ocasiones que sabía muy bien el día que era y otras que no tenía idea, equivocándose incluso en nombrar el año. La tarea dejada en casa a los padres y el

hacerlo también en el consultorio, se esperaba le ayudara a ubicarse mejor temporo – espacialmente y darle sentido de realidad.

Control de impulsos y el uso del lenguaje verbal y escrito. Aunque Pedro continuaba expresando fuertes impulsos agresivos y los juegos de pelea y lucha seguían presentes pero con menor intensidad.

Comenzaba a hacer uso del lenguaje para expresar sus deseos, simbolizaba por medio de lo verbal y ahora también de lo escrito algunas situaciones que le impactaban, tanto en la sesión 22 y 24 pudo observarse una mejor capacidad para representar situaciones de agresión y de abandono. Como en la sesión 24 en la que escribió una historia que era difícil de entender pero que reflejaba un mejor diálogo interno en el que se explicaba a sí mismo situaciones que le sucedían, como el que le dijeran que estaba creciendo o que introdujera un tema de viaje y despedida, quizá de alguna manera sabía o intuía que su proceso psicoterapéutico estaba por ser interrumpido.

La representación de la descarga del impulso pudo ser manifestada en otras formas distintas a la agresión directa, como en la sesión 24 en la que después de algunas semanas de tratamiento terapéutico y fluctuante, se dio una descarga a través de la proyección en un títere que, de acuerdo a Pedro, orinó durante toda la sesión hasta llenar un bote de basura que representaba un baño, esto mientras él trabajaba algunas fantasías al respecto del nacimiento de su sobrina. Además de usarlo también para comunicar enfado para conmigo, al decir que el títere de perro estaba orinando sobre mi cuaderno de notas.

La tensión que intentó descargar la última sesión pudo haber sido provocada por el nacimiento de Laura, la nueva rutina en casa y acomodo familiar. Así como los sucesos alrededor de los desastres naturales que ha habido en el país y que a Pedro le habían impactado al verlos por televisión y al ver a su madre tensa y preocupada por sus familiares, hechos que no le fueron explicados al niño pero que sí presenció y percibió como una amenaza.

Transicionalidad. Durante el proceso terapéutico los avances fueron limitados, debido tanto a la dificultad del caso, como a lo breve que fue la intervención debido a la interrupción del tratamiento, decidida por los padres. Sin embargo, se considera que se comenzaban a observar algunos avances y que los elementos transicionales jugaban un papel importante.

Se procuró brindar un ambiente facilitador y cumplir con funciones de sostén y cuidado que ayudaran a tolerar e ir elaborando las angustias que le desorganizaban y no le permitían adaptarse ni cumplir con las exigencias externas.

La capacidad para expresarse a través de diferentes medios también comenzó a dar cuenta de un mejor uso de los espacios transicionales, el apego hacía ciertos juguetes y su transferencia a casa; la capacidad simbólica en el juego, el dibujo y los elementos escritos comenzaban a volverse una constante en sesión. Se observaba que mientras el juego y el dibujo mejoraban y se clarificaba su representación, las capacidades de escribir y narrar, hacían su aparición de forma incipiente.

Ninguno de estos elementos le fue impuesto, ni tampoco el uso que debía darles. Se le acompañó en el camino y en el descubrimiento que iba teniendo de ellos y de lo que estaban significándole. Era un acompañamiento por sus fantasías, de las que era importante diferenciara cuestiones reales de las que no lo eran, era también ayudar a transitar de las fantasías esquizoparanoideas de un medio totalmente hostil y amenazante a una donde los elementos de los objetos estuvieran más integrados y se les reconociera también elementos buenos, así como posibilidades reparatorios. El hecho de que pudiera adoptar títeres de guante como un medio de comunicación, que buscara tener uno en casa, que quisiera dibujar y escribir, hablaba también de una búsqueda de consuelo ante angustias depresivas, que debían haberse dado hacía mucho tiempo, desde el primer año de vida, pero que se observaba claramente que no había sido exitosamente elaboradas aunque seguramente sí iniciado dada la rapidez con que fue adoptando estos medios.

5.1.3.4 Último seguimiento con los padres

La madre participó poco y se le veía distraída y desinteresada. Pedía que se le hablara fuerte, pues aludía que se había lastimado el oído después de un reciente resfriado. Sin embargo, esto solía ser una constante en el proceso, una madre que no lograba escuchar, pues mientras la mirada o la conversación no fuera dirigida sólo a ella, se observaba que colocaba la vista en otras direcciones y parecía ansiosa de que terminara la sesión. La poca capacidad que tenía de contenerse a sí misma y su tendencia a ensimismarse, eran elementos que eran poco favorecedores para Pedro, quien entre no poder comunicarse adecuadamente y literalmente no ser escuchado, no tenía un apoyo que le ayudará a metabolizar la angustia, que lo sostuviera, contuviera y ayudara a traducir sus estados de ánimo.

En esta sesión ambos padres coincidieron en afirmar que Pedro se encontraba descontrolado y no seguía indicaciones. Cuando se les preguntó su actuar en estas situaciones dijeron que las medidas disciplinarias seguían siendo mandarlo “al rincón” (sic. de los padres) y la madre solía llamar al padre a su trabajo para que lo regañara por teléfono. Observamos una madre poco confiada en sus capacidades maternas, de regular y regularse además de un padre que trata de controlar desde la distancia como un Yo auxiliar. Este papel de la madre poco continente y de autoexclusión así como el del padre dominante era el mismo que se mostraba en sesión.

Pese que a los padres les costaba trabajo asimilar, analizar y asumir su influencia y papel como padres sobre el niño. Trabajaban bien desde lo concreto, pues varias de las tareas que se les dejaron fueron cumplidas:

- ✓ Pedro dormía, se bañaba y vestía por sí solo.
- ✓ Habían adoptado un horario regular para dormir.
- ✓ Los padres ya no usaban los golpes como medida de disciplina.
- ✓ Ya tenían cita con el neurólogo en un par de semanas.

Fue necesario recordarles a los padres los focos terapéuticos y la utilidad de modificar algunas pautas de crianza para otorgar a Pedro mayor estructura, orden, motivación, seguridad y confianza.

Además de enfatizar que los límites son para proteger y no para dañar, pues ellos buscaban que el niño por evitación al castigo dejara de hacer algo o siguiera instrucciones. Se orientó en colocar consecuencias lógicas, naturales y de reparación. Los padres recibieron estas sugerencias con interés.

Se dio seguimiento al peluche adoptado por Pedro en casa, los padres reportaron que seguía presente. El padre se mostró preocupado por su uso y preguntó si debía quitárselo pues a él de niño, le inculcaron que esas cosas eran de niñas. Se le dijo que por el momento le era necesario y que cuando él estuviera listo para dejarlo se separaría de forma natural. El padre estuvo de acuerdo.

Otro tema importante fue insistir sobre la asistencia a interconsulta con el neurólogo. Los padres decían tener ya la cita en unas semanas, sin embargo esto no ocurrió pues cuando llegó el día de la cita, lo olvidaron y el trámite para volver a conseguir la cita utilizando el seguro médico del padre sería tardado nuevamente.

Ante su demanda de obtener resultados y cambios rápidos en el niño, se les explicó a los padres que el proceso de Pedro llevaría tiempo pero que su apoyo y la constancia serían importantes. Acordamos que al día siguiente vería a Pedro y seguiríamos en contacto, pero esta fue la última vez que nos vimos en sesión para padres.

Así fue interrumpido el proceso psicoterapéutico de Pedro. Un proceso que me resultó interesante y que representó un reto profesional y personal. Además de las cuestiones técnicas hubo un factor muy importante que también intervino: la contratransferencia.

La contratransferencia jugó un papel muy importante pues con frecuencia había dudas, inquietudes y emociones de las que trataba de ser consciente para ponerlas al servicio de mi paciente y que en la medida de lo posible, no resultaran un obstáculo. Ello lo trataré en la siguiente sección.

5.2 Contratransferencia

Las sesiones con Pedro resultaban con gran frecuencia confusas y abrumadoras. Era complicado diferenciar lo que era parte de un juego, lo imaginario, la manifestación de una fantasía o dificultades en la percepción.

Desde la etapa de evaluación, el caso me presentó diversos retos importantes que tenían que ver tanto con el caso en sí mismo y también con mi etapa en la formación como psicoterapeuta infantil.

La necesidad de tener claridad en el caso llegaba a generarme cierta angustia pues me resultaba complicado poder poner orden a la información y poder entender las contradicciones con las que me iba encontrando. Uno de los primeros momentos de confusión fue cuando conocí a Pedro, quien no era como el niño que me había imaginado a partir de la información aportada por los padres. Esperaba encontrarme con un niño con un mejor lenguaje y con un vocabulario más amplio, también lo imaginaba más grande físicamente y con mayor capacidad social. En mi imaginario, había un niño más constituido intelectual y psíquicamente y a quien encontré fue a un niño pequeño lleno de angustia, sumamente inhibido, confundido, desorganizado y con una mirada particular de expectación.

Me era difícil en ese momento comprender cómo era que sus padres no veían que algo fuera de lo común estaba ocurriendo con su hijo y que su desarrollo no estaba siendo el esperado, aunque para entonces yo tampoco sabía que era lo que ocurría pero me parecía que saltaba a la vista que algo no iba bien en el desarrollo. Asunto que los padres trataban de negar o evadir tanto en lo real como en lo simbólico.

En el periodo de evaluación, mi vivencia fue de mucha curiosidad e interés pero también de confusión y precaución. Era muy importante tener claridad y quería obtener suficiente evidencia del estado emocional del niño para realizar posteriormente una intervención eficiente. Sin embargo, ya que veía a un niño que consideraba estaba en un estado "frágil" no insistía mucho en que terminara las pruebas de forma rápida o en una sola sesión, respetando sus tiempos, aunque no fueran los mismos de sus padres y de las autoridades escolares, y he de decir que de los míos también.

Con los padres me sentía cómoda la mayor parte de las veces, sin embargo me era necesario trabajar con mi propia frustración ante la dificultad de que ellos pudieran aceptar las problemáticas de su hijo y asumir su propia responsabilidad, dejando de culpar totalmente a las autoridades escolares de las limitaciones académicas del niño y de la conducta que presentaba en la escuela y que ellos negaban.

Me desconcertaba un poco cuando el padre acaparaba las sesiones, aun cuando yo me dirigía a la madre y como ella también se deslindaba de la situación, aludiendo no escuchar bien pero tampoco preguntado cuando no escuchaba algo y llegando a

estar a punto de dormir durante la sesión, manifestando que “ya se había aburrido” (sic, de la madre). Estas actitudes aun cuando entendía que era parte de la dinámica familiar en la que se encontraban y de sus estilos de afrontamiento, no dejaban de resultarme frustrantes y confusas de manejar. Me preguntaba: ¿Cómo podía resultarle aburrido hablar de su hijo? Y ¿qué tan profundo podría estar siendo el desinterés?

