



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

**Trastorno por Déficit, funciones parentales
y terapéuticas en la constitución psíquica: Estudio de caso.**

REPORTE DE EXPERENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ILEANA TORRES RUIZ

TUTORA: MTRA. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

REVISORA: MTRA. VERÓNICA RUÍZ GONZÁLEZ

MIEMBROS DEL COMITÉ:

DR. FELIPE CRUZ PÉREZ

DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ

MÉXICO, D.F. SEPTIEMBRE DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres por su gran esfuerzo y amor constante.

A mi tutora, Mtra. Asunción Valenzuela, Cota por su guía y acompañamiento.

Al cuerpo docente de la Residencia en psicoterapia infantil por las clases, la supervisión, sus comentarios y observaciones.

A mi generación de compañeras y compañero que enriquecieron mi experiencia personal y profesional.

A los niños que fueron mis pacientes y sus familias por permitirme crecer con ellos.

A la U N A M por ser la institución que me ha formado profesional y culturalmente.

A CONACYT por brindar el soporte económico para llevar a término este gran proyecto.

**Trastorno por Déficit, funciones parentales
y terapéuticas en la constitución psíquica: Estudio de caso.**

Índice

Resumen

Introducción	1
Capítulo 1. Trastorno por déficit	4
1.1 Categoría diagnóstica	4
1.2 Enfoques de intervención para trastornos por déficit	20
1.2.1 Un modelo de terapia psicodinámica del desarrollo	21
1.2.2 Valoración clínica en el modelo de Psicoterapia basada en el desarrollo	24
Capítulo 2 Funciones de parentalización y la organización del psiquismo.	29
2.1 Parentalidad y Parentalización	29
2.1.1 Funciones parentales	32
2.2 La organización del psiquismo desde el Modelo Modular-Transformacional	35
2.2.1 Sistema motivacional de autoconservación	38
2.2.2 Sistema motivacional de la regulación emocional	39
2.2.3 Sistema motivacional del apego	40
2.2.4 Sistema motivacional narcisista	44
2.2.5 Sistema motivacional sensual/sexual	47
Capítulo 3 La tarea terapéutica	48
3.1 El / la terapeuta	48
3.2 Relación terapéutica	48
3.3 Transferencia y vínculo terapéutico	50
3.4 Cambio y relación terapéutica	51
3.5 Fantasía y juego simbólico, herramientas terapéuticas	53
3.6 Factores curativos y funciones terapéuticas	54
Capítulo 4 Método	57
4.1 Justificación	57
4.2 Objetivo general	58
4.3 Tipo de estudio	58
4.4 Participante	58

4.5 Escenario	58
4.6 Procedimiento del estudio de caso	59
4.7 Modelo de intervención terapéutica	59
Capítulo 5 Presentación de caso clínico	63
5.1 Caso Kiara	63
5.2 Conceptualización del caso	79
5.3 Plan de Tratamiento	82
Capítulo 6 Proceso Psicoterapéutico	83
6.1 Primera Fase “ <i>Construyendo con Kiara</i> ”	84
6.2 Segunda Fase ¡Mira mis cicatrices! “Los duelos de <i>Kiara</i> ”	92
6.3 Tercera Fase “Terminando su proceso terapéutico”	96
Discusión	99
Conclusiones	114
Referencias bibliográficas	116

Resumen

En el presente reporte de experiencia se describe y analiza el proceso psicoterapéutico realizado con una niña a lo largo de un año nueve meses, dentro de la Residencia de Psicoterapia Infantil como parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología.

El estudio de caso se realizó desde las siguientes aristas:

A la luz de la teoría, se conceptualiza el caso como un Trastorno por Déficit, desde el psicoanálisis, se designan como tal a aquellos casos en los que los niños en cuestión presentan detención notoria y graves carencias en su desarrollo socioemocional, cognitivo y de lenguaje. Son casos en los que resalta la ausencia de figuras significativas que cubran las funciones de parentalización básicas, asiduamente aparecen factores de índole biológica (enfermedades) y socioemocional (eventos traumáticos, negligencia parental) que entorpecen y obstruyen el desarrollo normal del niño.

Se fundamenta la intervención desde autores que siguen esta línea de trabajo y proponen modelos psicoterapéuticos basados en el desarrollo psíquico, Bleichmar, 1997; Dio Bleichmar, 2005; Greenspan, 2003; Fonagy, 2002 entre otros.

A su vez se presenta un trabajo de integración de la práctica clínica y la teoría, de ahí que se abordan temas centrales en la psicoterapia infantil como las funciones terapéuticas, el proceso de parentalización y su incidencia en la formación del psiquismo.

De igual manera aunque sin ser el eje principal del análisis se menciona la importancia del enfoque integrativo, se hace énfasis en la relevancia de una metodología clínica.

Finalmente el presente reporte busca dar cuenta de mi proceso de formación psicoterapéutica al compartir tanto el proceso de cambio y desarrollo de Kiara que llegó con grandes déficits al Centro de Servicios Psicológicos, como el aprendizaje que construí gracias a la Residencia, a ella y a sus padres. El esfuerzo y trabajo conjunto le permitió a Kiara constituirse en tanto sujeto y a sus padres parentalizarse.

Palabras clave: Trastorno por déficit, Modelo basado en el desarrollo, parentalización, funciones terapéuticas.

Introducción

Qué nos trae a este continente de la psicoterapia infantil, sino el interés por estudiar la subjetividad humana y su desarrollo, el deseo de *comprender* pero también de hacer “algo” con el sufrimiento humano, en tanto malestar subjetivo.

La Residencia en Psicoterapia Infantil ofrece la posibilidad de comenzar un proceso de formación en el que se gestan infinidad de preguntas manifiestas y latentes: cómo se configura y se desarrolla el psiquismo humano, qué factores son fundamentales en su organización, he ahí donde entra la pregunta por los padres, qué funciones desempeñan ellos para con el desarrollo de su bebés, en niños, en sujetos.

Al estar en un espacio por primera vez frente a los padres de un niño(a) y presentarse como la terapeuta asignada, ineludiblemente cuestiona cuál es mi función en tanto terapeuta. Con los niños se escucha, observa y se intenta acercarse a los mundos que narran en sus juegos, intentamos comprender qué necesita, qué les ocurre, pero de nuevo saltan preguntas: ¿cómo un espacio cualquiera, se convierte en un espacio terapéutico?, ¿cómo la relación niño – adulto, se convierte en una relación terapéutica?, ¿qué hace curativa a la relación?

Justo el caso que elegí presentar dio forma y cuerpo a estas preguntas tejiendo una aproximación y una intervención, que no hubiesen sido posibles sin la formación proporcionada por las clases, la supervisión y las juntas clínicas de la Residencia.

El caso de Kiara, un niña de 8 años, se presentaba como un cuadro difícil de diagnosticar, un caso que se encontraba en muchos aspectos del desarrollo por debajo de los límites de lo esperado para su edad, sin embargo, la etiqueta diagnóstica *Discapacidad intelectual leve (F70 DSM-V)* no permitía comprender ni abordar la complejidad clínica que se observaba en las sesiones de valoración. De manera que el presente estudio de caso fue construyéndose desde un marco psicoanalítico, específicamente, a partir de la categoría Trastorno por Déficit y de los siguientes modelos clínicos: Psicoterapia basada en el desarrollo (Greenspan, 2003), Terapia Psicodinámica del desarrollo (Fonagy, 2000) y el Modelo Modular-Transformacional, (Bleichmar, 2005 y Dio Bleichmar, 2005). Se eligió trabajar desde este marco en particular en la medida en que brindaba una guía clara y coherente, teórica y metodológicamente.

La categoría diagnóstica *Trastorno por Déficit* permitió comprender el comportamiento y el nivel de desarrollo de Kiara partiendo de las funciones y capacidades que se encontraban en déficit, los modelos terapéuticos previamente mencionados, brindaron el marco necesario para definir qué procesos había que estimular tanto en Kiara, como las competencias a habilitar en los padres para activar su desarrollo psicológico.

Con el fin de facilitar la comprensión de este trabajo, se organizó en seis capítulos, cuyo título y contenido se describen a continuación:

El Capítulo 1 “**Trastorno por déficit**” está dedicado a describir y explicar el concepto que permitió comprender el caso clínico. Se trabajó desde cuatro autores principalmente, Donald Winnicott, que sin usar el término como tal, ofrece las bases teóricas y clínicas antecedentes para comprender en contexto algunos procesos fundacionales del desarrollo psíquico, así como la gestación de este tipo de trastornos. Hugo Bleichmar, acuña el término tal cual y ofrece una amplia descripción clínica de lo que se entiende por este término, sus características e implicaciones. Posteriormente, se retoma a Peter Fonagy y a Stanley Greenspan que proponen modelos de comprensión e intervención con trastornos del desarrollo psíquico. En conjunto los planteamientos de estos autores permitieron integrar una comprensión del caso de Kiara y esbozar parte de aquello que participa en la configuración del psiquismo.

En el Capítulo 2 “**Funciones de parentalización y la organización del psiquismo**” se expone el tema de parentalidad, los avatares y las funciones parentales que Lebovici en planteó, acudí a otros autores que permiten conformar una visión en la que el proceso de parentalización funciona como la matriz que organiza la psique humana y finalmente entramos de lleno a la propuesta del Modelo Modular-Transformacional de Hugo Bleichmar y Emilce Dio Bleichmar, porque es un esquema teórico afín a la categoría desarrollada en el capítulo 1, que ofrece un marco de entendimiento de la construcción de la psique.

En el Capítulo 3 “**La tarea terapéutica**” abordé algunas funciones que conforman la profesión de psicoterapeuta, pensamos el tema de la relación terapéutica, el papel de la transferencia, los factores curativos, el rol del juego y la fantasía como herramientas de trabajo, desde diferentes autores que coinciden en una perspectiva intersubjetiva en psicoanálisis.

El Capítulo 4 “**Método**” expone la metodología que guió este reporte, las características y condiciones básicas del trabajo clínico, así como del reporte en sí mismo.

El Capítulo 5 y 6 “**Presentación de caso clínico**” y “**Proceso psicoterapéutico**” se expone desde la historia clínica, los datos generales de la niña, los resultados obtenidos del proceso psicodiagnóstico, la conceptualización del caso y el plan de tratamiento, para dar un marco contextual al proceso terapéutico, que se describe aquí, en sus diferentes etapas, considerando los avances, limitaciones e incluyendo una revisión de la contratransferencia.

En la “**Discusión**” responde a la necesidad de analizar a la luz de la teoría y de la práctica clínica el trabajo realizado con Kiara y su familia a lo largo de ese año y nueve meses.

Por último en las “**Conclusiones**” se presentan los puntos principales que integran los conocimientos y las reflexiones adquiridas en mi formación dentro de la Residencia en Psicoterapia Infantil.

Capítulo 1

Trastorno por déficit

1.1 Categoría diagnóstica

El psiquismo se configura, en el *interjuego vincular*, se constituye en el campo de la intersubjetividad. Cuando las condiciones y funciones que lo estructuran faltan o fallan nos encontramos frente a un trastorno por déficit.