En las primeras sesiones de intervención aunque también me sentía con frecuencia desorganizada y confusa, debido a las múltiples actividades que el niño tenía en sesión y que de manera continua me parecía que no tenían lógica y sentido, también me provocaban interés y el deseo de poder armar ese rompecabezas que me significaba el caso.

En este punto me parece necesario hablar de la función que tenían las notas que realizaba en sesión, pues al releerlas noto que en ocasiones podían llegar a interferir en la fluidez de la intervención y en el contacto con el niño. Sin embargo, he de aclarar también que mi primera necesidad de realizar las notas tenía un función técnica y de formación, pues por las características el juego antes mencionadas, me resultaban un recurso para dar sentido y orden a los sucesos y poder recordarlos mejor para hacer un análisis posterior y poder discutirlo en supervisión.

Por otro lado, admito también la función contenedora que tenía para mí el poder realizar notas, pues en ocasiones podía ser una descarga motora de mi ansiedad y una forma de evitación con el paciente. Ante lo que el niño podía llegar a sentirse poco tomado en cuenta por mí lo cual le hacía enfadar, manifestándolo quitándome el cuaderno, acercándose a verlo o “dañándolo” de forma simbólica en el juego.

Una de las cosas que más me interesaba e inquietaba y que a su vez fue el inicio de este trabajo, era poder aclarar y poder entender en qué ocasiones Pedro efectivamente estaba jugando y simbolizando o cuándo sólo exploraba o si lo que estaba presente era una ecuación simbólica. Mi interés era saber si le era posible diferenciar lo real de lo imaginario y sobre todo cómo abordarlo e intervenir en el proceso.

En los reflejos que le hacía y en el seguimiento de sus actividades, me resultaba útil escucharme para dar orden, sentido y lógica a mi propio pensamiento, así como tratar de encontrar significado en lo que estaba ocurriendo y que no me era sencillo de entender.

Mi preocupación también se hacía presente, pues todo parecía apuntar a un proceso psicoterapéutico largo y los padres ya habían abandonado procesos en otros lugares, aludiendo pocos resultados y su situación económica tampoco favorecía que permanecieran.

Durante el proceso de intervención el hecho de que las temáticas de juego fueran un poco más claras de identificar me iban dando mayor seguridad de que en el proceso “algo” se estaba moviendo y la angustia de Pedro estaba disminuyendo, y también mis propias ansiedades.

Sin embargo, al ser un proceso que fue terminado por decisión de los padres del menor en el momento en que el niño comenzaba a simbolizar más fácilmente y colocar temáticas más identificables y a pesar de los intentos hechos por intentar reintegrar el niño a su proceso, lo viví con frustración y preocupación por el paciente quien nuevamente dejaba un proceso psicoterapéutico y que probablemente en algún momento volvería a ser canalizado y dependiendo de la tardanza, los alcances podrían irse limitando. Pero es necesario considerar que, los padres también estaban viviendo su propio proceso y aunque les fue complicado ser perseverantes en el tratamiento psicológico, neurológico y psiquiátrico para el niño (al cuál habían acudido anteriormente), mostraron interés y preocupación por el niño por lo que creo muy probable que vuelva ser atendido y que ellos puedan integrarse de una forma más comprometida.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

Una vez realizada la revisión teórica y reportado los resultados de evaluación e intervención de Pedro, es el momento de discutir los puntos importantes que explican de manera sucinta el caso, y los elementos psicoterapéuticos que favorecieron la diferenciación entre la fantasía y la realidad.

Hemos de recordar que el motivo de consulta de los padres era que en la escuela reportaban al niño como muy distraído; no quería trabajar, tenía un pobre desempeño académico, con frecuencia se negaba a hablar y a seguir indicaciones, además de presentar agresiones físicas hacia sus compañeros.

Para los padres esto no constituía un problema, pues ellos consideraban exagerados estos reportes escolares, a pesar de que también algunos médicos generales les habían indicado la necesidad de tener intervención y evaluación psicológica por observar particularidades en su desarrollo.

La comprensión del caso de Pedro me llevó a plantearme distintas hipótesis diagnósticas en un principio. Partiendo del diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, que de acuerdo al reporte de los padres, le habían asignado en el psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro a partir de una única entrevista con los padres. Sin embargo, la existencia de otros síntomas parecía apuntar a un retraso en el desarrollo por presentar deficiencias en la vinculación, en el lenguaje y en las habilidades cognitivas así como dificultades en la simbolización. Por lo que exploré a continuación, las características de los trastornos generalizados del desarrollo que en ese momento se planteaban en el DSM – IV - TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002), tales como el trastorno autista y el trastorno de Asperger, pero tampoco cumplía con todos los criterios necesarios pues aunque su capacidad de vinculación estaba clínicamente deteriorada; no presentaba patrones de comportamiento, intereses o actividades restrictivos como en el autismo. Y tampoco podía clasificarlo como Asperger pues en este no se manifiestan trastornos del desarrollo del lenguaje y el nivel intelectual por lo general es mayor o normal (Solloa, 2006).

Actualmente al entrar en uso del DSM – V (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014), los trastornos generalizados del desarrollo se engloban en una sola categoría: El trastorno del Espectro Autista. De cuyos criterios diagnósticos los más presentes en Pedro, eran los déficits persistentes en comunicación social e interacción social como la falta de reciprocidad socioemocional, deficiencia en conductas no verbales en la interacción social y déficit para desarrollar, mantener y comprender relaciones. Y en cuanto a los patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, estos se limitaban a la ecolalia que llegaba a presentar. Sin embargo, sus conductas no cubren con los criterios de diagnóstico requeridos para los trastornos dentro de este rubro.

Pedro mostraba síntomas de distintos trastornos, pero no cumplía de manera completa los criterios de los ya mencionados, por lo que durante la evaluación se trató principalmente de puntualizar las áreas de oportunidad a trabajar en Pedro, sin asignar una etiqueta diagnóstica nosológica pero buscando más información y solicitando a los padres que acudieran a una interconsulta con un neuropediatra, para afinar el diagnóstico y realizar una intervención integral.

Ya que el punto de vista psiquiátrico no me estaba siendo suficiente, opté por entender el caso a partir de la configuración de las organizaciones de personalidad sugeridas en el psicoanálisis, lo cual tampoco me dio la “etiqueta adecuada”, pero me guió por el funcionamiento que llegaba a observar en Pedro y que admitía una mezcla de características como parte de toda personalidad. Me era de más ayuda entender el *cómo* que el *qué*. Aunque de manera inevitable fui afinando mi visión del caso hasta llegar a la conclusión de que se estaba configurando una organización límite, cuya fragilidad se inclinaba con frecuencia a lo psicótico, en especial en momentos de alta demanda hacia el niño, punto que desarrollaré más adelante.

Pedro era un niño que experimentaba importantes niveles de angustia que hacían que su comportamiento, pensamiento y emociones estuvieran desorganizados, y además, no se hubiera constituido de forma normal su psiquismo. Esta angustia, a su vez, era generada por las fantasías que experimentaba y que no había podido elaborar.

Como puede verse, en un principio, al establecer los focos terapéuticos, se observa la falta inicial de un punto específico que tratara de la diferenciación de la fantasía con la realidad. No se explicitó, pero se trabajó desde cada uno de los temas que el niño traía a sesión y en la forma en que se le colocaban, traducidos en palabras que pudieran favorecer su comprensión.

Aclaro que la intencionalidad no implicaba de ninguna manera eliminar las fantasías, sino trabajar con la naturaleza de éstas y ayudar en su elaboración para alcanzar niveles más altos de desarrollo psíquico e integración, donde fuera capaz de utilizar mecanismos de defensa más complejos y adaptativos (Isaacs, 1967; Segal, 1994).

Es necesario recordar que la fantasía siempre está presente en la vivencia humana y no es excluyente de la realidad, pues la primera deforma a la segunda a partir de las interpretaciones que el individuo le da (Dio Bleichmar, 2005); ambas actúan dinámicamente en el psiquismo para dar sentido a la experiencia. A partir de lo anterior se da lugar a otros tipos de pensamiento más conscientes como la imaginación (Landy, 2009), que permite un procesamiento de la información manejable para explorar distintas posibilidades de la realidad interna y externa.

Recordamos entonces que la fantasía crea un mundo “como sí”, mientras la imaginación arma un mundo del “qué pasaría si” (Segal, como se citó en Ungar, 2001). Sin embargo, esta diferenciación no se da de forma tajante, de un todo o nada (Wolley, 1997), sino que conlleva un proceso de desarrollo en el que podemos encontrar puntos intermedios. Algunos de ellos forman parte de un desarrollo normal, como lo podrían ser la fabulación (Macías – Valadez, 2007), y en otros casos se conforman fenómenos más de tipo defensivo como el fantaseo (Winnicott, 1971). Además, es un proceso que puede durar toda la vida, tanto, que incluso los adultos llegan a presentar pensamiento mágico (Wolley, 1997), ya que interactúa también con aspectos culturales.

En el caso de Pedro, observaríamos fronteras difusas (Lillard, como se citó en Bouchier y Davis, 2002) y un estado de transición, pues la diferenciación que era capaz de realizar entre lo real y la fantasía requería de apoyos para que pudiera llevarse a cabo; requería una zona de confort y descanso donde pudiera hacer uso de

objetos transicionales (Winnicott 1951; 1971) que le brindaran este andamiaje. Por otro lado, había otros elementos importantes en el espacio terapéutico, como la función del juego y la promoción de la simbolización para hacer tangible al niño su mundo interno y que pudiera ser trabajado y entendido. Esto resultaba todo un reto en la intervención de Pedro, debido a su falta de lenguaje y a las limitaciones cognitivas, pues al no poder poner en palabras su vivencia ésta no podía ser registrada ni asimilada a un nivel que resultara adaptativo a las exigencias, que a sus 8 años se esperaba pudiera cumplir, como interacción con sus pares y la adquisición de aprendizajes escolares.

Estas limitaciones, en lo escolar y el aprendizaje, daban cuenta ya de un poco desarrollado principio de realidad, pues las funciones del proceso secundario como la memoria, el razonamiento y el lenguaje eran muy limitadas, lo que provocaba no alcanzar la comprensión satisfactoria de las relaciones causales entre las cosas. Por lo que las reglas sociales, lineamientos escolares, así como los límites en el hogar no tenían sentido, pues no podía reconocer su función.

En terapia, la dificultad para comunicarse verbalmente constituía un elemento a trabajar, siendo necesario en un inicio prestar palabras a lo que solo parecían actos desarticulados entre sí; palabras que, a través de la descripción y señalamiento, pudieran tratar de dar representación simbólica a lo que ocurría, para después encontrar una narrativa que pudiera ser negada, confirmada o reformulada por el niño, todo con el fin de encontrar sentido a la experiencia anterior y presente e incluso el poder proyectarse hacia el futuro.

Ante el rechazo de la madre y ante la mirada del padre que negaba algún problema, el niño había desarrollado un apego inseguro. Pedro no encontraba una imagen estable y positiva que le fuera reflejada por los padres; eran incongruentes y poco reales, así que él no había podido formarse una imagen integrada de sí mismo.

La madre, por momentos, parecía estar un poco más consciente que el padre del retraso en el desarrollo de Pedro, ya que recordaba que en otras ocasiones habían recibido comentarios de maestras y médicos que lo habían visto y que afirmaban que el niño no se comportaba de forma esperada para su edad. Pero a pesar de esta consciencia, no se atrevía a oponerse a la tendencia del padre a minimizar la situación.

El padre, aunque solía mostrarse participativo e interesado en el proceso terapéutico de su hijo, posiblemente, también tenía la expectativa latente de que la terapeuta le dijera que su hijo no tenía dificultades importantes, pues lo contrario constituía una herida narcisista en su ser padre (Jiménez, 1999). Se mostraba en una negación importante a reconocer alguna problemática relevante, hacía esfuerzos de tener el control de la sesión y dejaba poca participación a la madre quien, a su vez, se excluía. El padre dominaba y manipulaba la información; la madre pocas veces lo contradecía y con frecuencia aludía un problema en el oído que le impedía escuchar las preguntas que se hacían o las reflexiones a las que se intentaba llegar. Incluso parecía a punto de quedarse dormida en la sesión al grado de cabecear y decir “ya me aburrí”; en otras, se mostraba conmovida, preocupada y demandante; una madre poco constante.

Debido a las dificultades anteriores, era importante que yo, como terapeuta, brindara una función de apoyo y sostén; funciones maternas (Winnicott, como se citó en Ramírez y Castilla, 2008) que los padres de Pedro cumplían con irregularidad y que necesitaban ser reorganizadas en el hogar.

En el espacio terapéutico algunos objetos importantes con funciones transicionales fueron los títeres que llegaba a utilizar en sesión, pues a través de ellos lograba dar voz y representación a sus deseos y temores. Como terapeuta, fue necesario comenzar a entender y utilizar estos recursos para entrar en contacto con él y permitir el acceso a sus fantasías inconscientes, a través de favorecer el juego simbólico.

Pedro presentaba varias características que a su edad ya deberían haberse superado, por ejemplo, parecía dificultársele identificar que lo que imaginaba o pensaba no necesariamente ocurriría, algo que según Woolley y Wellman (como se citó en Woolley, 1997) implicaba un estadio característico de las edades entre dos y seis años al que se ha llamado *true fiction error*, lo cual se vinculó con los resultados de las pruebas aplicadas como el Test de Bender donde se observó una madurez por debajo de la esperada para la edad de Pedro; esto influía en su forma de interpretar el entorno.

También, ya debería haber sido capaz de entrar y salir del juego simbólico de forma flexible (Golomb y Kuersten, 1996), pero Pedro no lo lograba con facilidad y continuaba jugando cuando se le llegaba a hablar de forma directa o no escuchaba lo que se le decía, utilizando la fantasía para esconderse y evadir lo real.

Se observaba, también, cómo las emociones influían de manera importante en la naturaleza de las fantasías que presentaba el niño, pues ante emociones intensas tendía a desorganizarse y, según se ha observado en la investigación, éstas influyen en la interpretación que se haga de la realidad, ya que las fantasías pueden llegar a experimentarse como más reales o pueden llegar a confundirse con la realidad (Woolley, 1997; Bouchier y Davis, 2002).

Fue necesario favorecer un principio de realidad más consolidado, brindando información, dando estructura y apoyando en hacer más predecible su entorno, creando así mayor certidumbre para brindar la sensación de control y no tener que recurrir a la fantasía como forma de escape (Wolley, 1997).

Otro elemento importante a promover en Pedro fue su tolerancia a la frustración pues, como lo explicó Freud (como se citó en Macías – Valadez, 1999), es ésta la que obliga a fundar el principio de realidad, pues la satisfacción al deseo ha de ser aplazada (Rosales, 2005) o re canalizada. Esto fuerza a desarrollar mecanismos de defensa más complejos y maneras de simbolización más avanzadas que se han de desarrollar de forma paralela, pues los deseos también se vuelven más complejos y su satisfacción más difícil, amenazando el sentido de omnipotencia del individuo (Ferenczi, como se citó en Macías, 1999).

Ya que la fantasía implica una búsqueda constante en la satisfacción del deseo, la tolerancia a la frustración implica el uso de mecanismos que re canalicen la necesidad a través de la búsqueda de alternativas más realistas y adaptativas, de lo contrario, se manifestará en forma de síntomas (Freud, como se citó en Rosales, 2005). Recordemos que Pedro presentaba sintomatología en las áreas psicofisiológica, conductual, emocional, cognitiva y social.

Durante su desarrollo, Pedro, primero debió haber pasado por un momento de omnipotencia y ser frustrado de forma gradual (Winnicott, 1951), cuidando que las experiencias gratificantes se impusieran a las amenazantes, para conformar un sentido de seguridad en el mundo; pero, al mismo tiempo, un sentido de realidad donde no se puede tener siempre todo lo que se desea, sin que esto signifique una amenaza insalvable al equilibrio psíquico y que promueva una adecuada integración del Yo. Sin embargo, de acuerdo con la historia clínica del niño, con lo observado en la evaluación y en el tratamiento, esto no se dio de esa manera, pues en ocasiones se le frustraba de más o se era muy severo con él al tratar de “corregir” su conducta, y se le privaba de parte del afecto y cuidado de sus padres, ya que estos estaban ausentes de alguna manera: el padre con un trabajo demandante; la madre, poco disponible afectivamente.

Sin embargo, pese a las demandas de los padres, quienes demandaban que el niño se mostrara más controlado y responsable, presentaban ambivalencia, pues en otras cuestiones no se le había permitido actuar y separarse de ellos, al no respetar sus espacios privados o no permitirle ser autónomo en actividades de autocuidado o cooperación, que ya podía realizar, pero no confiaban en su habilidad para llevarlas a cabo.

No obstante, aunque el ambiente era poco favorecedor, no es posible afirmar que en el caso de Pedro todo fuera producto de éste, si no que la interpretación de los eventos partía igualmente de los propios instintos y fantasías del niño (Segal, 1994). Por ello la importancia de intervenir sobre ambos lados: en el tratamiento individual del niño, favoreciendo la elaboración de las fantasías, y en la orientación paterna para incidir tanto en las fantasías como en los elementos reales.

El uso y promoción del juego simbólico se vuelve fundamental, pues las fantasías inconscientes tienen expresión en funciones yoicas y se observan en el juego, lo que permite su elaboración, desarrollo e integración psíquica (Padilla, 2003).

Las dificultades en la capacidad de simbolización en Pedro, el apego inseguro, las fantasías de agresión, la desorganización, la ansiedad persecutoria y el uso de mecanismo de defensa omnipotentes, como la escisión y disociación que presentaba

(Bleichmar y Leiberman, 2011), apuntaban a limitaciones en la elaboración de la posición esquizoparanoide que propuso Klein (1946), por lo que era de esperarse que no hubiera integrado los objetos, ni así mismo. Con esto no quiero decir que permaneciera en esta posición como lo haría un paciente psicótico, sino que tendía a usar defensas primitivas y presentar un funcionamiento psicótico, en especial en momentos de presión.

La relación con la madre se vuelve esencial pues, en términos de desarrollo, primero se comienza con la percepción de ser uno mismo, y a partir de ello se reciben tanto las gratificaciones como las primeras frustraciones, de forma gradual y haciéndolas suficientemente soportables para el menor o conteniendo las angustias de éste (Klein, 1946; Winnicott, 1951). Proceso que no se dio de este modo en Pedro, quien vivió el distanciamiento afectivo de su madre a los pocos meses de nacer.

Me parecía observar reticencia por parte de la madre a vincularse con Pedro de forma cercana, pues a pesar de afirmar el haber pasado años buscando conseguir un embarazo, una vez nacido el niño sufrió un accidente que la dejó en reposo algunas semanas y desde entonces ella delegó el cuidado del niño a la hermana del mismo, quien, siendo una niña, no tenía la madurez suficiente para cubrir funciones maternas.

La hermana de Pedro, aunque pudiera desear el cuidar y proteger, no contaba con la suficiente sensibilidad hacia el entonces bebé, aquello llamado por Winnicott (1956) preocupación materna primaria; fracturando la unidad madre-bebé, lo que Pedro hubo que manejar con fantasías de omnipotencia hacia el objeto, pero a la vez esto conllevaba el temor a la retaliación.

Los padres en ocasiones obligaban una separación tajante y prematura, y en otras perpetuaban formas de unión y dependencia, como el alimentar al seno materno más allá de los dos años, dormir y bañarse juntos.

La madre se desesperaba al no conseguir que Pedro se comportara como ella deseaba, no contenía su propia angustia, así que buscaba en el padre a alguien que tomara el control de la situación; aunque, de alguna manera, ella tomaba control sobre él. El padre, en su ausencia, se volvía una figura, también, ambivalente que llegaba a

imponer la ley, pero que en otras ocasiones le trataba con excesiva consideración disculpando muchos de sus comportamientos y diciendo que el niño “era su rey” (sic. del padre).

El narcisismo paterno también recibía un golpe, lo cual es en cierta medida esperado al tener que recurrir a un servicio de salud mental, pero que se intensifica cuando se llega a plantear la necesidad de alguna interconsulta médica, como fue éste caso, al recomendarles llevar a Pedro con un neurólogo. Este aspecto fue difícil de trabajar y es posible que necesitara algunos ajustes en la forma de plantearlo. La primera reacción que yo esperaba era de rechazo ante esta idea, pero lo que sucedió fue una aparente calma y la solicitud de esperarlos para conseguir la cita, pues “no tenían tiempo ni dinero”. Al principio del proceso esto lo entendí como una resistencia; que posteriormente interpreté como una petición de “tiempo para asimilarlo”. En ese momento no comprendí la angustia que no podían expresar en palabras, pero sí en actos. Lo que hice fue insistir en su responsabilidad como padres para con Pedro. Ahora pienso que además de ello hubiera podido trabajar con los padres el desarrollo de habilidades para identificar, expresar y regular su propia emoción, así como sus fantasías alrededor del estado de Pedro además de las implicaciones de llevarlo a interconsulta.

Retomando el punto de la intervención psicoterapéutica de Pedro en sus sesiones individuales, otro elemento útil era la interpretación de los mecanismos de defensa primitivos como la escisión, la introyección, la proyección, identificación proyectiva (Klein, 1946). Así como la promoción de la integración psíquica, lo cual a veces no es exactamente lo que los padres esperan y hay que clarificar que no es objetivo retirar el componente agresivo y tener niños “buenos”, pues esto solo acentuaría la escisión y debilitaría al Yo, ya que se le privaría de un elemento que aporta poder, fuerza e incluso conocimiento (Klein, 1946; Gabbard, 2002). Se trata de reconocerle ambas partes como aceptables de sí y que los demás también las poseen.