En los años 80's y 90's comenzó a denominarse trastornos por déficit o trastornos por detención en el desarrollo a diferentes patologías que son atribuidas a la falla del medio circundante, desde el comienzo del desarrollo, *en proveer* al sujeto aquello que su evolución en cada etapa requiere (Gedo, 1981; Killingmo, 1989; Stolorow y Lachmann, 1980). De tal modo que ciertas funciones o capacidades (regulación del comportamiento y las emociones, organización de los afectos y pensamientos) no se desarrollan normalmente o faltan.

Por tal motivo los especialistas eligieron el término “déficit”, Stolorow hace hincapié en la relevancia de distinguir entre la psicopatología que es el producto de defensas activadas por el conflicto intrapsíquico y aquellas que provienen de una detención en el desarrollo, lo cual a su vez conlleva a implementar técnicas de tratamiento que correspondan a cada una de estas patologías.

El concepto de déficit a la fecha ha sido ampliamente utilizado dentro del marco psicoanalítico (Bleichmar, 2000 y 2003; García, 2000; Dorfman, 2000; Braier, 2001; Winograd, 2002; Dio Bleichmar, 2005; Díaz-Benjumea, 2004; Nemirovski, 2005; Dryzun, 2005; San Miguel, 2006). Las referencias que brindan la explicación teórica del mismo, así como su descripción y abordaje clínico están desarrolladas con mayor amplitud en textos psicoanalíticos de los años 80's y 90's, por tal motivo se eligieron estos para el desarrollo del constructo. En la actualidad, se continúa utilizando este constructo, sin embargo, más que hacer una reformulación teórica del término lo aplican en los casos clínicos, es decir, a pesar de que el trastorno por déficit ha sido desarrollado años atrás, hoy en día continúa vigente como categoría clínica.

El trastorno por déficit en tanto categoría diagnóstica es de relevancia clínica en la medida en que brinda una comprensión de aquellos casos en donde categorías actuales como *trastorno generalizado del desarrollo* o *retraso intelectual* no aportan una explicación clínica que facilite visualizar posibles líneas de intervención y estimular los procesos y funciones psíquicas que fallan o que incluso aún no se han desarrollado. Este constructo permite considerar diferentes procesos y funciones psicológicas por medio de psicoterapias basadas en el desarrollo, a diferencia de las categorías mencionadas que únicamente ofrecen una descripción.

Desde la perspectiva de Bleichmar (1986, 1997, 1999, 2000, 2003, 2005) el medio externo, entendamos el sistema familiar, los cuidadores primarios, el contexto de desarrollo del infante, cubre más funciones que la de simplemente facilitar que emerja una organización subjetiva que ya estuviera preprogramada internamente. Autores como Winnicott (1945, 1949, 1952, 1954), Kohut (1971, 1977), Balint (1968) entre muchos otros, muestran a lo largo de sus obras que el medio tiene una función estimulante, mediadora, proveedora y estructurante.

El desarrollo emocional precoz del niño, antes de que éste se conozca a sí mismo (y por ende a los demás) como la persona completa que es (y que los demás son), es vitalmente importante (Winnicott, 1945, p 204; citado en Winnicott 1999).

Winnicott enfatiza en tres procesos de desarrollo del psiquismo en las etapas más tempranas de vida: La integración, la personalización y la comprensión (la apreciación del tiempo y del espacio y de las demás propiedades de la realidad) A menudo damos por sentada la localización *del ser* en el propio cuerpo olvidando que requiere de diversos procesos complejos la humanización, subjetivación de un cuerpo. En un principio la personalidad no está integrada, en casos de desintegración regresiva existe un estado primario de no integración primaria (Winnicott, 1945, p 205; citado en Winnicott 1999).

Winnicott (1945) describe como una paciente psicótica reconoció durante el análisis que de pequeña creía que su hermana gemela, que yacía en el otro extremo del cochecito, era ella misma, su sentido del ser y de lo que no es el ser no estaba desarrollado.

Otra de sus pacientes descubrió durante el análisis que la mayor parte del tiempo vivía dentro de la cabeza, detrás de los ojos, por los ojos solo podía ver, como ventanas y no se daba cuenta de lo que había a sus pies, tropezaba con las cosas, pues no tenía ojos en

los pies. No percibía su personalidad localizada en el cuerpo, al que sentía como una máquina compleja que debía manejar con cuidado y habilidad consciente.

El examen analítico de estos fenómenos, demuestra que el retraso o ausencia de integración predispone a la desintegración como forma de regresión o como resultado de algún fracaso en los demás tipos de defensa. Los infantes, requieren que una persona recoja sus pedacitos. La tendencia a integrarse se ve asistida por dos series de experiencias: la técnica de los cuidados infantiles en virtud de los cuales el niño es protegido del frío, bañado, acunado, nombrado y además, las agudas experiencias instintivas que tienden a reunir la personalidad en un todo partiendo desde dentro. En cuanto al medio ambiente, algunos fragmentos de la técnica de crianza, de las caras vistas, los sonidos oídos, los olores olidos, sólo gradualmente son reunidos en un ser al que se llamará madre. De igual importancia en la integración es el desarrollo del sentimiento de que la persona de uno se halla en el cuerpo propio.

También aquí es la experiencia instintiva y las repetidas y tranquilas experiencias del cuidado corporal lo que gradualmente va construyendo lo que podríamos llamar *personalización satisfactoria*. De igual manera fenómenos de despersonalización propios de la psicosis se relacionan con primitivas fallas o retraso de la personalización.

Alcanzado cierto grado de integración y personalización podemos hablar sobre la relación primaria con la realidad externa. Llegar a esto es un paso extremadamente complejo, paso que nunca acaba de darse por consolidado.

El pequeño inicia su conocimiento del mundo mediante fragmentos que se gestan en los patrones vinculares con sus figuras primarias, en la medida en que éstas le faciliten esas experiencias fragmentarias de sí mismo, de sus alucinaciones y de los objetos externos, de forma cotidiana y con continuidad, se va edificando la posibilidad de asir la objetividad. Gracias al acto habitual en el que el bebé se acerca a su madre para ser amamantado y esta le responde, se gesta un proceso interactivo que permite la emergencia paulatina de diferenciaciones entre su alucinación de un pecho y el pecho real.

Justo porque lo alucina se acerca, al tenerlo cerca, las características reales de éste le permiten hacerse una representación más completa del mismo. Ahí empieza a construirse la capacidad para evocar lo que está a su disposición. Justo la relación con la madre

disponible, le permite ejercitar esta capacidad de reconocimiento, diferenciación, representación.

Los niños no pueden existir solos, ni física ni psicológicamente, al principio necesitan verdaderamente que una persona les cuide. Al principio se establece un contacto sencillo con la realidad externa mediante las alucinaciones del niño y lo que el mundo presente, con momentos de ilusión para el niño, en los cuales él cree que las dos cosas son idénticas. En el estado más primitivo, el bebé cree que el objeto se comporta con arreglo a leyes mágicas, es decir existe cuando se desea, se acerca cuando se le acercan, duele cuando es dañado y se esfuma cuando ya no se le necesita.

La fantasía es más primaria que la realidad y el enriquecimiento de la fantasía con las riquezas del mundo depende de la experiencia de la ilusión (Winnicott, 1945, p 210; citado en Winnicott, 1999).

Por ello la importancia de la ilusión y la frustración: Según la cantidad de ilusión que se haya experimentado el mundo autocreado de la fantasía estará más desarrollado, sofisticado y los objetos del mundo externo percibidos podrán ser incorporados en sus representaciones. Aunque las frustraciones que impone la realidad externa permiten paulatinamente establecer un principio de realidad, siempre y cuando el medio sepa regular las reacciones del bebé.

En el cuidado de niños es de vital importancia que las madres, al principio físicamente, pero pronto también imaginativamente, puedan comenzar aportando esta adaptación activa pero también es una función maternal característica el aportar un fallo graduado de la adaptación, con arreglo a la creciente habilidad del pequeño para tolerar, por medio de la actividad mental, todo fallo relativo. Así nace en el pequeño cierta tolerancia con respecto tanto a la necesidad del yo como a la tensión instintiva (Winnicott, 1949, 328; citado en Winnicott, 1999).

El desarrollo del psiquismo en el ser humano podemos entenderlo desde las aportaciones de Winnicott como un proceso transicional, justo porque no hay división real entre psique y soma, la diferenciación entre las elaboraciones internas y la percepción de la realidad *externa* no es un hecho a priori.

Al principio, el individuo no constituye la unidad. Tal como se la percibe desde el exterior, la unidad es una organización formada por el medio y el individuo (Winnicott, 1952, p 298; citado en Winnicott, 1999).

Hablar del desarrollo de la psique humana, es hablar de las fases de organización medio-individuo, de sus retrasos y deformaciones. Mediante la adaptación activa a las necesidades del niño, el medio lo capacita para permanecer en un aislamiento no turbado. En este estado lleva a cabo un movimiento espontáneo y se produce el descubrimiento del medio sin que se pierda el sentido del ser.

En su artículo *La mente y su relación con el psiquesoma* (1949) plantea que en el desarrollo precoz de un individuo, salud implica continuidad en el ser. La salud mental es el producto de un cuidado continuo que permite la continuidad del crecimiento emocional personal.

El psiquesoma precoz se mueve a tenor de cierta línea de desarrollo siempre y cuando su continuidad de ser no se vea turbada, dicho de otro modo para que el desarrollo sano del psiquesoma hace falta un medio perfecto. El niño se encuentra inserto en una situación familiar, viviendo una vida pulsional; su mundo interno, lleno de objetos y fantasías, dentro del marco de las relaciones interpersonales. Al principio su dependencia del medio es absoluta. Es decir, de un cuidador primario que le sostenga. Un buen medio es aquel que se adapta activamente a las necesidades del psiquesoma recién formado. Ciertos tipos de fallo materno, producen una sobreactividad del funcionamiento mental, la tensión ejercida sobre el psiquesoma puede generar un funcionamiento mental organizado como defensa contra un medio atormentador, vienen estados de confusión y un defecto mental independiente de cualquier deficiencia del tejido cerebral, se genera un alejamiento, una irrupción, desbalance de la íntima relación entre psique y soma.

En esta misma línea entendemos la noción de madre buena, refiriéndose a la capacidad de adecuarse activamente a las necesidades del pequeño, capacidad que surge de la dedicación del cuidador primario. Cabe señalar que dicha competencia es posibilitada por su narcisismo, su imaginación y sus recuerdos, cosas todas ellas que le permiten saber por medio de la identificación cuales son las necesidades del pequeño.

En los comienzos el buen medio (psicológico) es físico, estando el pequeño en el útero o en brazos y recibiendo cuidados; sólo con el paso del tiempo desarrolla el medio

ambiente una nueva característica que hace necesario un nuevo término descriptivo, como puede ser emocional, psicológico o social.

La necesidad de un buen medio ambiente se convierte rápidamente en relativa, si el medio ha sido suficientemente bueno, el pequeño por la actividad mental, sabrá tolerar sus deficiencias. No sólo la satisfacción de impulsos instintivos, también todo tipo de necesidades primitivas, aun habiendo descuidos o fallas en el ambiente. La actividad mental del pequeño hace que un medio ambiente suficiente se transforme en uno perfecto, es decir, convierte el fallo de adaptación en un éxito. Siempre y cuando los incidentes no superen la capacidad de comprensión y tolerancia del pequeño.