Klein (1946) afirmaba que los temores persecutorios y mecanismo esquizoides en la temprana infancia, podían tener un efecto pernicioso en el desarrollo intelectual, lo cual recuerda el pobre rendimiento académico de Pedro, sus limitaciones en la

comunicación e incluso su imposibilidad para entender y ejecutar la prueba de inteligencia que intentó aplicársele en la evaluación. Así como su tendencia a huir de las personas, con el intento de prevenir una intrusión destructiva como una retaliación.

La importancia de promover condiciones favorables, era sentir que el objeto ideal y sus impulsos libidinales eran más fuertes que el objeto malo y sus impulsos malos. De esta manera se procuró suscitar que Pedro se sintiera fortificado y con la capacidad para defenderse a sí mismo y al objeto ideal, decreciendo los temores paranoides (Segal, 1994).

El reconocimiento de aspectos buenos y malos da cuenta de una mayor discriminación entre fantasía y realidad (Bleichmar y Leiberman, 2011). Así como la búsqueda de reparación, culpa y cuidado, aspectos que Pedro llegaba a mostrar poco a poco proyectando esto en los títeres que utilizaba, dando indicios de un potencial para seguir transitando a la posición depresiva que le permitiera desarrollar mecanismos de defensa más avanzados como la sublimación y el uso de la creatividad (Segal, 1994).

Era importante, entonces, que en el tratamiento se hiciera énfasis en la transicionalidad (Winnicott, 1951) y en la capacidad de simbolización, pues así se elaboran fantasías y sirve para enfrentar y solucionar los problemas del desarrollo (Speir, 1972). Pasando desde un punto de vista simbólico personal y subjetivo a uno más socializado y objetivo (Griffiths como se citó en Speir, 1972). Reconociendo que esto es influenciado de manera temprana por las relaciones de objeto y al manejo que se haga de la angustia. Con relación a ésta segunda, no se trata de retirar la angustia, pues una cantidad suficiente de ella es la base necesaria para formación de fantasías y símbolos (Klein, 1930).

Klein (1930) consideraba al simbolismo como fundamento de toda fantasía y sublimación, y que sobre él se construye la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad en general. El sujeto necesita, entonces, recrear en su interior a los objetos para aumentar su confianza en la propia capacidad de conservar y recuperar objetos buenos (Segal, 1994).

En Pedro los mecanismos de proyección mostraban sus esfuerzos en la formación de símbolos (Segal, 1966; 1994). Sin embargo, en ocasiones llegaba a confundir el símbolo con el objeto, haciendo recordar una ecuación simbólica (Klein, 1930).

Desde lo concreto, podríamos pensar en, al menos, tres elementos para identificar lo real de las entidades mentales: la evidencia sensorial, que pueda ser percibido a través de los sentidos; la existencia pública, que otra persona lo experimente de forma similar y la evidencia consistente, que siga existiendo una vez que el individuo deje de representarla mentalmente (Wellman y Estes, como se citó en Bouchier y Davis, 2002). Para Pedro, esto, en ocasiones, era difuso y confuso. Cuando se intentaba abordar temas de importancia para el niño, con relación a su dinámica y a las cosas que quizá le estuvieran sucediendo en lo real, él las evadía o deformaba. También, como parte de sus fantasías, aseguraba que ocurrirían cosas mientras él no estaba presente en las sesiones, como que los títeres harían cosas mientras él no estuviera presente o fantaseaba que éstos estaban siendo atacados mientras él no los veía. Asimismo, en la misma sesión decía que había personajes que aparecían o desaparecían.

Se procuró aclararle que lo que sucedía en sesión podía ser parte de su juego, pero no parte de lo real. Ahora considero que debía ser tratado con cuidado, pues aunque intentaba darle un principio de realidad, es posible que esta forma fuera demasiado tajante, y que debiera haber considerado el grado de angustia que le pudiera provocar. Sólo si estaba haciendo una ecuación simbólica que le generara mucha angustia, habría sido propicio interrumpir el juego y demostrarle que no corría peligro.

Pedro también tenía dificultades en la relación con los demás, especialmente sus figuras parentales, lo cual explicaría su dificultad para simbolizar pues, como lo afirma Segal (1966), el simbolismo sería una relación entre el Yo, el objeto y el símbolo, por lo que los problemas de la formación de símbolos deben examinarse en el contexto de las relaciones del Yo con sus objetos. De esta manera el tratamiento no podía cubrir solo

una parte; el vínculo debía ser promovido potenciando la formación de un apego seguro.

No se trata aquí de culpar a la madre, pues no fue el único elemento influyente en el desarrollo de Pedro ya que las funciones maternas aquellas descritas por Winnicott (1956), no necesariamente debían ser proporcionadas sólo por ella, si no que podían ser brindadas por alguna otra figura cercana, y como parte del ambiente facilitador se incluye al padre, la familia y la sociedad, además de existir factores individuales y genéticos que también influyen en el desarrollo.

Por su parte, el espacio terapéutico se vuelve un espacio de transición. La terapeuta ha de fungir estas funciones maternas en las fantasías que despliega el paciente y pasar, también, por el proceso de ilusión-desilusión. En un primer momento, el niño se percibe como omnipotente y es en el espacio terapéutico que se va enfrentando a nuevas frustraciones, pero donde no está solo, sino que es acompañado por una terapeuta que le contiene en su gradual reconocimiento de la realidad (Abadi, 1996), tal como habría de hacerlo la madre. El paso del principio del placer al de la realidad no puede darse por sí solo, el sujeto necesita alguien que le acompañe y realice una adaptación activa a sus necesidades y que vaya disminuyéndola, en concordancia a su habilidad de tolerar la frustración (Winnicott, 1951).

Pedro necesitaba experimentar en una zona intermedia con el apoyo de objetos transicionales que fue encontrando en el espacio terapéutico, pero que también fue adoptando fuera de éste, como el peluche que utilizaba en casa como compañero y con el que hablaba. Al parecer, no había tenido un objeto de esta naturaleza antes, lo cual evidenciaba una defensa contra la angustia depresiva (Illingworth, como se citó en Winnicott, 1951).

Es posible que en algún otro momento Pedro hubiera presentado la necesidad de un objeto así, pero al padre le preocupaba que ese apego resultara contraproducente, pues pensaba que “era cosas de niñas” (sic. padre). Fue necesario orientarlo para no despojar al niño de dicho objeto precipitadamente, si no que respetara su necesidad.

El uso del espacio intermedio y el objeto transicional coloca el camino para la formación de símbolos (Zirlinger, 2004), de esta forma puede ser explicado que durante la fase de tratamiento se observara una mayor capacidad de simbolización.

El proceso que inició con una desorganización importante pasó a una mayor contención y manejo emocional que le permitía el uso de ciertas frases y palabras. Posteriormente, Pedro lograba concretar actividades y juegos; los comenzó a relacionar con aspectos de su vida, aunque aún de forma inconexa, pues no permitían que yo, como terapeuta, alcanzara a comprender los significados de sus diferentes asociaciones, pero que para él comenzaban a tener cierto sentido. De tal manera que para las últimas sesiones que se pudieron tener, ya había temáticas reconocibles y ya se había desarrollado una rutina donde había un juego, después un dibujo o incluso alguna historia por escrito. Esto, claramente, da muestra de mayor capacidad de simbolización y por lo tanto de diferenciación entre lo interno y externo, entre la fantasía y la realidad (De Caifa y Ameglio, 2013).

Dadas las dificultades en la transicionalidad, Pedro había desarrollado formas de funcionamiento que apuntaban a alguna patología importante en un futuro si no era atendido oportunamente. Esto no me era tan claro en un inicio, por lo que, con frecuencia, realizaba intervenciones que serían más aplicables para un niño neurótico, pero que a Pedro no le hacían sentido. Al preguntarle por las motivaciones de los personajes o al cuestionarle sobre lo sucedido en el juego no lograba contestarme o parecía ignorarme o evadirme. El funcionamiento de Pedro denunciaba una organización limítrofe, pero con frecuencia desplegaba algunas cuestiones de carácter psicótico, en especial en el aspecto cognitivo, de representación de sí mismo y del objeto, así como en su capacidad de reflexividad yoica (Kernberg et al., 2002). El pensamiento verbal también se encontraba perturbado, lo cual Bion (1955) atribuye a la parte psicótica de la personalidad.

Era en momentos de ansiedad como situaciones nuevas, la presencia de personas desconocidas y la percepción de amenaza, que se daba una regresión que llegaba a tender a un funcionamiento psicótico. Lo cual ha de enfatizarse, no era

intención dar un diagnóstico de psicosis, si no de detectar en qué momentos se presentaban y entender la naturaleza de la fantasía en razón de dicho funcionamiento.

Recordemos que en las personas interactúan diferentes formas de funcionar a lo largo de la vida, aunque en cada una exista un umbral de activación diferente (Cancrini, 2007). Incluso hay teóricos que han planteado la existencia de una parte psicótica de la personalidad y una no psicótica (Bion, 1953; 1955), siendo la parte psicótica en la que el Yo se pone al servicio del Ello. Cuando esto sucede el Yo se retira de una parte de la realidad (Freud como se citó en Bion, 1957) donde es frecuente encontrar un pensamiento verbal perturbado. Se propone, entonces, que en el tratamiento se elaboren los ataques destructivos ejercidos hacia el propio Yo.

Tomar en cuenta los recursos de la familia y del paciente, es importante también. Si bien es notorio que se ha hecho énfasis en los aspectos que pudieran haber afectado el desarrollo de Pedro, esto fue para ubicar las áreas de oportunidad que debían ser trabajadas. Sin embargo, la familia igualmente presentaba recursos valiosos como el hecho de que el padre se involucrara en el tratamiento y en la asistencia a las sesiones, cuando ambos padres asistían y preguntaban lo que se podía hacer en casa para trabajar con el niño, que cumplieran con las tareas concretas que se dejaban, que buscaran estrategias alternativas para tratar al niño, que hubieran acudido anteriormente a servicios de atención para el niño, que mostraran preocupación y afecto por el menor, en un interés genuino hacia su bienestar.

Aubin (1977) destaca que se han de tener presentes las partes sanas de la personalidad del niño y a partir de ellas reconstruir un universo de relación que mejore progresivamente y se aproxime cada vez más al universo concreto real. En el caso de Pedro era un niño que se mostraba observador, curioso de su entorno, atento, con capacidad de disfrute, interés por las actividades y materiales que se utilizaban, además de poder solucionar problemas y lograr vincularse cuando su estado emocional estaba más tranquilo.

Si bien las condiciones del entorno parecían influir de forma considerable en el desarrollo del menor, el factor biológico no podía dejarse de lado dados los resultados de la evaluación que señalaban una inmadurez importante, además de la dificultad con

la que me enfrenté, para poder evaluar sus funciones cognitivas por medio de una prueba de inteligencia estandarizada. El peso de este factor biológico ya ha sido señalado por Kernberg (como se citó en Cancrini, 2007), quien ubica el origen de las organizaciones psicóticas y limítrofes en estadios pregenitales cuando el sistema nervioso se va desarrollando, lo que le permite utilizar la percepción y las huellas mnémicas para discriminar el origen de los estímulos internos y externos, favoreciendo la distinción entre imágenes referidas al Sí mismo e imágenes referidas al objeto, y posteriormente la integración de sí mismo y los objetos, funcionamientos que no eran observados de manera esperada para Pedro.

Con todo ello se sugirió la interconsulta neurológica para explorar la posibilidad de que pudiera tratarse también medicamente. Además de que apoyará a un diagnóstico diferencial.

Durante la intervención hubo elementos de suma importancia que guiaron el trabajo. La tutoría y supervisión fueron los pilares que la sostuvieron, así como la formación que en ese momento se estaba teniendo con la experiencia y conocimientos de todos los docentes en la residencia y compañeros, donde cada uno aportaba una mirada distinta que enriquecía y favorecía el trabajo, gracias a sus puntualizaciones, ampliaciones, análisis, sugerencias e invitaciones a pensar mejor el caso.

La presente intervención propone un trabajo psicoterapéutico, principalmente psicodinámico, siendo este la guía, e incorporando elementos de otros modelos, pero reinterpretando el significado a través del lente de la teoría base, lo cual algunos autores considerarían una integración asimilativa (Seymour, 2011). Tratamiento que encontró coincidencia con la propuesta de González (2013) y Kernberg (1975), quienes señalan la pertinencia de utilizar métodos psicodinámicos pero buscando un punto medio entre ser directivo y conservar cierta neutralidad en el tratamiento de estructuras fronterizas y psicóticas, pues explican que un *self* fraccionado o desintegrado no admite una intervención basada solamente en la interpretación.

Una vez hecha la revisión teórica y metodológica de forma más puntual y profunda, se entiende que algunas otras condiciones que favorecieron el tratamiento y que resultaron adecuadas fueron las elecciones del material y las modificaciones del

espacio de trabajo a uno con mayor organización y contención. La caja de juego (Aberastury, 1962) y los materiales utilizados no se mantuvieron iguales durante toda la intervención, pues al avanzar en el tratamiento y observar las temáticas que el niño colocaba en el juego, se vio la necesidad de agregar algunos elementos que se consideraron necesarios, pues estos han de adecuarse a la condición del niño (Febbraio, 20011; Padilla, 2003) y no el niño al material.

También fue relevante iniciar la intervención de manera gradual, por medio de intervenciones verbales, que dieran sostén, ligaran los afectos con palabras, y posteriormente, formaran tramas que pudieran tener sentido con la historia del niño (Janin, 2012). Como se observa, la intervención estuvo enfocada a señalamientos e identificación de patrones (O'Connor, 2002) que fortalecieran el vínculo y promovieran la autoobservación. Se consideraron también intervenciones que iniciaron con el traducir emociones y pensamientos complejos detrás del juego, en un lenguaje que resultara apropiado al nivel de desarrollo, preparando, así, el camino para la entrega de la interpretación paso a paso que se diera en el contexto de su experiencia en la vida real (O'Connor, 2002). Sin embargo, dada la tendencia de Pedro hacia una organización limítrofe con importantes elementos psicóticos, habría sido importante enfatizar la acción terapéutica hacia los conflictos relacionales, modelo que ha tenido evidencia de ser apropiado para pacientes psicóticos y limítrofes (González, 2013), además de aumentar el número de sesiones a la semana en el tratamiento del niño así como con los padres (Cecchi, 2005).

Este caso me significó un gran reto profesional y personal y como toda experiencia en el trabajo psicoterapéutico infantil, tuvo sus limitaciones. Una de éstas se refirió a mi falta de experiencia clínica lo cual hacía difícil entender al paciente de manera completa, así como dominar las intervenciones psicoterapéuticas. Lo que por otro lado también motivaba el involucrarme más en el caso, investigar y compensar dichas faltas, con la formación en curso de la residencia de psicoterapia infantil, la investigación y lectura por mi cuenta, así como la cercana tutoría y supervisión.

Por otra parte, el caso mismo era complejo, por las características del niño y su familia. Desde la confusión inicial debido a la imagen que yo tenía del menor, dados los

reportes de los padres, en contraste con el niño real que comencé a conocer y que presentaba importantes limitaciones en el desarrollo antes descritas. Además de la contratransferencia que me provocaba por sentirme desorientada. Pero que fui trabajando, tanto durante el curso de la evaluación como del tratamiento, y aun posteriormente, durante la elaboración de este reporte.

Además, considero que el diagnóstico diferencial me resultó muy complicado pues aún después de la evaluación no lograba colocar “un nombre” a lo que le sucedía a Pedro. El niño parecía tener una sintomatología que podría vincularse con una variedad de trastornos reconocidos, como la enuresis y la hiperactividad. Por otro lado, si solo me hubiera basado en su desempeño en la prueba de inteligencia que se le intentó aplicar, habría que haberle asignado un diagnóstico de déficit intelectual. Lo cual consideré limitante y de poca ayuda real para la dinámica y desarrollo del niño. Así que, opté por procurar una comprensión de su forma de funcionar considerando lo que se ha estudiado sobre las organizaciones psíquicas y sus características en niños (Kernberg et al., 2002), lo que, en la elaboración de este reporte, me ha servido para analizar de mejor manera el proceso terapéutico que se realizó.

Finalmente en el contexto familiar de Pedro, existían limitaciones económicas y de disponibilidad horaria de los padres para poder llevar al niño con mayor frecuencia a sesiones terapéuticas. Así como sus resistencias ante la posibilidad de una interconsulta con un neuropediatra y que se hipotetiza fue una razón importante para abandonar el proceso psicoterapéutico.

En conclusión, la evaluación y tratamiento de niños con funcionamientos psicóticos y limítrofes requieren importantes adecuaciones y un conocimiento profundo de desarrollo, además de considerar tanto los factores internos y externos del paciente, como la familia, el entorno, los recursos y las limitaciones.

En el trabajo de las fantasías se debe tener siempre presente que no se trata de que la realidad del sujeto sea la misma realidad que todos percibimos o interpretamos, sino que tenga un punto de encuentro con la realidad de los demás, suficiente para poder tener un entendimiento que permita su integración y su adaptación con el mundo

que le rodea. Como lo afirmaba Isaacs (1967): lo normal o lo anormal depende en todo caso de la relación de la fantasía con la realidad, y de cómo la fantasía es procesada y elaborada.

Referencias

- Aberastury, A. (1962). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. España: Paidós.
- Abadi, S. (1996). *Transiciones. El modelo terapéutico de D. W. Winnicott*. Argentina: Lumen.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV – TR* (4ª ed., Texto rev.). España: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM V* (5ª ed.). España: Panamericana.
- Aubin, H. (1977). *Psicosis infantil*. España: Planeta.
- Bareiro, J. (2009). Transicionalidad, creatividad y mundo: Winnicott y Heidegger. *Revista electrónica de psicología social*, 18, 1-6. Recuperado de <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/135/122>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad. Tratamiento basado en la mentalización*. México: Editorial Universitaria. Universidad de Guadalajara.
- Bergeret, J. (1981). *Manual de psicología patológica*. España: Toray – Mason.
- Bernard, M. (1997). La fantasía. En *Introducción a la lectura de Obra de Rene Kâes* (pp. 9 - 25). Argentina: Asociación Argentina de psicología y psicoterapia de grupo.
- Bion, W. (1953). Notas sobre la teoría de la esquizofrenia. En W. Bion (Ed., 1972). En *Volviendo a pensar* (pp. 38-54). Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1955). Desarrollo del pensamiento esquizofrénico. En W. Bion (Ed., 1972). *Volviendo a pensar* (pp. 55-63). Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1957). Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas. En W. Bion (Ed., 1972). *Volviendo a pensar* (pp. 64 - 91). Buenos Aires: Paidós.

- Bleichmar, N. y Leiberman, C. (2011). *El psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós.
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortíz.
- Bourchier, A. y Davis, A. (2000). Individual and developmental differences in children's understanding of the fantasy – reality distinction. *British Journal of Developmental Psychology*, 18, 353-368.
- Bourchier, A. y Davis, A. (2002). Children's understanding of the pretence – reality distinction: a review of current theory and evidence. *Developmental Science*, 5 (4), 397 – 426.
- Browne, C. y Woolley, J. (2004). Preschooler's Magical Explanations for violations of physical, social and mental laws. *Journal of cognition and development*, 5 (2), 239-260.
- Cancrini, L. (2007). *Viajes por una patología inexplorada*. España: Paidós.
- Carrick, N. y Ramirez, M. (2012). Preschooler's fantasy – reality distinctions of emotional events. *Journal of experimental child psychology*, 112, 467-483.
- Cecchi, V. (2005). Abordaje técnico. En A. Aparain, V. Mian, S. Míguez y A. Lodeiro (Eds.), *Los otros creen que no estoy: Autismo y otras psicosis infantiles* (pp. 107-127). Argentina: Lumen.
- Chabert, C. (2000). Los funcionamientos fronterizos: ¿Qué fronteras? En J. André (Ed.), *Los estados fronterizos: ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?* (pp. 81 - 102). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Clarizio, H. y McCoy, G. (1981). *Trastornos de la conducta en el niño*. México: Manual Moderno.
- Dallal, E. y Bodeck, R. (1974). El manejo clínico de las psicosis infantiles. En A. Aberastury et al. (Eds.), *Psicosis infantiles y otros cuadros graves de la infancia* (pp.69-81). Argentina: Paidós – ASAPPIA.

- De Caífa, C. y Ameglio, F. (2013). Pensando la transicionalidad y su patología. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 116, 88-104. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201311608.pdf>
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación de padres e hijos*. España: Paidós.
- Ekstein, R. (1988). Terapia de juego para niños límites. En E. Schaefer y K. O'Connor (Ed.), *Manual de terapia de juego: Vol. 1* (pp. 372-378). México: Manual Moderno.
- Esquivel, F., Heredia, C. y Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Febbraio, A. (2011). Nuevas aportaciones a la hora de juego diagnóstica. En G. Celener (Ed.), *Técnicas Proyectivas. Actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense* (pp. 163-179). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica*. Argentina: Panamericana.
- Golomb, C. y Kuersten, R. (1996). On the transition from pretence play to reality: What are the rules of the game? *British Journal of Developmental Psychology*, 14, 203-217.
- González de Rivera, J., y Cuevas, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Psiquis*, 13 (8). 387-324. Recuperado de http://www.psicoter.es/art/92_A101_01.pdf
- González, M., (2013). *Clínica Psicoanalítica. Texto básico integrado*. Colombia: Manual Moderno.
- Grinberg, L. (1976). Psicosis. En *Introducción a las ideas de Bion* (pp. 37-53). Buenos Aires: Nueva Visión.