Donde haya una capacidad intelectual restringida tejidos cerebrales deficientes, la capacidad del pequeño para convertir una adaptación ambiental insuficiente en otra suficiente se ve disminuida.

No es infrecuente hallar como defensa de las terribles angustias (del estado paranoide en los principios de la vida) la organización de un estado al que se ha denominado de distintas formas introversión patológica defensiva. El niño vive permanentemente dentro de su propio mundo interior que sin embargo no está organizado.

Hay elementos fundamentales en la formación del psiquismo que sin el medio simplemente no se desarrollan. Las acciones del otro (cuidadores primarios) quedan registradas en el sujeto no simplemente como representación-recuerdo sino como *función*, como capacidad de poner en acto, de ejecutar una cierta actividad. Los estados afectivos, la disposición y disponibilidad de los cuidadores primarios intervienen como factores cruciales en la constitución y estructuración del ser deseante, la constitución del deseo, la estructuración psíquica no está garantizada por el hecho de nacer.

Las instancias psíquicas ello, yo y súperyo deben entenderse como funciones y estructuras que se configuran en el encuentro con un ser pulsional, deseante (Bleichmar, 1997). Bleichmar, detalla diversos casos en los que se exhiben diferentes formas de déficit en el desarrollo del psiquismo, existen múltiples condiciones que pueden favorecerlo, no obstante, para que se genere un trastorno de este tipo invariablemente veremos la carencia o la falla dentro de funciones y condiciones básicas para la estructuración del psiquismo:

Dentro de esta línea se encuentran casos en que ha habido *un déficit primario* de narcisización por fallas de los padres en especularizar al bebé como humano valioso o por

identificación del sujeto con padres desvalorizados. Las figuras significativas pueden haber fallado, cualquiera sea su causa, en aportar las condiciones que permiten desarrollar capacidades esenciales para el funcionamiento del psiquismo, como la regulación de la autoestima, de la ansiedad, o la capacidad de tolerar a ésta o la vitalidad del deseo. Por ejemplo, la autoestima es algo a construirse en el niño básicamente por la participación del objeto externo, si no hubiera otro significativo que viniera a hacerle creer a la niña o niño, *ilusoriamente*, que es capaz y hábil, lo único que podría captar sería su torpeza por contraste con la habilidad de la persona adulta, si quiere aferrar algo se le cae, quiere caminar y tropieza, si la niña o el niño recogiera la imagen de sí en base a su funcionamiento, la única representación que podría tener es la de alguien que no consigue lo que quiere, siendo las que le rodean más grandes y más hábiles.

Solamente porque existe otro que desde afuera le crea una ilusión y se trata de una verdadera profecía autocumplida que permite construir las funciones que se le suponen que posee, que le hace creer que cuando mueve las manos es maravillosa, que cuando balbucea tres sílabas es una oradora, entonces la niña, identificada con esa imagen de sí que le viene desde afuera, logra entusiasmarse consigo misma. La autoestima en sus comienzos es siempre una creación en que el medio externo resulta decisivo, no hay narcisismo primario asegurado. Lo que luego se irá construyendo, por internalización, será una mirada que desde adentro contemple al sujeto con admiración. Hay quienes no poseen esa forma de mirarse porque el objeto externo falló en contribuir al desarrollo de la función autoespecularizante (Bleichmar, 1999).

Los discursos y acciones parentales construyen creencias matrices, favorecen experiencias afectivas, que guían el psiquismo del sujeto en formación, constituyen líneas de fuerza que constriñen al mismo. Les transmiten mensajes con sus actitudes, gestos, con su disposición emocional.

La capacidad del objeto externo en proveer apaciguamiento del malestar psicobiológico, es otro ejemplo de funciones cruciales en el desarrollo del psiquismo. El niño no puede por sí mismo ni satisfacer la exigencia pulsional ni calmar las angustias de sus fantasías aterradoras, ni el dolor que sobreviene en su cuerpo por malestares psicofisiológicos, es necesario que un objeto externo apacigüe, disminuya esos malestares, que haga vivir experiencias que le confirmen que el sufrimiento puede ser dominado y

termina en algún momento. Estas experiencias son vitales porque se inscriben en lo más profundo de la memoria, como huellas mnémicas. El papel decisivo del objeto externo es codificar de manera no angustiante la realidad interna y externa, tanto la fantasía como los acontecimientos cotidianos (Bleichmar, 1997).

Otro elemento sustancial en la formación del psiquismo que puede ilustrar la formación de un déficit cuando falta durante el desarrollo infantil, reside en el sentimiento básico de potencia (potencia para enfrentar, realizar, lograr) Algo que todo sujeto se plantea como elemento primordial y de manera inconsciente ante cualquier deseo o consigna de desarrollo es *si será capaz de realizarlo o no*. Este sentimiento que la realidad y la fantasía van generando es producto de un proceso complejo en que la identificación con los cuidadores primarios se juega, estos modelan cierta forma de representarse la potencia propia. La falla en proveer un sentimiento básico de potencia ya sea porque las figuras primarias no lo tienen como porque hagan creer a la sujeto que es impotente obstaculizan su desarrollo al hacerle sentir que *sólo otros* pueden. De tal modo se generan autorrepresentaciones de indefensión e incompetencia estructural con la correspondiente carga de angustia y autoagresión.

En el proceso psicoterapéutico cuando el sentimiento de impotencia es estructural y no es resultado de un conflicto en etapas posteriores del desarrollo, Bleichmar (2000) propone que la orientación del tratamiento consiste en la reconstrucción histórica de las razones por las cuales el o la sujeto llegó a representarse como falta de potencia y eficacia.

Idealmente los padres o cuidadores primarios transmiten, vitalidad, deseo. Su mirada, su caricia hace vivir y despierta emociones, crea algo que no está en el sujeto antes del encuentro. La función deseante se constituye en identificación con la del otro y bajo su influencia, el instinto como potencialidad requiere que otro humano transfunda, por medio de la vitalidad del contacto corporal que erogeniza.

Si la pulsión es diferente del instinto, esto no depende de que pasemos a hablar de pulsión cuando el instinto queda fijado a un objeto o cuando adquiere una cierta representabilidad, sino porque el otro humano activa y desarrolla estados pulsionales que sin su participación estructurante no existen en el sujeto, Laplanche (1987).

La estructuración del sujeto deseante estará en déficit si su medio no logra incorporar en la bebé la emocionalidad, la vitalidad, el placer. El lenguaje afectivo de las

figuras primarias es constituyente original que excluye o incluye, permite o no que se inscriban ciertos estados emocionales y representaciones correspondientes Bleichmar (1997, 2000, 2005). Las interacciones en los cuidados básicos, las actividades cotidianas tienen efectos estimulantes, estructurantes. Para las y los sujetos que el mundo fue registrado como peligroso, ellas/ellos como seres impotentes e inferiores, no es que repriman la representación de objetos apetecibles, protectores y la representación de sí como ser valioso y potente, más bien estas representaciones han estado originariamente privadas de inscripción. Intercambios emocionales, pulsionales entre los y las sujetos en formación y sus otros significativos, tienen la cualidad de ser *originariamente inconscientes y fundantes de inconsciente*.

Aquello que transmite el otro con su lenguaje corporal, afectivo, con sus actos y omisiones, que no sabe que transmite y el sujeto no simboliza, ni metaboliza, sólo lo recibe el psiquismo en tanto máquina productora de inconsciente originario, podemos llamarle represión originaria (Bleichmar, 1997).

Fonagy y Target (2003) realizaron prolija labor a lo largo de los años 90's que incluyó intervenciones clínicas, integración de diferentes marcos teóricos junto con investigaciones propias que los llevaron plantear un modelo de tratamiento en casos de trastornos por déficit.

Este modelo se conformó pensando en atender las necesidades que encontraron en niños que manifestaban graves disturbios en su desarrollo pero que no cubrían específicamente los criterios de un Desorden generalizado del desarrollo o algún Trastorno del espectro autista. Niños que presentan daño o dificultad severa en el desarrollo socioemocional como relación con pares, regulación emocional, tolerancia a la frustración, control de impulsos, autoestima y autoimagen, funcionamientos cognitivo y comunicación verbal.

La etiología de estas afecciones se conforma de complejos y múltiples factores constitucionales que convergen en la privación de experiencias sociocognitivas que normalmente subyacen al desarrollo del *Yo*, de tal modo que estos niños quedan vulnerables para desenvolverse en situaciones interpersonales. Muchos de los niños que atendieron crecieron en circunstancias de negligencia o maltrato, con cuidadores primarios con

problemas de tipo psiquiátrico y en algunos casos presentaban enfermedades o discapacidades físicas importantes.

Fonagy y su equipo (1996, 1999, 2000) observaban complicaciones graves en estas niñas y niños para establecer representaciones mentales de ideas, fantasías y emociones propias así como ajenas, así que desarrollaron un programa partiendo de una perspectiva psicodinámica de “déficit” en el desarrollo del *Yo* (de los procesos mentales que se le adjudican a esta instancia psíquica). Desde su perspectiva entienden el concepto *Yo* como un ser intencional con metas basadas en pensamientos, creencias y deseos, lo cual implica un proceso de autopercepción del sí mismo. Esta capacidad se desarrolla a partir de la percepción de pensamientos y sentimientos que otra mente le va atribuyendo al sujeto en formación. Las experiencias sociales facilitan el desarrollo de la representación del sí mismo, en otros términos, aquellas figuras parentales o cuidadores primarios que no son capaces de adjudicarle sentimientos y pensamientos, es decir, procesos mentales propios al infante lo privan de las experiencias básicas para desarrollar una estructura y sentido del sí mismo.

Como lo había planteado Bowlby en 1969 y 1973, Fonagy y Target (2003) advirtieron que los patrones de apego con cada cuidador primario están íntimamente comprometidos en la posibilidad de adquirir una representación mental del sí mismo, así como una representación mental de los procesos mentales y afectivos de otros.

Coinciden con autores como Mahler, Winnicott, Kohut, entre otros, en que la conformación del psiquismo no es un proceso dado genéticamente, es una estructura que evoluciona desde la primera infancia a lo largo de la niñez y su desarrollo depende profundamente de la interacción. A este proceso le llaman *mentalización*, la capacidad de reconocer estados mentales propios y ajenos.

El término *mentalización* corresponde a un proceso cognoscitivo que sustenta e inicia su desarrollo con el descubrimiento de los afectos en las relaciones objetales. La capacidad para regular y modular estados emocionales depende a su vez de la capacidad para reconocer sensaciones, emociones, fantasías, metas e ideas. La *mentalización* implica la formación de una conciencia de sí, lo cual favorece el desarrollo de un sentido del sí mismo (que el sujeto en formación se reconozca a su vez como agente activo).

Desde su perspectiva la regulación afectiva es el prelude de la mentalización, una vez que ésta inicia su evolución, acontecen procesos de maduración, se complejiza y se traduce en regulación del sí mismo; Fonagy lo llama afectividad mentalizada *mentalized affectivity*.

De acuerdo a Fonagy y Target (2003) se pueden clasificar diferentes áreas de funcionamiento mental de acuerdo a las fallas ambientales (véase Tabla 1).

Tabla 1

Procesos mentales e influencias ambientales en los desórdenes del desarrollo socioemocional “mentalización” (Fonagy & Target, 2003).