- Gunderson, J. (2002). Psicoterapia psicodinámica en el trastorno límite de la personalidad. En J. Gunderson y G. Gabbard (Eds.), *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad* (pp. 33-63). España: Ars Médica.
- Hernández, R. y Mendoza, C. P. (2008). El matrimonio cuantitativo - cualitativo: el paradigma mixto. En J. L. Álvarez Gayou (Presidente), *6º Congreso de Investigación en Sexología*. Congreso efectuado por el Instituto Mexicano de Sexología, A. C. y la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, Tabasco, México.
- Isaacs, S. (1967). Naturaleza y función de la fantasía. En M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs y J. Rivière (Eds., 1974), *Obras completas. Desarrollos en Psicoanálisis* (Vol. 3, pp. 73 - 115). Buenos Aires: Paidós - Hormé.
- Janin, B. (2012). Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente*, 53, pp. 49 -56. Recuperado de <http://www.seypna.com/documentos/articulos/janin-beatriz-intervenciones-psicoanalista-ninos.pdf>
- Jiménez, P. (1999). Estructuras clínicas intermedias en la psicosis infantil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(69), pp. 151-159.
- Kernberg, O. (1975). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós.
- Kernberg, P., Weiner, A., y Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual moderno.
- Klein, M. (1930). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. En M. Klein (Ed., 1974) *Obras completas: Contribuciones al psicoanálisis* (Vol. 2, pp. 209-221). Argentina: Paidós – Hormé.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs y J. Rivière (Eds., 1974), *Obras Completas. Desarrollos en Psicoanálisis* (Vol. 3, pp. 253 -257). Buenos Aires: Paidós - Hormé.
- Landy, S. (2009). *Pathways to competence*. E.U.A.: Paul H. Brooks Publishing Co.

- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1986). *Fantasía originaria, fantasía de los orígenes, orígenes de la fantasía*. Buenos Aires: Gedisa.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lasa, A. (1998). La interpretación en la psicoterapia de niños psicóticos. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, XVIII (68), pp. 611-619. Recuperado de <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15615>
- Lavietes, R. (1978). Psicosis en los niños: tratamiento. En A. Freedman y H. Kaplan (Comps.), *El niño neurótico, sociópata y psicótico* (pp. 85-93). Argentina: Paidós.
- Luzzi, A., y Bardi, D. (2009). Conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños. Punto de partida para una investigación empírica en psicoterapia. Facultad de Psicología. UBA. Secretaria de Investigaciones. *Anuario de investigaciones*, XVI (pp.53-63). Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a05.pdf>
- Macías – Valadez, G. (1999). *Desarrollo infantil. Génesis y estructura de las funciones mentales*. México: Trillas.
- Macías – Valadez, G. (2007). *Desarrollo infantil 2, estructura de la fantasía en el niño*. México: Trillas.
- O' Connor, K. (2002). The value and use of interpretation in play therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, (6), pp. 523-528.
- Padilla, M. (2003). *Psicoterapia de juego*. México: Plaza y Valdez.
- Papalia, D. Wendkos S. y Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Pelento, M. (2004). Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de Donald Winnicott. *Psicoanálisis: ayer y hoy*, 2. Recuperado de <http://www.elp psicoanálisis.org.ar/old/impnumero2/pelento-2-doc.htm>
- Pelento, M.L. y Olmos de Paz, T. (1977). Algunas consideraciones sobre la técnica con niños fronterizos. En C. Paz, M.L. Pelento y T. Olmos de Paz (Eds.), *Estructuras*

y/o estados fronterizos en niños y adultos. III. Investigación y terapéutica (pp. 89-101). Argentina: Nueva Visión.

Ramírez, F. y Castilla. A. (2008). Zona de transición. Entre Vygotsky y Winnicott.

Aperturas psicoanalíticas, 29. Recuperado de

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000540&a=Zona-de-transicion-Entre-Vygotsky-y-Winnicott>

Rosales, A. (2005). *Nacimiento y evolución del concepto de “fantasía” en la obra de Sigmund Freud y su relación con la histeria*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Segal, H. (1966). Notas sobre la formación de símbolos. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, VIII 03, 1-15.

Segal, H. (1994). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.

Seymour, J. W. (2011). History of Psychotherapy Integration and Related Research. En S. Bratton, A.A Drewes y C.E. Schaefer (Eds.), *Integrative Play Therapy* (pp.3 - 19). United States of America: Wiley

Sharon, T. y Woolley, J. (2004). Do monsters dream? Young children's understanding of the fantasy / reality distinction. *British Journal of Developmental Psychology*, 22, 293-310.

Skolnick, D. y Bloom, P. (2006). What does Batman think about SpongeBob? Children's understanding of the fantasy / fantasy distinction. *Cognition*, 101, B9 – B18.

Skolnick. D y Bloom, P. (2009). Young children separate multiple pretend worlds. *Developmental Science*, 12 (5), 699 – 705.

Speir, A. (1972). *Los procesos de simbolización en la infancia*. Argentina: Proteo.

Sperling, M. (1993). *Psicoterapia del niño neurótico y psicótico* (2^{da} ed.). España: Lumen-Hormé.

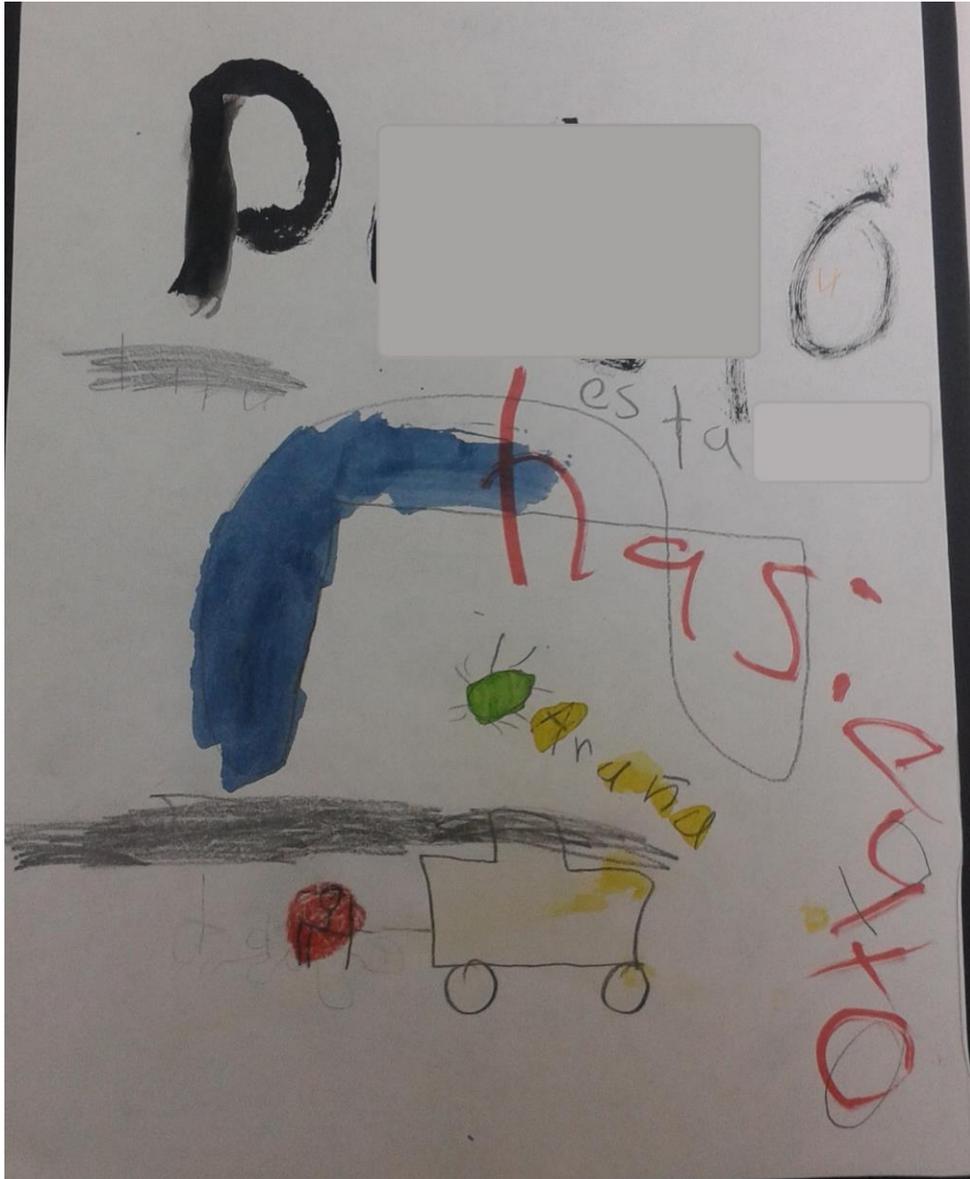
Szilas, W. (2001). *Fantasía y conocimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

Solloa, L.M. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño* (2^{da} ed.). México: Trillas.

- Ungar, V. (2001). Imaginación, fantasía y juego. *Psicoanálisis Asociación psicoanalítica de Buenos Aires*, XXIII (3), 695-711.
- Universidad Nacional Autónoma de México, (2002). *Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil*. México.
- Valdés, K. (2009). *Un mundo paralelo donde la fantasía protege la realidad. Estudio de caso*. Reporte de experiencia profesional de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Winnicott, D. (1945). Desarrollo emocional primitivo. En D. W. Winnicott (Ed., 1958), *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (p. 203-218). Buenos Aires: Paidós., 1958.
- Winnicott, D. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En D. W. Winnicott (Ed., 1958), *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (p. 405 - 412). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En D. W. Winnicott (Ed., 1958), *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (p. 313 - 330). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1959). El destino del objeto transicional. En C. Winnicott, R. Shepher y M, Davis (Comps., 1991), *Exploraciones Psicoanalíticas I* (pp. 72-78). Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Winnicott, D. (1993). *La naturaleza humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Woolley, J. (1997). Thinking about Fantasy: Are Children Fundamentally Different Thinkers and Believers from Adults? *Child Development*, 68 (6), 991-1011.
- Zirlinger, S. (2004). Transicionalidad. *Psicoanálisis: ayer y hoy*, 2. Recuperado de <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/impnumero2/transicionalidad2-doc.htm>
- Zisenwine, T. Kaplan. M., Kushnir, J. y Sadeh, A. (2013). Nighttime fears and fantasy – reality differentiation in preschool children. *Childpsychiatry human development*, 44, 186-199.