Área de funcionamiento mental	Ejemplo	Posible influencia ambiental
Organización y control de impulsos	Procesos mentales que postergan la gratificación	Sobre estimulación o exposición intensiva a los impulsos de los padres
Organización y control de afectos	Modificar pensamientos o afectos para reducir la sensación de dolor o displacer	Experiencias afectivas apabullantes que los padres no lograron contener
Orientación a la realidad	Curiosidad e interés por el mundo externo, sus actividades y estímulos	Falta de una base segura, carencia de referentes de estabilidad, protección desde los cuales poder explorar
Relación con otros (nivel externo)	Procesos mentales responsables de mantener las necesidades emocionales en pausa para interesarse en las necesidades de otros	Patrones de vinculación en los que se favorecía la sobreprotección, dependencia del infante y al mismo tiempo se rechazaba al infante cuando mostraba autosuficiencia o autodeterminación
Relación con otros (nivel interno)	Procesos mentales responsables de mantener representaciones estables de otros	Patrones de vinculación ambivalentes que brindan una imagen confusa e inconsistente al infante de sí mismo
Organización del sí mismo	Procesos mentales que mantienen una representación del sí mismo diferenciada que a su vez permiten la vinculación afectiva con otros	Experiencias de amenaza y maltrato intercaladas con experiencias de confort y seguridad con las figuras primarias
Automonitoreo y autoevaluación	Procesos mentales que permiten la autovaloración realista de capacidades y logros propios. Además de la capacidad de distinguir entre la valoración propia y la que realizan otros	Experiencias continuas de críticas y juicios arbitrarios junto con recompensas indiscriminadas, valoraciones inconsistentes de su comportamiento

Greenspan, S. (1997) introduce el término *Psicoterapia basada en el desarrollo* para referirse al trabajo con los déficits o complicaciones en la organización intrapsíquica. Alrededor de los años 1970 a 1992 él junto con su equipo de trabajo se dedicó a construir un modelo biopsicosocial del desarrollo a partir de la experiencia clínica con pacientes con déficits en su desarrollo y maduración biológica, así como casos con retos psicosociales y familiares comprometedores.

Esta línea en psicoterapia plantea un conjunto de intervenciones que tienen como objetivo crear las condiciones interpersonales necesarias para que un psiquismo que detuvo su evolución o presenta deficiencias, establezca un curso de desarrollo.

Enseguida se enumeran situaciones que ejemplifican atolladeros en el desarrollo del psiquismo desde esta propuesta clínica.

- Discapacidades físicas, características temperamentales pueden actuar como factores que inciden en la dificultad para regular atención, impulsos o conducta.
- Problemas tempranos para formar, sostener y generar vínculos afectivos íntimos, patrones de rechazo, evitación, inestabilidad o superficialidad en los mismos.
- Patrones de distorsión tanto en la percepción como en la respuesta afectiva, de manera que se tienda a pautas depresivas, impulsivas, pasivo evasivas, desconfianza continua.
- Déficit en la capacidad para formar representaciones internas y organizar estados afectivos complejos (fantasías, deseos, sentimientos), a partir de intenciones y disposiciones preverbales [experiencias].
- Problemas para construir representaciones de los estados afectivos propios y ajenos basadas en un principio de realidad.
- Dificultades para desenvolverse e integrarse adaptativamente en relaciones interpersonales acorde a lo esperado para su edad.

Concepto de desarrollo

Este modelo visualiza el desarrollo humano como un conjunto de proceso que se llevan a cabo a partir de la interacción dinámica de tres grandes factores: Constitucionales, ambientales y de interacción. El infante trae consigo ciertas características y condiciones

biológicas, los cuidadores traen esquemas familiares y culturales a la relación, el acoplamiento de estos factores entre sí crea nuevos patrones de relación que guían el desarrollo y crecimiento del primero (Greenspan y Thorndike, 2003).

El desarrollo alcanzado en cada fase debe ser entendido como el resultado de los patrones de interacción entre los cuidadores primarios al tiempo que en el proceso del niño intervienen patrones de maduración y factores constitucionales así como los cuidadores primarios se encuentran influidos por patrones familiares y culturales (Greenspan y Thorndike, 2003).

Cada nivel de desarrollo psíquico envuelve diferentes tareas y objetivos. El relativo efecto de los factores constitucionales, maduracionales o ambientales y la interacción de los mismos variará en cada fase según el nivel de desarrollo en el que se encuentre el sujeto en formación. Es decir, los factores mencionados no actúan como influencias generales, sino que actúan en distinta proporción dependiendo de cada momento del proceso de desarrollo (Greenspan y Thorndike, 2003). Por ejemplo, el papel que ejerce cierto patrón de vinculación afectiva de los cuidadores primarios tendrá un impacto muy diferente en cada fase de desarrollo dependiendo de las tareas y objetivos a desarrollar para el niño o niña.

La influencia de aspectos neurobiológicos, genéticos o ambientales, no actúa de manera directa determinando lineal o causalmente ciertos comportamientos, generalmente actúan como moduladores que favorecen, facilitan u obstaculizan, aceleran o enlentecen, fortalecen, dificultan o debilitan el complejo proceso de desarrollo que acontece en la interacción entre cuidadores primarios con él o la infante (Greenspan y Thorndike, 2003).

Greenspan realiza una integración teórica y plantea una clínica sirviéndose de las teorías del desarrollo de Sigmund Freud, Anna Freud, Piaget, Erikson, Mahler y Kohut, (entre otros autores que estudian el desarrollo cognitivo y neurofisiológico). Visualiza la construcción del psiquismo a partir de una secuencia de fases en las que se desarrollan procesos gracias a la interacción afectiva. Él enfatiza continuamente la relevancia de procesos que anteceden nuestra capacidad de simbolización para que se desarrolle un sentido de sí mismo y los otros, es decir, una conciencia, con capacidades mentales y funcionamiento yóico que conforman parte fundamental de un sujeto. En este conjunto de procesos importan tanto factores constitucionales (como el procesamiento sensorial, la

modulación y planeación motora, ahora con los conocimientos en neurociencias incluiríamos elementos de neurodesarrollo) como factores ambientales.

La emergencia y configuración de una conciencia depende fundamentalmente del intercambio afectivo. Tanto el desarrollo emocional como intelectual se gesta en la experiencia afectiva. Cada interacción favorece el surgimiento de diversas emociones, las variaciones en la cualidad e intensidad de las mismas forma patrones complejos que constituyen experiencias del sí mismo, del otro, de los objetos y los espacios.

Los afectos operan como el director de orquesta que dirige la diferenciación y organización de funciones yoicas. Greenspan comenta que las experiencias tempranas se codifican tanto por sus características sensorceptivas como emocionales. Los afectos funcionan como un órgano sensorial que provee información crítica tanto para la representación, como para la relación que se entabla con el mundo.

Este modelo considera que la primera etapa de desarrollo del psiquismo compromete la regulación de la atención compartida, es decir, una primera forma de autoregulación e interés del bebé por el mundo que le circunda se gesta a través de los intercambios infante - adulto, ambos construyen en esta temprana etapa un conjunto de capacidades para mantener la calma, alertarse, sostener la atención y organizar el comportamiento del o la pequeña. El infante es capaz desde el nacimiento o poco después de realizar incipientes conductas de regulación que organizan su experiencia adaptativamente, responder al placer y displacer, cambiar de conducta según su consecuencia, percibir y procesar información del medio que sirve de base para explorar y responder al mismo (Greenspan, 1997). Estas capacidades neuropsicológicas se van desarrollando en sincronía con la formación del vínculo con un cuidador primario que le permite ir organizando ciclos y ritmos de sueño, alerta, hambre, entre otros.

Las diferencias temperamentales¹ y de maduración propias de cada infante funcionan como factores reguladores para sostener la atención, mantener un estado de homeostasis, organizar y modular afectos y conductas, (procesos que actúan en la autoregulación). Es en ese sentido que Greenspan (1997) incluye en su propuesta de evaluación explorar de manera general la reactividad y el procesamiento sensorial (capacidad de decodificar secuencias, patrones en las modalidades sensoriales), así como

¹ Para una revisión más extensa, véase Landy, S. (2009)

aspectos motores (el tono muscular, control postural y planeación motora), porque la manera en que cada individuo logre regular y controlar su cuerpo incide en como hace uso del mismo para comunicarse.

Greenspan y Thorndike (2003) señalan que la habilidad para iniciar y controlar series y secuencias de movimientos le permite al infante comprender la cercanía-distancia propia de un proceso subjetivo como es el tema de la dependencia y separación de sus figuras primarias. El control sobre manos o pies cuando hay impulsos de golpear, es crucial en el manejo de la agresión.

Niños y niñas comienzan a construir un sentido de autoconfianza a partir de percibir su habilidad para calmarse, regularse y relacionarse con su ambiente. El sentimiento de seguridad más básica reside en el control de su propio cuerpo.

Cabe mencionar que el desarrollo de estas capacidades motoras interviene en la formación de un esquema e imagen corporal², elementos cruciales para una experiencia subjetiva del sí mismo, tanto en su dimensión consciente como inconsciente.

La creciente maduración neurofisiológica junto con los cuidados e intercambios con figuras primarias conduce a la formación de vínculos de apego, matriz del desarrollo de respuestas socioafectivas más complejas en el infante. La capacidad del mismo para entablar vínculos de apego se sostiene hasta cierto punto de su nivel de maduración neuropsicológica para centrar selectivamente su atención en el rostro, la voz humana y procesar la información sensoperceptual del intercambio con el otro. Simultáneamente se da un proceso de conexión y entonación emocional entre cuidadores primarios e infante al punto que emergen procesos de comunicación gestual y un sentido incipiente del sí mismo, a través de patrones de conducta intencional que se ejercitan en la interacción (expresiones faciales, movimientos corporales, vocalizaciones). De manera que de los primeros seis meses al año de vida comienza a esbozarse un yo que comunica afectos, necesidades, intenciones y se reconoce a partir de su experiencia corporal y desde el vínculo de apego con sus cuidadores. Justo en esta fase de desarrollo acontece un proceso de doble vía en el que la infante comunica, comienza a percibir aspectos básicos de causa efecto, discrimina sus acciones de las consecuencias somáticas, conductuales e interpersonales. Greenspan (1997) lo llama diferenciación somatopsicológica, emergen procesos psicológicos que se

² Para una revisión véase Landy (2009)

desprenden hasta cierto grado de su base fisiológica, apuntalando su evolución en los procesos de interacción afectiva. Ejemplo de ello es el repertorio de afectos que pueda comunicar y advertir, los cuales dependen de los intercambios con sus cuidadores y de la capacidad de estos para ejercer funciones de parentalización.

Idealmente conforme avanza el desarrollo de los dos primeros años de vida en adelante, la comunicación gestual va tomando mayor especificidad, se desenvuelven patrones de comportamiento y vinculación más complejos que organizan un psiquismo más definido, los afectos van cobrando mayor riqueza y profundidad mediante el intercambio de secuencias y patrones de gestos, vocalizaciones, movimientos, expresiones entre cuidadores primarios e infante. Greenspan (1997) señala que la comunicación gestual modela un sentido singular del sí mismo, si las emociones o acciones del infante son aceptadas, ignoradas o rechazadas le brinda una percepción de sí, la singularidad con la que se experimenta cada sujeto obedece parcialmente a la reacción de otros frente a sus expresiones afectivas.