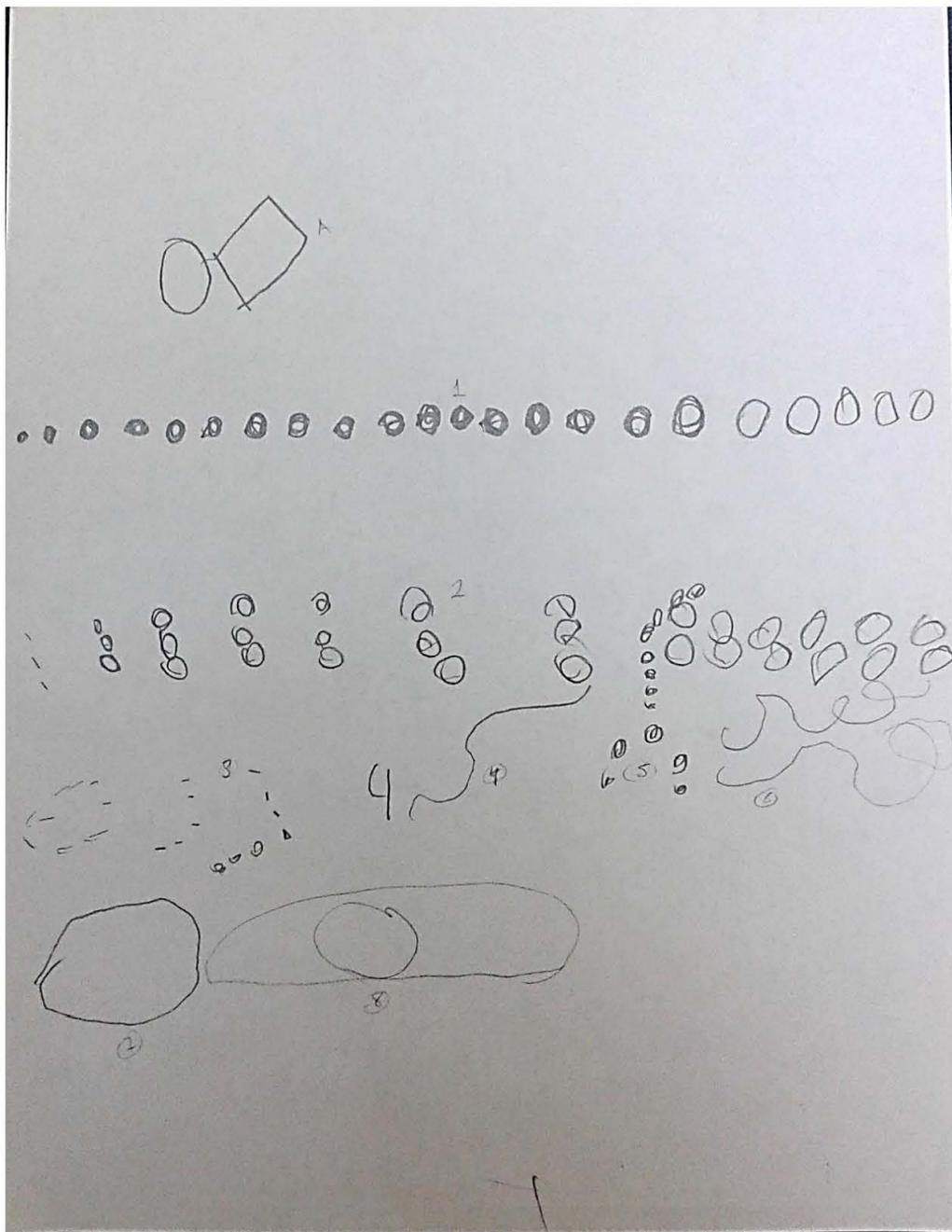
Anexos

Anexo1. Dibujo Libre

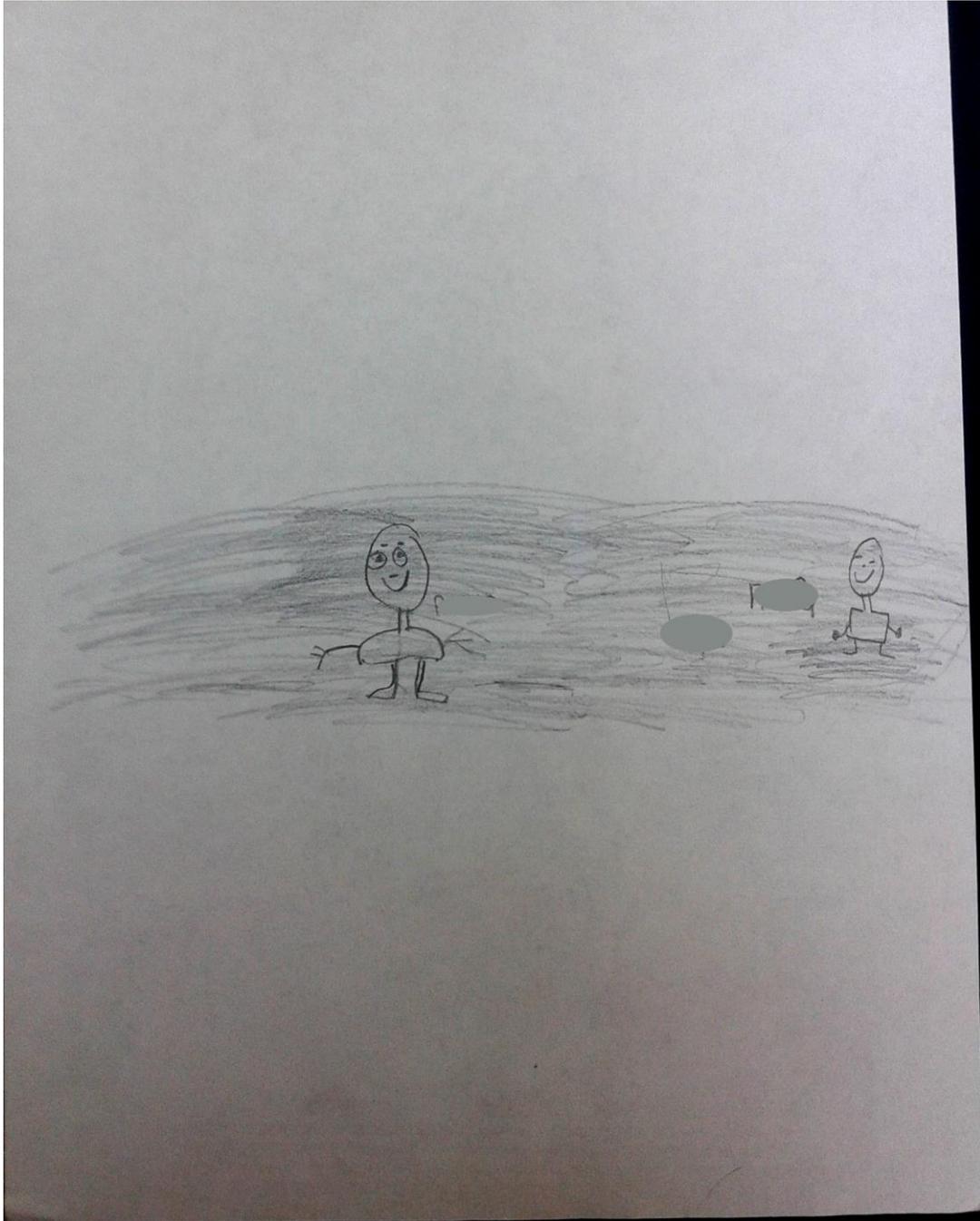


De acuerdo a Pedro, la pintura azul representaba un pez, el color gris debajo era agua, había también una araña y agregó un auto que acababa de atropellar a un niño en una silla y por ello está cubierto de sangre.

Anexo 2. Test Gestáltico Visomotor de Bender

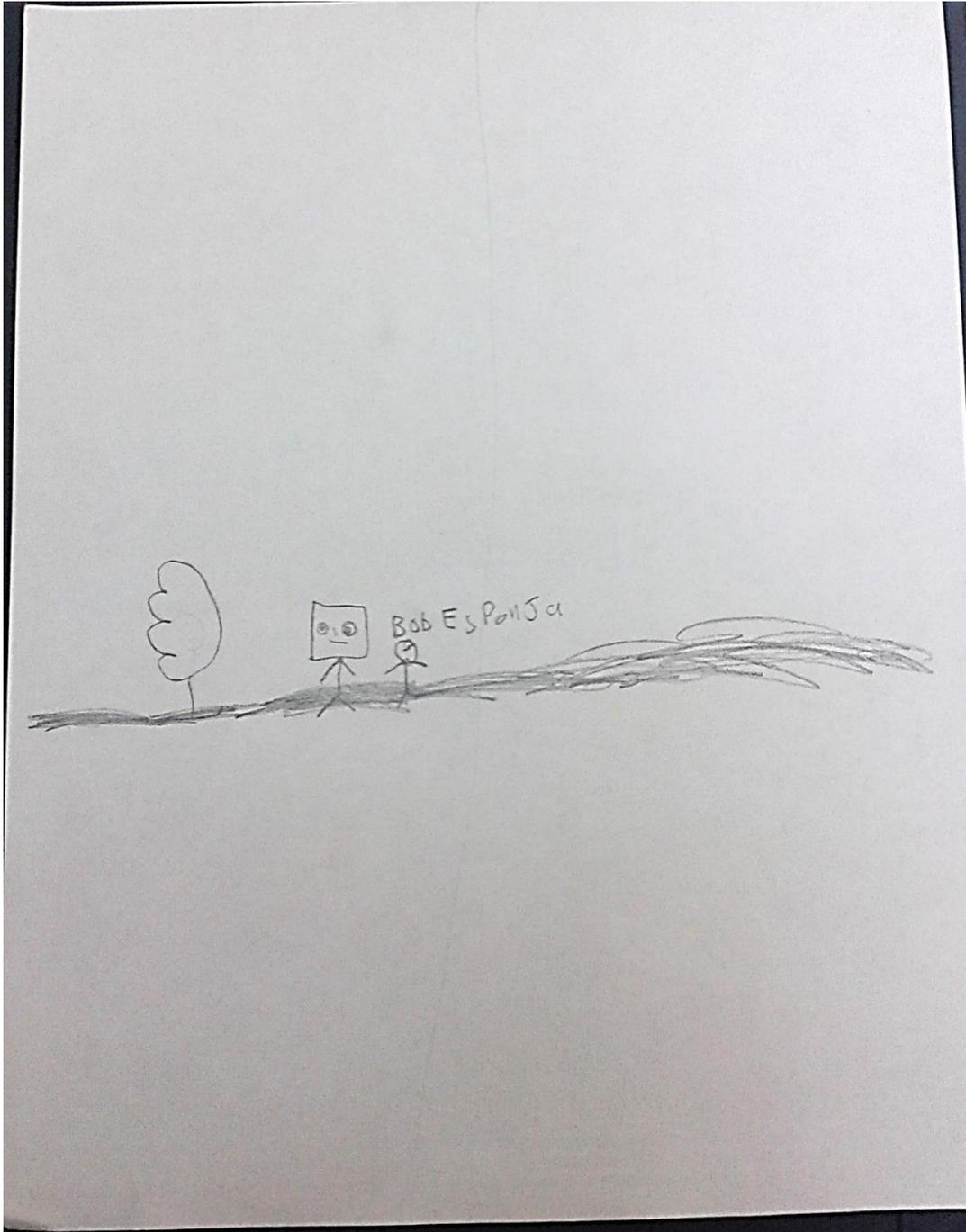


Anexo 3. Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz.