Esto nos habla de *pre* representaciones, nos dice Greenspan, el psiquismo se va organizando en función de estas experiencias *pre* verbales.

El siguiente nivel envuelve la capacidad para elaborar y compartir significados, ésta se observa en el juego simbólico y las expresiones verbales. Sensaciones, afectos e imágenes internas que anteriormente eran primitivas ahora se organizan en una representación mental relativamente estable. Idealmente esta cualidad humana se va desarrollando paulatinamente al punto en que idealmente se convierta en el modo dominante de organización del comportamiento del humano.

Como puede observarse, en realidad la simbolización, es una fase avanzada del desarrollo del psiquismo, la capacidad de elaborar, integrar y diferenciar representaciones de experiencias afectivas requiere de las fases previas para constituirse. La posibilidad de organizar y evocar experiencias multisensoriales con objetos y con *un otro* se va desarrollando en diferentes niveles desde los primeros meses de vida hasta llegar a este grado de complejidad, siguiendo la línea de las relaciones objetales diríamos que el infante ha atravesado por las diferentes etapas hasta consolidar cierta constancia objetal.

Las experiencias afectivas son las que brindan contenido y contexto a las representaciones mentales y lingüísticas. Abstracciones como amor, amistad, libertad,

requieren de la experiencia para que la palabra, la definición conceptual cobre sentido. El desarrollo del lenguaje, las relaciones sociales y el juego simbólico en la niña o niño va dando cuenta de logros y avances en la capacidad para apropiarse del mundo y vincularse con él desde la representación. Los niños van estableciendo juicios de valor, juicio de realidad, discriminando entre su mundo interno y el externo, diferenciando sus afectos e ideas de las de otros, siendo capaz de entablar empatía. Los sistemas representacionales le permiten lidiar con sus afectos, expectativas y deseos de modos más complejos como defensas inconscientes y comportamientos socialmente adaptativos (Greenspan, 1997).

Cabe enfatizar que el desarrollo de esta capacidad no implica únicamente la dimensión consciente y *preconsciente* del sujeto, simultáneamente se complejizan la fantasía, las defensas, resistencias, los sueños y el resto del funcionamiento inconsciente del mismo.

Debe destacarse también que estos procesos mentales dependen tanto de las experiencias vividas como de la maduración del sistema nervioso, tanto la adecuada mielinización del cerebro, entre múltiples procesos del desarrollo neurofisiológico.

1.2 Enfoques de intervención para trastornos por déficit

A cada condición o estado del inconsciente corresponderá alguna modalidad de intervención que le sea más pertinente (Bleichmar, 1997).

Bleichmar H. realiza una aportación importante al hacer énfasis en las características del terapeuta y su función en casos de trastornos por déficit; propone que debemos poner atención en *nuestra modulación afectiva* según el tipo de paciente y el momento del tratamiento. El nivel de funcionamiento emocional del analista, la intensidad y el tipo de emociones desplegadas debe estar modulado por el objetivo terapéutico perseguido, con pacientes con caracteropatías desafectivizadas no se debe tener la misma modulación afectiva que con pacientes con emocionalidad tumultuosa, porque el tratamiento puede tener efectos iatrogénicos.

La función del terapeuta en casos de déficit radica en *activar la función deseante*, entre otras funciones que se ven mermadas, el tratamiento consiste en algo más que en hacer consciente lo inconsciente, no se pone en descubierto algo existente, justo

porque se está trabajando, en palabras del mismo Bleichmar H. con *lo no constituido, lo no inscrito en el inconsciente*³. Entonces hay que encauzar el tratamiento en dar la posibilidad de que llegue a existir lo que careció de momento constituyente, el terapeuta deberá desempeñar algunas funciones estructurales reparadoras.

La transferencia por déficit, nos dice, es preestructural, el analista debe completar *provisoriamente* funciones que no han logrado estructurarse en el paciente y que en consecuencia, no puede realizar por sí mismo. Por ejemplo con pacientes que se constituyeron con sensaciones y creencias de impotencia y desvalimiento cuando depositan en el o la terapeuta una figura de cuidado y protección, este o esta debe devolver gradual pero sistemáticamente esta función, evaluando el momento y la forma de la imagen de potencia que el paciente le ha atribuido, después de apoyarle en el desarrollo de una propia.

La psicoterapia de corte psicoanalítico debe concebirse en palabras de Hugo Bleichmar como un tratamiento de reestructuración del psiquismo, lo cual implica mucho más que la simple ampliación de la conciencia del sujeto. Dentro del espacio analítico se ponen en juego condiciones subjetivas muy similares a las que estructuran en la infancia el psiquismo, por la influencia del otro externo como agente pulsional-afectivo y discursivo, no por evocación del pasado.

1.2.1 Un modelo de terapia psicodinámica del desarrollo

Fonagy y Target (2003) describe una propuesta de tratamiento diseñada para proveer experiencias que le permitan al infante desarrollar una representación de sí mismo a partir de la conciencia de los estados mentales y afectivos propios y ajenos. Su objetivo principal radica en facilitar el desarrollo de procesos mentales que se encuentran obstaculizados o en déficit.

El plan de tratamiento se enfoca en mejorar la mentalización del niño o niña, fortaleciendo su capacidad de monitorear estados internos (sensaciones, ideas, emociones). En la medida en que aumente la habilidad de reconocer sus estados mentales mejora su capacidad para modular su comportamiento y de manera recíproca cuando los niños aprenden a manejar su comportamiento, esto le ayuda a pensar sobre sus propios estados mentales. Este modelo también pone atención en asistirlos para pensar sobre las

³ Para una explicación más extensa sobre estos términos véase Bleichmar (1997).

motivaciones y afectos de otros, desarrollar estrategias y procedimientos para la consecución de metas.

Las intervenciones del terapeuta consisten en ayudar a desarrollar procesos metacognitivos, representaciones del sí mismo y de la realidad en el niño o niña.

Fonagy y Target (2000) visualizan cuatro fases generales para su modelo terapéutico:

1. Conocer al paciente, sus padres, circunstancias e historia, formar una estimación de sus capacidades, de las áreas de mayor déficit, así como las posibilidades de cambio realista.
2. Desarrollar estrategias para facilitar y promover procesos autoreflexivos, fortalecer el control de impulsos, mejorar la autoregulación, la conciencia y empatía emocional.
3. Implementar las estrategias y tácticas esbozadas
4. Incluir intervenciones psicodinámicas como las interpretaciones cuando la capacidad de mentalización del niño o niña se encuentre suficientemente fortalecido para soportar y aprovechar.

Fonagy y Target (2003), notaron que la duración del tratamiento para obtener cambios notorios en los niños en su experiencia consistió alrededor de dos años, observaron que los niños menores de seis años generalmente mostraban gran mejoría, mientras que los niños entre seis y doce años se beneficiaban más de los tratamiento con mayor frecuencia de asistencia semanal, mientras hubiera suficiente compromiso y alianza terapéutica por parte de la familia y el o la terapeuta. Los autores consideran que su modelo no es formalmente estructurado como tratamientos cognitivo conductuales, no obstante, las sesiones terapéuticas y las intervenciones del terapeuta tienen un carácter directivo, se guían por objetivos más específicos que buscan desencadenar procesos de desarrollo atrofiados por vulnerabilidad constitucional de los niños y privaciones ambientales severas.

A continuación se expone de manera sintética los núcleos principales de su modelo de intervención:

Desarrollar procesos reflexivos, facilitar la interpretación de estados mentales

En el trabajo con niños con déficits en su desarrollo socioemocional es necesario ayudarles a que aprendan a observar sus estados emocionales, relacionarlos con sus conductas, reacciones fisiológicas e ideas. Ayudarles a percibir los cambios en sus estados mentales

momento a momento. La ausencia o fallas en el proceso de *mentalización* ocasionan que los niños y niñas con este estado experimenten sus fantasías, pensamientos y sentimientos como estados corporales, los actúan, no logran percibirlos, ni interpretarlos con mayor complejidad.

El terapeuta ha de leer sus gestos como signos a enseñarle a la niña a interpretar como indicadores de sus propias emociones. Posteriormente el niño necesitará ayuda para pensar sus emociones con matices y gradaciones.

La tarea de clarificar y comunicarle al niño estados emocionales, requiere más que el uso de lenguaje verbal, demanda la habilidad de expresar gestual, actitudinalmente una apreciación de los afectos de la niña y estrategias para lidiar con ellos. Dicha tarea es de gran dificultad, se requieren varias sesiones para hacer sentido del material que expresa y actúa cada niño, así como entonar emocionalmente con su estado y encontrar maneras de convertirlos en algo más manejable para el pequeño.

Fortalecer control de impulsos

Para ayudar a la niña en la regulación de sus impulsos, se favorece que éste pueda poner en acción aquello que no puede controlar mediante actividad de juego, el manejo que él terapeuta pueda hacer en sesión de las emociones del niño y de sí mismo funcionan paulatinamente como modelo que el pequeño podrá ir internalizando.

Desarrollar conciencia de los estados mentales de otros

Se busca focalizar la atención de los niños en su propio estado mental, por medio de señalamientos simples que realiza la terapeuta, la finalidad no es interpretar o realizar asociaciones complejas, porque estos niños no están listos para poder asimilarlas, más bien la terapeuta comparte con la niña o niño la percepción que tiene de él o ella bajo un contexto que le brinde seguridad, de este modo el o la paciente podrá incorporar gradualmente la percepción de otro, sobre sí mismo. Ejemplos: parece que sientes que estoy enojada contigo, te comportas como si yo te hubiera olvidado ayer. Este proceso participa activamente en la **formación de una autoimagen.**

Desarrollar la capacidad de juego simbólico

Frecuentemente se encuentra poco desarrollada la capacidad para distinguir el juego, la fantasía de algo “real”. La capacidad de realizar juego simbólico se encuentra íntimamente implicada en la posibilidad de desarrollar metacognición, ya que requiere la habilidad de sostener dos realidades en mente de manera simultánea, la pretendida y la fáctica. Por este motivo es de vital importancia crear en el contexto terapéutico la posibilidad de aprender a jugar, de pretender, de usar objetos para representar.

Involucrar a los padres o tutores

Es de suma importancia explicarles a los padres el estado de sus hijos, ayudarles a comprender y empatizar con las limitaciones, las necesidades afectivas de su hijo o hija. Favorecer en ellos el desarrollo de estrategias para lidiar con los síntomas y aumentar su sensibilidad a los estados emocionales y mentales del infante, de manera que puedan relajar al niño en situaciones de estrés o sufrimiento.

1.2.2 Valoración clínica en el modelo de Psicoterapia basada en el desarrollo

Para Greenspan es cardinal realizar un proceso de evaluación que tenga como propósito valorar el nivel de maduración psicoafectiva, considerando la contribución de factores constitucionales (aspectos de maduración y desarrollo neurobiológico) así como factores ambientales (contexto familiar y sociocultural) para comprender los componentes críticos que actúan en un trastorno y en consecuencia diseñar un plan de tratamiento.

Durante la evaluación debe explorarse las fortalezas y debilidades en las capacidades y procesos (procesamiento auditivo, lenguaje, procesamiento visoespacial, planeación motora, secuenciación de movimientos, modulación sensorial y afectiva, otros procesos cognitivos) Juegan un rol mediador que facilita o dificulta la interacción del infante con el ambiente, el contexto que habita.

La evaluación pretende que las observaciones pongan énfasis en los procesos dinámicos de interacción de los tres factores cardinales del desarrollo para cada caso, con la finalidad de esbozar un perfil de desarrollo individualizado, tanto en los niveles presimbólicos como simbólicos del funcionamiento yoico.

Para comprender los contenidos psíquicos del conflicto de cada paciente, es indispensable considerar la etapa de desarrollo psíquico en la que se encuentra, un mismo contenido se manifiesta y tiene efectos distintos dependiendo del nivel de funcionamiento psíquico del o la sujeto.

Otro elemento sustancial durante la evaluación consiste en detectar los intereses e inclinaciones de la persona, justo en función de ellos se construye una intervención efectiva.

La relación terapéutica en este modelo es considerada como el vehículo que moviliza los procesos de desarrollo, creando experiencias que lo catalizan dentro y fuera de las sesiones. En este sentido el rol del terapeuta consiste en asistir al paciente en el desarrollo inhibido u obturado, *colaborando* en la construcción y organización de *una experiencia subjetiva de sí mismo(a)*.

Para ello es requisito indispensable definir el tipo y nivel de intervención:

- Ayudar a la persona a organizar e integrar sensaciones, conductas y afectos
- Promover la formación de vínculos afectivos
- Ampliar la capacidad de elaborar, procesar experiencias subjetivas
- Favorecer la simbolización de las mismas
- Desarrollar estrategias de afrontamiento

Su modelo de trabajo de manera general consiste en abordar:

- Procesos de regulación emocional
- Comunicación gestual de comportamientos y afectos
- Reconocimiento de patrones gestuales, afectivos y conductuales en el otro y en sí mismo.
- Reconocimiento y diferenciación psíquica del sujeto y de los otros.
- Organización e integración de los afectos, pulsiones, imágenes mentales.
- Formación de representaciones mentales de afectos, deseos, fantasías, sensaciones propias como ajenas.

La relación terapéutica, la conversación y la escucha se centran en favorecer estos procesos antes de enfocarse en los contenidos simbólicos que el o la paciente trae a las sesiones.

Como puede suponerse el modelo de intervención que propone este autor se basa en niveles de organización intrapsíquica que se describieron de manera sintética previamente, a continuación se reenumeran con la finalidad de destacar algunas de los avances psicoafectivos que envuelve idealmente la evolución a cada siguiente etapa. Greenspan los visualiza como pautas que guían la escucha y la conversación terapéutica con adultos, así como el juego con los niños y niñas.

1. La singularidad con la que se reacciona y procesan las experiencias sensoriales y afectivas delinea el desarrollo posterior de estilos específicos de carácter. Los patrones de regulación que se forman en los bebés, les permiten tener un sentimiento básico de seguridad, confianza y control del funcionamiento de su cuerpo, de su habilidad para calmarse y regularse. Así la atención y el interés logra dirigirse hacia el mundo externo en vez de quedar obturada en sensaciones y afectos desorganizados, difíciles de modular que generan un estado continuo de angustia y fragmentación.

2. Esta primera fase da lugar a la formación y permanencia de vínculos, base para las relaciones de objeto y la capacidad de tener intimidad.

3. Estas relaciones primarias donde la interacción es *pre-representacional* contribuyen en la formación de conductas intencionales, afectos elementales, sentido de realidad y apoyan parcialmente el proceso de diferenciación e individuación.

4. La secuencia y los patrones de interacción afectiva desarrollan un sentido *pre-simbólico* del sí mismo, a partir del manejo singular de las temáticas propias de toda relación humana (dependencia, placer, agresión, amor, género, asertividad, empatía y preocupación por otros).

A su vez los patrones de vinculación que se configuran marcan tendencias en el carácter y la personalidad del sujeto en formación.

5. En la formación del psiquismo se llega a un nivel de maduración en el que el infante comienza a elaborar representaciones mentales elementales, base para la posterior simbolización de deseos, afectos, construcción de fantasías y objetos internos.

6. La fase anterior da pie a la diferenciación simbólica del sí mismo de sus objetos, plataforma para la prueba de realidad, la habilidad de autoobservación y autointegración.

Cada fase mencionada presenta contenidos y desafíos afectivos y de personalidad específicos vinculados a las competencias por alcanzar:

En la primera cuando las dificultades sobrepasan, frecuentemente se observan sentimientos de angustia, abatimiento, como si el sujeto se derrumbara frente a la magnitud y el caos de su experiencia psicosomática, generando bloqueo, inhibición o sobrecontrol de su actividad sensorial y motora.

En el segundo estadio cuando se presentan atolladeros en los procesos de vinculación, aparecen sentimientos y fantasías de vacío, soledad, duelo, preocupación por los objetos inanimados, sobrerreacción ante la separación o separación temporal de las figuras significativas. En ocasiones se encuentran conductas compensatorias de grandiosidad así como una necesidad abrumadora de amor incondicional.

En la tercera fase, la capacidad para desarrollar comunicación afectiva a través de la gestualidad fortalece la conformación de estados afectivos más complejos y definidos, además da lugar al sentimiento de potencia. Cuando se complica este proceso y los intercambios con el otro se viven caótica y fragmentadamente, se entorpece la diferenciación de los estados emocionales, deseos e intenciones tanto propias como ajenas. Se genera un sentimiento de indefensión e incompetencia, angustia ante lo imprevisible.

En la cuarta fase, va definiéndose un sentido más complejo de la vida emocional y las necesidades afectivas del sujeto, el infante es capaz de negociar deseos, intenciones, necesidades aunque no se domine aún los procesos de representación verbal, emerge un sentido más complejo del sí mismo gracias a la formación de patrones de comportamiento más organizados e integrados en relación a la dependencia, exploración y curiosidad, enojo y agresión, placer y excitación, inicia un sentido incipiente de identidad de género y capacidad para autocontrolarse. Si se generan dificultades en este estadio la sujeto puede experimentar patrones de angustia y autoabsorción con afectos polarizados.

En la quinta fase se observan procesos de representación simbólica, construcciones más elaboradas en relación a los deseos, emociones e ideas. Sus fantasías circulan alrededor de temas como dependencia y separación, ansiedad y curiosidad, asertividad y agresividad. En otras palabras se puede decir que en esta etapa podemos

hablar de la existencia de un mundo intrapsíquico como normalmente se entiende en psicoanálisis. Comúnmente los desafíos que se presentan transitan entre la ansiedad por separación, preocupación por peligros. El comportamiento obedece fuertemente aún a la experiencia concreta, a acciones directas, la capacidad reflexiva todavía no se ha desarrollado lo suficiente para guiar al sujeto en formación.

En la sexta fase se desarrolla la capacidad de razonamiento y representación lógica, el principio de realidad se vuelve más nítido al tiempo que la fantasía y el pensamiento vinculado a lo afectivo se desenvuelve ampliamente. En esta fase la identidad de género se encuentra más cohesionada, los temas relevantes se relacionan con el poder, ser admirado, respetado, se presenta cierta preocupación a ser avergonzada, humillado, miedo a ser lastimado o perder el amor de los seres significativos.

Capítulo 2 Funciones de parentalización y la organización del psiquismo.

La mente surge a partir del universo interpersonal que constituye la relación (Dio Bleichmar, 2005).

Frente a los avatares y desafíos que nos presentan los Trastornos por déficit, se convierte en uno de los ejes de la psicoterapia infantil preguntarse qué impulsa el desarrollo de la psique, qué procesos y qué condiciones permiten la formación de un psiquismo. En la actualidad ante la apertura hacia modelos diversos en psicoanálisis, estudios sobre el desarrollo infantil y neurociencias, partimos de un paradigma de intersubjetividad para entender la psique humana, retomamos las aportaciones de diversos autores pero nos enfocamos en la propuesta particular de Bleichmar, H. y el desarrollo que Dio Bleichmar, continúa de manera aplicada a la infancia.

2.1 Parentalidad y Parentalización

La tarea de los padres, al igual que de la familia, es ayudar al niño a adquirir su independencia. Lebovici, S.

El concepto de parentalidad no significa ser padre y madre en el sentido biológico, lo cual entenderemos más bien como progenitor, la parentalidad no es lo mismo que tener un hijo, esta se construye. En tanto fenómeno humano se conforma de distintas dimensiones, en antropología, este término designa el sistema de parentesco, el conjunto de relaciones que existen entre los padres y los diferentes integrantes de una misma familia en una etnia o sociedad y este sistema define los comportamientos, los derechos y las obligaciones de cada uno.

Desde un enfoque psicológico, aplicando las aportaciones de la antropología, la parentalidad se contruye en la intersubjetividad, con material de transmisión intergeneracional, funciona como marco de referencia que se organiza bajo categorías de edad, diferencias entre generaciones, categorías de sexo y diferencias de género. La parentalidad actúa como matriz que permite la estructuración psíquica en la medida que aporta infinidad de directrices y facilita el desenvolvimiento de procesos intersubjetivos que desarrollan la subjetividad del bebé.

...la parentalidad organiza el pensamiento de los padres frente a sí mismos y frente a sus hijos, estructurando de igual forma el pensamiento del niño que aprende que los padres y los hijos tienen atribuciones y obligaciones diferentes, que una niña y un niño no son lo mismo (Solis, 2002). *En cuanto a identidad y rol de género se refiere, cabría señalar* (cursivas de la autora).

La parentalidad necesita un proceso de preparación, de aprendizaje, no en el sentido pedagógico nos dice Solis (2002), sino como un proceso de elaboración compleja de los aspectos paradójicos del fenómeno natural de la reproducción humana. Es necesario convertirse en padre y en madre, lo que se logra a través de un proceso complejo que implica los niveles conscientes e inconscientes del funcionamiento mental (Houzel, 2002).

Es necesario elaborar preconsciente o inconscientemente la transmisión intergeneracional, a la hora del nacimiento del bebé los padres habrán de confrontar el hijo imaginario con el hijo real. Los vínculos intergeneracionales se entretajan en el inconsciente cuando no se trabaja el deseo de tener un hijo. Los padres interpretan los gestos y las necesidades del bebé de acuerdo con su novela familiar y así dan sentido a la llegada del bebé, lo inscriben en su dinámica intersubjetiva, a través de mandatos y deseos familiares. Durante el embarazo, madre y padre se imaginan al niño que va a nacer. Le pondrán un nombre portador en sí de muchas cosas, a quien el niño les remite inconscientemente y el niño será portador de una herencia.

El embarazo, en particular el primero conduce a soñar un hijo ideal que se identificará en el inconsciente con el superyó de los abuelos. De esta manera, los padres introducen su propio conflicto edípico en la relación con el hijo (Solis, 2002).

Cuando el bebé es objeto de deseo de los padres todo puede marchar bien, no obstante, aún se requiere de un paso más para anudar el proceso, los padres necesitan también ser parentalizados por su hijo(a), es decir, que el bebé responda a los cuidados y acercamientos de sus padres. Para Lebovici el narcisismo primario se juega como un elemento que cataliza el proceso de parentalización, lo definirá en cierto sentido. Para ser padres hay que desear y hacer sentir al hijo que es un hijo deseado por ellos, pero de igual manera, para sostener y alentar su función como padres, necesitan sentir un bebé que les responden con entusiasmo y apego. La mirada del bebé narcizisa, parentaliza a sus adultos significativos. En ocasiones, si el bebé padece alguna discapacidad o su estado no le

permite responder durante los intercambios con sus padres, entonces el proceso de parentalización se complica.