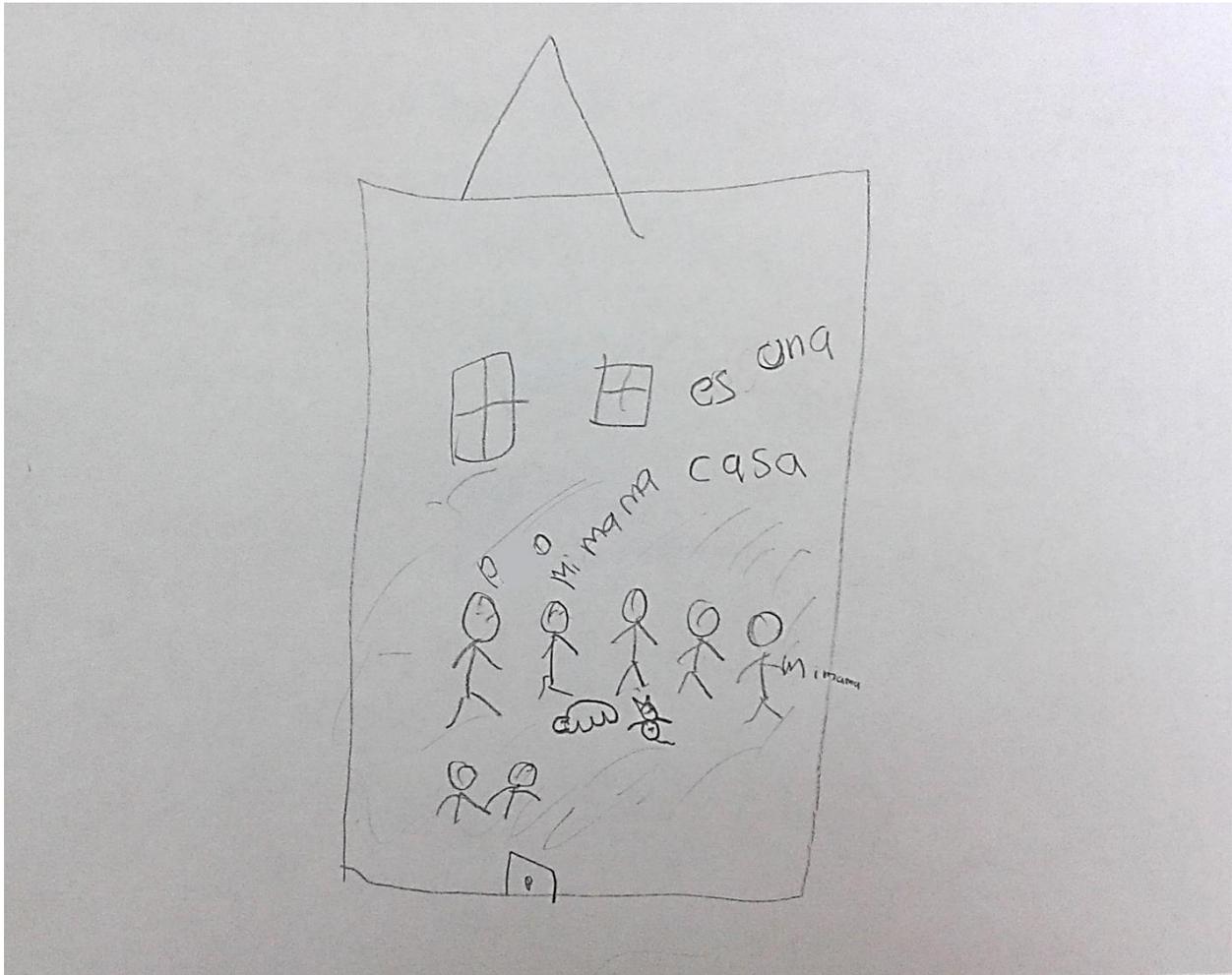
Pedro se dibuja él (dibujo de la izquierda) y a su madre (derecha), bajo el agua
"en Acapulco" (Sic. Pedro).

Anexo 4. Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz (Segundo dibujo)



Pedro dibuja a "Bob Esponja" y a "Patricio" (personajes de caricatura) ante la petición de la terapeuta de dibujar a una niña.

Anexo 5. Dibujo Kinético de la Familia de Burns y Kaufman



De derecha a izquierda y de arriba abajo. Dibuja a su familia en casa, bañándose. Se dibuja él, a su mamá, a su hermana, a su abuelo, después menciona a su "mamá" dos veces más, dibujó a su padre al último, después de preguntarle por él. También dibujó un perro y un gato, al parecer eran sus mascotas.

Anexo 6. Test de Apercepción Temática para Niños con Figuras Animales. CAT (A).

Lámina 1

Historia

“Un pollo... Pollos comen con cuchar, a con platos, con una mesa y con unas sillas”.

B: ¿Qué pasó antes? *“Comieron mucho”.*

B: ¿Qué pasó después? *“Comieron un pollo”.*

Son niñas y de derecha a izquierda tienen, 5, 3 y 1 año son hermanas y se llevan bien.

Lámina 2

Pedro se ríe cuando ve la lámina y dice “osos, cuerda”.

Historia

“Los tres lobos juegan un lazo”.

B: ¿Qué pasó antes? *“Se cayeron”.* (B: ¿De dónde se cayeron?) *De una piedra y se desmayaron.*

B: ¿Qué más pasó? *“Se despertaron. Jugaban otra vez el lazo”.*

B: ¿Qué pasó después? *“No pasó nada”.*

Lámina 3

Pedro nuevamente se ríe y señala con el dedo al león.

Historia

“Se sienta un león con su silla, esta aburrido. Le gusta jugar con la pantera rosa. Juega a las canicas”.

“Hay un ratón se esconde debajo de su casa. Porque lo quiere morder el león.”

(B: ¿Cómo se siente el ratón?) *“Mal, quiere comer”.* (B: ¿Cómo más se sentirá, enojado, triste, asustado, feliz, cómo?). *Asustado.*

El león tiene 49 años y el ratoncito 2 años.

Pedro deja la lámina y toma la que sigue.

Lámina 4

(Se ríe al ver la lámina).

Historia

“Juegan a la bicicleta con su hijo, el león. Este es su hijo (el de la derecha). Hay un ratón (el canguro pequeño). Llevan de comer (Pedro señala al canguro pequeño). Le pega a este (Pedro toma la lámina anterior del león y lo señala. Entonces la canguro le pegaría al león). (B: ¿Por qué?) Porque no le quiere dar de comer al ratón.”

Papá: 59 años

Hijo: 6

Ratón: 4.

Lámina 5 (Se ríe y señala la lámina).

Historia

“Hay una cama...”

“Hay una casa. Ésta es una cama (señala la cuna). Este es un bebé (señala en la cuna). Esta es otra cama (señala la cama grande).”

B: ¿Hay alguien ahí? *“Sí”*

B: ¿Quiénes? *“Sus papás del bebé”. “Dormidos”.*

B: ¿El bebé está dormido o despierto? *“Dormido”.*

B: ¿Qué pasó antes? *“Ya era tarde y empezó a llover”.*

B: ¿Qué pasó después? *“El papá tenía que ir a trabajar. La mamá se quedó con el bebé y le empezó a dar de comer”.*

Lámina 6

Se ríe al ver la lámina.

“Se están durmiendo. Su hijo está despierto porque tiene sed”.

“El papá. De jardín”.

B: ¿Y qué animales son?... ¿Son perros, osos, lobos, leones o que animal son? *“Lobos”.*

Hijo: 8 años. Papá: 29 años.

B: ¿Qué pasó antes? *“Empezó a llover y se metieron a su jardín”.*

B: ¿Qué pasó después? *“El hijo va por un agua”.*

Lámina 7

Pedro al ver la lámina no dice nada, la deja en la mesa frente a él y me ve expectante. La lámina le provoca shock.

Le pregunto si ocurre algo y no me dice nada.

B: ¿Qué se te ocurre de ese dibujo?... (No contesta).

B: ¿Será que no te gusta ese dibujo? ¿No te gusta?

P: (mueve la cabeza diciendo que no).

B: Ya veo, pues sí quieres podemos dejarla y al final vemos si algo se te ocurre. ¿Estás de acuerdo?

Pedro quita la lámina y toma el siguiente dibujo.

Lámina 8

“Son unos changos. Está tomando un vaso de leche. Es su papá (señala al primero de la izquierda que está sentado). Este es el hijo (el mono pequeño), esta es el abuelo (el que le habla). Este es su mamá (el otro personaje que tiene la taza).”

Tiene la foto del hijo.

B: ¿Qué le dice el abuelo?

P: *“Que se vaya a dormir porque mañana va a ir a la escuela.”*

B: ¿Qué le dice el hijo?

P: *“Sí”.*

El hijo tiene 5 años.

Lámina 9

Historia

“Un conejito arriba de su cama. Esto es una casa. Va a cerrar la puerta por que tiene frio.

(B: ¿Qué más pasa?) *“Va y la cierra y le pone seguro”.* (B: ¿Por qué le pone seguro?) *“Porque va a entrar alguien”.* (B: ¿Quién?) *Un borracho y ya se duerme.*

“Tiene llaves el borracho”. (B: ¿Y va a poder entrar aunque esté cerrado?) *“No va a entrar”.*

B: ¿Qué pasó después? *“Llegan los papás del lobo y muerden al borracho. Se sube a un banquito para ponerle seguro”.*

El conejito tiene un año.

Lámina 10

Pedro ríe y voltea la lámina.

B: ¿Quieres decir tu historia sin ver la lámina?

Pedro asiente.

B: Bien, dime yo escribo.

Durante la historia, Pedro oscila entre el verla y ocultar la lámina.

Historia

“Hay dos hijos y se va a hacer del baño el hijo. Este va a hacer primero y ahorita va a entrar este” (primero señala al grande y luego al pequeño).

Ya entró del baño el hijo (el grande) y va a hacer del baño (señala al pequeño) y se fueron a dormir y se taparon con una cobija grande.”

B: ¿Qué pasó antes? *“Cerraron la puerta. El hijo se limpió con un papel y lo tiró dentro de la basura”.*

B: ¿Qué pasó después? *“Se fueron a dormir”*

Son niñas de 5 y 1 año.

Lámina 7

Historia

“Un león muerde este (señala al mono). Se enojó el león por este.

Se enojó porque no quiere este... no le gusta porque se come los...

B: ¿Qué se come?

P: *El león se come. No le gustan sus uñas se las come* (señala las uñas del chango).

B: ¿Quieres decir que al león no le gusta que el chango se coma las uñas?

P: (asiente).

B: ¿Por qué se las come? P: *Porque no le trajo uñas su papá.*

B: *¿El papá del chango no le trajo uñas?*

P: (asiente).