Es así como defino la parentalidad, como el producto del parentesco y fruto de la parentalización de los padres (Lebovici, 2002).

La historia transgeneracional consta de elementos de la historia de los padres, de los abuelos, con frecuencia de los conflictos pero también lleva en sí al niño mítico. Estos elementos se conjugan y se concentran en mandatos transgeneracionales que se transmiten al niño(a).

Lebovici (1998) distingue al menos cinco tipos de representaciones que la madre tiene de su bebé antes y después del nacimiento, aquí enfatizaremos la importancia de considerar que también se juega con igual relevancia las representaciones del padre:

- El bebé imaginario: es aquel bebé de las fantasías conscientes y preconscientes, producto del deseo de un hijo.
- El bebé fantasmático: es el que emerge de las fantasías inconscientes, heredero del complejo de Edipo de cada padre.
- El bebé narcisítico: El que nace del narcisismo de la madre y del padre.
- El bebé cultural: Aquel que está en relación con la cultura de la madre y que con frecuencia es asociado a un bebé mítico.
- El bebé real: El bebé en su corporeidad real.

Siguiendo esta línea, Lebovici destaca que gracias al hijo imaginado es que se puede llegar a un hijo narcisizado. La posibilidad de los padres para narcisizar a su hijo depende de que puedan ver su propia imagen de hijos amados por sus padres, en otras palabras, que logren depositar esa imago idealizada en el hijo real para que se geste el deseo y un sujeto de ese bebé. El amor, las expectativas, que los padres depositan en el bebé permitirán la formación de un sentimiento de identidad, le permiten sentirse vivo cuando los padres no están, porque ha adquirido una conciencia de la propia existencia. En parte, esa idealización del hijo permite que el pequeño se sienta potente, valioso.

El hijo imaginario es fruto de la historia transgeneracional de la madre y del padre, historia que constituye un mandato para el destino del niño. Afortunadamente este puede transformarse en el futuro si los conflictos no son demasiado rígidos.

Como se mencionó previamente los niños también intervienen en el proceso de parentalización de los padres, ellos van conformando una representación de los padres a partir de los cuidados que les proporcionan. Si desde el inicio los padres colocan parte de su narcisismo primario en el cuerpo de sus hijos, y éstos responden positivamente a los cuidados, la activación del narcisismo de los padres se activará, dando lugar a una dinámica que permiten reafirmar a los padres en su función y subjetivar al bebé (Lebovici, 2002).

2.1.1 Funciones parentales

El encuentro afectivo entre los adultos significativos y el bebé, la formación de un vínculo entre ellos, serán la matriz sobre la cual se construirán las bases de los diferentes sistemas motivacionales que conforman el psiquismo, en este sentido la función parental tiene un rol fundacional en el despertar de la subjetividad de un infante.

Dio Bleichmar, (2005) enfatiza que los infantes desarrollan vínculos de apego diferenciados, casi paralelamente a la aparición de la díada, se estructuran vínculos con patrones de interacción diferentes con el padre y la madre dependiendo de la personalidad de cada uno. La comunicación entre ambos precede a la representación simbólica, se trata de una experiencia que se gesta en las tareas de cuidado al bebé.

En la convivencia cotidiana lo padres o cuidadores primarios se constituyen en agentes instrumentales que garantizan la vida: proveen alimentos, cuidados y enseñanzas. Se constituyen en una suerte de yo auxiliar regulador del displacer y de la ansiedad. A través de la capacidad de los adultos para el contacto intersubjetivo con el niño se establece la función reflexiva de éste, es decir, en tanto los adultos con los que se establece el vínculo reconocen los estados interiores del infante a través de su conducta se constituyen en semejantes subjetivos que comparten la experiencia de la intimidad: pensamientos, sentimientos, creencias.

Las figuras de apego se constituyen en objeto libidinal, en un cuerpo que genera placer sensual/sexual en los contactos físicos para el bebé.

En la tríada familiar hay muchas cosas de las que se puede quedar excluido, como el espacio de atención o el dominio del espacio, entre otras, que podrían preceder subjetivamente en mucho a la exclusión del espacio sexual. De manera que no se niega la

relevancia del complejo edípico y el de castración en la organización psíquica del infante, no obstante si se cuestiona su hegemonía (Dio Bleichmar, 2005).

El proceso de subjetivación más que depender preeminentemente de los avatares y la resolución del complejo de Edipo, depende del ejercicio continuo de un conjunto amplio de funciones parentales que deberán realizar los adultos responsables del infante.

Capacidades de parentalización

Regulación emocional (contención y entonamiento)

- Capacidades para la regulación de los estados fisiológicos: sueño, hambre, activación, relajación, dolor, temperatura;
- Capacidades para regular la ansiedad: reconocimiento, tolerancia y apaciguamiento, ayudando a codificar como resolubles los conflictos con la realidad interna y externa;
- Capacidades para proporcionar momentos de distensión y ocio;
- Capacidades para reconocer, respetar y entonar estados emocionales displacenteros sin reprimirlos, sino contribuyendo a su equilibración;
- Capacidades para negociar en momentos de conflicto;
- Capacidades para tolerar la culpa.

Cuidados o heteroconservación (salud y crecimiento)

- Capacidad para hacerse cargo del mantenimiento de la vida detectando los riesgos para la integridad física, ya sea en forma personal o proveyendo los medios;
- Conciencia de enfermedad física o trastorno psicológico manifiesto;
- Capacidades instrumentales que permitan estar siempre en la zona de anticipación de las necesidades, proporcionando los medios para su consecución.

Apego o vínculo afectivo (seguridad, confianza y placer del contacto)

- Capacidad para estar presente, disponible y comprometido en los cuidados;
- Capacidad de disfrutar en el contacto, en las exigencias de disponibilidad y de respuesta emocional de la crianza, (interacciones afectivas naturales, espontáneas, auténticas y adecuadas al contexto)
- Capacidad para proporcionar un estado de confianza y protección;

- Capacidad para el contacto intersubjetivo, para reconocer sentimientos y estados mentales;
- Capacidad para un adecuado equilibrio entre protección, estimulación de la independencia emocional y autonomía instrumental;
- Capacidad para pedir ayuda y confiar en otros;
- Capacidad para reconocer y permitir relaciones del niño con figuras sustitutivas de apego (cuidadores)

Sensualidad/sexualidad (placer sensorial y pulsional)

- Capacidad de sentir y no temer el placer en el contacto corporal y en la higiene de los órganos genitales;
- Capacidad para reconocer la excitación sexual sin sobrestimular ni inhibir sus manifestaciones.

Estima y narcisismo (especularización)

- Capacidad para regular la estima y valoración de la persona del niño (su género, personalidad, sentimientos, actividades)
- Capacidad para valorar los esfuerzos, ser positivos, transmitir orgullo y admiración;
- Capacidad para compartir actividades lúdicas, para encontrar juegos o actividades que sean interesantes y estimulantes;
- Capacidad para estimular la vitalidad de los deseos;
- Capacidad para poner límites a conductas disruptivas, a demandas exageradas sin sentirse culpable;
- Capacidad para tolerar y encauzar la rivalidad edípica.

Fuente: Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós

Dio Bleichmar (2005) utiliza el término capacidad, en tanto talento, posibilidad de realizar, no obstante, la capacidad para cumplir *una función*, varía de persona a persona, cabe la posibilidad de desarrollarse no es un componente que se tiene o se carece definitivamente. Mientras que *las funciones*, las actividades y roles que se deben desempeñar, sin importar el lazo consanguíneo o el género del adulto en cuestión se mantienen como invariantes para la estructuración del psiquismo en el infante; de manera

que cobra importancia concebir las acciones mencionadas en el cuadro, en tanto funciones a ejercer, más que capacidades que poseen o carecen los adultos que actuarán como cuidadores primarios.

2.2 La organización del psiquismo desde el Modelo Modular-Transformacional

Bleichmar H. (1997, 1998, 1999, 2000) y Dio Bleichmar (2000, 2005), han estado trabajando en una propuesta de teoría clínica, el *enfoque modular-transformacional* que sostiene el principio de la multiplicidad o modularidad de la mente, de varios y distintos sistemas motivacionales, de origen y funcionamiento en paralelo a lo largo del ciclo vital

Este enfoque intenta generar un acercamiento a la compleja relación entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo. Dio Bleichmar (2005) acentúa **la relación** en sus diferentes dimensiones (la relación de componentes psicológicos, la relación cuidadores primarios e hijos, la relación terapéutica) como el núcleo sobre el cual trabajar e investigar. En esta misma línea plantea una reformulación del objeto de estudio: pasar de la perspectiva que se enfoca en el niño a poner en foco **la relación**, transitar de la búsqueda exclusiva de procesos de cambio en la subjetividad del niño al intento de conseguir cambios en las capacidades de los padres para la tarea de parentalización.

Ninguno de nosotros nace con la capacidad de regular nuestras propias reacciones emocionales. Un sistema regulador diádico se desarrolla en el que las señales de los niños de cambios en sus estados, momento a momento, son entendidos y respondidos por el cuidador/a permitiéndolo, por lo tanto, alcanzar la regulación de esos estados. El infante aprende que la activación neurofisiológica en presencia del cuidador/a no dará lugar a una desorganización que vaya más allá de sus capacidades de afrontar tal situación. El cuidador/a estará allí para restablecer el equilibrio. En estados de activación incontrolable, el infante irá a buscar la proximidad física con el cuidador con la esperanza de ser calmado y de recobrar la homeostasis. La conducta del infante hacia el final del primer año es intencional y aparentemente basada en expectativas específicas. Sus experiencias pasadas con el cuidador/a son incorporadas en sus sistemas representacionales a los cuales Bowlby (1973) denominó "modelos internos activos". El sistema de apego es un sistema regulador bio-social homeostático abierto (Fonagy, 1999).

El psiquismo humano depende de varios sistemas que trabajan al unísono a través de muchos niveles de organización y no de un único sistema, sistemas dinámicos, complejos, no lineales, sino paralelos en su desarrollo y operatividad (Dio Bleichmar, 2005).

Entenderemos al psiquismo según la propuesta de Bleichmar, H. (1986, 1997, 1999, 2005) en la cual lo conceptualiza como una estructura modular articulada por múltiples sistemas motivacionales o módulos que en su interjuego ponen en movimiento, frenan, dirigen y redirigen la actividad psíquica. Por módulo se entiende una especie de base de datos específica que procesa cierto tipo de estímulos y deja de lado otros (Fodor, 1983; citado en Dio Bleichmar, 2005).

En otras palabras la mente tiene una estructura modular con subtipos de memoria, de sistemas motivacionales, de procesos inconscientes, de organizaciones afectivas, de cogniciones, de patrones de acción, de modalidades de enfrentar el sufrimiento psíquico (Bleichmar, 2005).

Una estructura modular tiene diferentes niveles de organización, subtipos de procesamientos inconscientes y relaciones con procesos preconscientes y conscientes (organización del yo, el ello y el superyó).

El funcionamiento del psiquismo no depende desde este modelo de principios uniformes que trascenderían a todas las partes sino de la articulación compleja de sistemas, de componentes cada uno con su propia estructura, contenidos y leyes de funcionamiento. (Bleichmar, 1997)

Bleichmar retoma de Lichtenberg (1989, 1992) una postura que insiste en la importancia de entender el funcionamiento psíquico como integración de sistemas motivacionales diferenciados, separables, articulados, sincronizados, existiendo bajo una organización jerárquica para la formación y funcionamiento de cada uno de los sistemas.

Los diferentes sistemas motivacionales movilizan distintos tipos de deseos (de autoconservación, sexuales, narcisistas, agresivos) se interrelacionan en coincidencia o contraposición, con tipos de angustias, modalidades de defensas, juegos de significantes.

Bajo este modelo también se considera la relación entre los sistemas, su tensión dinámica y la variación en la dominancia jerárquica entre ellos. Entendamos los sistemas con base en la articulación de sus componentes, mediante procesos que se van encadenando

en redes seriales y en paralelo se producen. Durante la formación de los mismos se gestan transformaciones que crean propiedades emergentes, hay retroacciones sobre las partes en que dominan fenómenos recursivos, es decir, éstos se vuelven a regenerar sin vuelta exacta a lo mismo. Pensando el psiquismo desde este modelo se evidencia que éste funciona de manera que cada sistema tiene múltiples reverberaciones en el resto de sistemas.

Existe una *progresión* en la organización psíquica, nos dice Dio Bleichmar (2005) la modularidad es en realidad un punto de llegada, no de inicio (Annette Karmiloff-Smith, 1992 citada en Dio Bleichmar, 2005). Aplicando la visión que Annette Karmiloff-Smith (1992) da sobre el desarrollo cerebral, podemos hacer cierta analogía y decir que a través de la relación temprana se activan predisposiciones y se desarrollan funciones, procesos, capacidades, dando lugar a una arquitectura modular. Cabe mencionar que no hay experiencia humana que no involucre componentes cognoscitivos y afectivos a la vez. Se dan infinitas combinaciones en la interregulación entre el adulto y el niño que dan lugar a diversas modalidades, propias de cada día.

Siguiendo la línea de Bleichmar (2005) y Dio Bleichmar (2005) propone los siguientes módulos motivacionales:

- Sistema motivacional de autoconservación
- Sistema motivacional de regulación emocional
- Sistema motivacional de apego
- Sistema motivacional sensual-sexual
- Sistema motivacional narcisista

La experiencia de los cuidados vitales constituye la fuente de estimulación y génesis de la actividad psíquica del bebé que progresivamente va conformando los sistemas mencionados y estructuras mentales (Dio Bleichmar, 2005).

La relación primaria comprende un complejo interjuego de sistemas motivacionales, tanto para el adulto como para el niño, que no se consideran estrictamente componentes del sistema motivacional de apego. Por ejemplo, la adecuada contención de la ansiedad por parte de los cuidadores regula el sistema emocional y favorece el sistema de apego del infante, ya que la proximidad relaja la tensión e induce el sueño, por lo que, efectivamente, la proximidad y los cuidados adecuados se constituyen en un procedimiento privilegiado para la regulación emocional, pero el sistema de regulación emocional no debe confundirse

con el sistema de apego. Así como el placer sensual mutuo entre la madre y el bebé también refuerza el apego y ambos son sistemas independientes tanto en el adulto como en el niño, el sistema de cuidados del adulto no garantiza necesariamente la generación de un adecuado sistema de apego en el infante, es el caso de madres que alimentan, higienizan pero no desarrollan contacto ni reconocimiento subjetivo y tratan al bebé como un objeto físico.

2.2.1 Sistema motivacional de autoconservación

En realidad debemos llamar sistema de hetero-autoconservación, los autores utilizan en ocasiones este término y en otros sólo mencionan autoconservación, no obstante, lo importante a destacar radica en las dos condiciones a las que se quieren referir: en primer lugar, a que la autoconservación en el ser humano no es algo puramente instintivo sino que depende, en su estructuración, de algo que le viene desde un otro. En un principio aquello que va a ser considerado amenazante para su integridad, aquello de lo que tiene que protegerse, pero también los mecanismos que se ponen en marcha para satisfacer necesidades y defenderse de peligros (reales e imaginarios). Incluso funciones y necesidades en apariencia, puramente biológicas, hambre por ejemplo, reciben la impronta del otro, especialmente, a la tolerancia al mantenimiento de la tensión de necesidad, es decir, a la urgencia con que se vive la necesidad. Las necesidades instintivas animales son moduladas y transformadas en cuanto a su intensidad y modalidades de satisfacción. Desde esta perspectiva, la autoconservación, entendida como mantenimiento de la integridad corporal y mental es algo que se desarrolla, construye, y se modula en la relación con alguien que cuida, que mantiene las funciones de sostén de la vida corporal y psíquica durante todo un largo período inicial de la vida. “Al lactante/niño lo conservan **heteroconservan**, con lo cual se va produciendo el encuentro entre lo puramente instintivo y lo que viene del otro, para dar lugar a un producto que, amalgamando ambos componentes, es lo que podríamos llamar pulsión, en el sentido psicoanalítico moderno” (Bleichmar, 1999).

2.2.2 Sistema motivacional de la regulación emocional

El desarrollo de la capacidad para regular los estados emocionales conlleva en su inicio, la maduración de circuitos neurológicos. El funcionamiento de éstos, su reacción frente a experiencias desagradables o estresantes, se encuentra altamente condicionado por la regulación que ejercen los cuidadores primarios al brindar un manejo adecuado de los estados fisiológicos del bebé.

Desde los primeros días de vida la amígdala (núcleo neuronal del sistema límbico) se encuentra completamente desarrollada, está implicada en la activación emocional, en la reacción del organismo frente a estímulos que generan ansiedad, estrés; de igual manera se sabe que interviene en los procesos de adquisición, almacenamiento y expresión de la emoción. Cuando una experiencia se repite o tiene gran impacto en el bebé, se refuerza el recuerdo emocional, a nivel neurobiológico sabemos que la actividad de la amígdala se incrementa y refuerza las conexiones sinápticas establecidas a partir de cierta experiencia, no obstante, el tipo y nivel de reacción de un bebé dependerá en gran medida en la habilidad de los cuidadores para modularla con sus atenciones. De manera que el proceso de regulación emocional implica diferentes dimensiones de la realidad humana, unas interactuando con las otras de manera compleja. La dimensión neurobiológica, su proceso de maduración depende entre otros factores, de la dimensión intersubjetiva, la relación entre cuidador primario y bebé, ambas dimensiones en un proceso continuo de interacción van construyendo el soporte para que el psiquismo del bebé desarrolle la posibilidad de autorregulación.

El otro funciona como regulador del sí mismo (Dio Bleichmar, 2005).

Los procesos de regulación emocional durante los primeros años se verán modulados por los intercambios afectivos. Se esperaría que los adultos reconozcan el estado emocional del niño, logren entonar⁴ afectivamente con él, brinden una respuesta comportamental adecuada, pongan en palabras ese estado emocional, sin descalificar, reconociendo y validando el afecto en cuestión. Este proceso permite que el bebé al vivir el entonamiento emocional del otro se sienta contenido, disminuyan sus niveles de ansiedad o estrés y paulatinamente vaya integrando sus experiencias propioceptivas con las

⁴ Entendemos Entonación emocional como la ejecución de conductas que expresan el carácter del sentimiento de un estado afectivo compartido, sin imitar la expresión conductual exacta del estado anterior. Dio Bleichmar (2005)

exteroceptivas. El infante al recibir la definición que hace el adulto de su estado, gradualmente va construyendo la posibilidad de reconocer su estado interno, poner en acción los mecanismos que ha aprendido con los adultos para modular su emoción porque ha aprendido gracias a la repetición que una acción va seguida de un estado afectivo.

Stern (1985) explica que las experiencias de *estar con* sus cuidadores primarios, son para el bebé y el infante procesos de integración y diferenciación en los que se forman *representaciones interactivas generalizadas*. Funcionan como memoria episódica de la experiencia del sí mismo sobre lo que actúa, siente, percibe en interacción con su madre u otra figura de apego; la cual lo calma, juega y percibe su estado emocional.

El niño que busca una manera de manejar su malestar identifica, en la respuesta del cuidador/a, una representación de su estado mental que él puede internalizar y usar como una estrategia de orden superior de regulación afectiva. El cuidador seguro calma al combinar una especularización con un despliegue emocional incompatible con el afecto del niño por lo tanto, quizás implicando ya capacidad de afrontar la situación (Fonagy, 1999)

2.2.3 Sistema motivacional del apego

Este modulo motivacional también comparte junto con el sistema de heteroconservación y el de regulación afectiva, una matriz biológica, en tanto que compartimos con otros mamíferos algunos reflejos y sistemas de conductas para establecer proximidad y contacto con un cuidador primario. Para la supervivencia es requisito indispensable el vínculo que se forma con un otro que proporciona cuidados, no hay humano que no requiera en todas las etapas de su vida proximidad, seguridad, protección y apoyo según la etapa de desarrollo en la que se encuentre; éstas últimas podemos considerarlas necesidades afectivas básicas.

En el caso de la cría humana, se desarrolla una dimensión más compleja que el *bonding*⁵, se gesta una dimensión psíquica gracias al **lazo emocional** entre un niño y sus adultos significativos.

El sistema de apego, se refiere a los patrones de comportamiento entre un bebé y sus cuidadores que gracias a la interacción crean esquemas de reacción y comunicación emocional, a partir del estilo de temperamento con el que cuenta el infante; así como la accesibilidad, aceptación y adaptación que el adulto brinde. Siguiendo esta línea puede

⁵ Para profundizar sobre el tema, véase Gallo-López y Rubin, 2011; Landy, 2009.

entenderse que la relación que se establece en el vínculo de apego es recíproca y bidireccional, los comportamientos de uno retroalimentan los del otro.

Los bebés, los niños, buscan proximidad afectiva con otro ser humano que garantice su supervivencia.

Bowlby (1969,1982) planteó que de los patrones de vinculación y comunicación afectiva entre cuidadores primarios y el bebé que se conforman en la comunicación preverbal (y posteriormente verbal) se estructuran configuraciones mentales, **representaciones internalizadas** del sí mismo y los otros, a las que llamó **modelos internos de trabajo**. Dichos modelos permiten que el infante adquiriera una manera de regular, interpretar y predecir la conducta, pensamientos y sentimientos tanto de sí mismo como de sus figuras de apego. Lo cual va dando lugar a una organización más compleja y madura del comportamiento del niño según la fase de su desarrollo. Gracias al desarrollo y al dominio de la comunicación verbal emerge en el niño la capacidad de generar estrategias de comportamiento en función de sus motivaciones tomando en cuenta las intenciones de sus figuras significativas. Los modelos internos de trabajo forman cierta estabilidad a medida que se hacen más complejos y sofisticados, no obstante, se transforman continuamente según las experiencias de vida (Dio Bleichmar, 2005).

De las actividades de heteroconservación, paulatinamente el niño va incorporando experiencias que desarrollan su capacidad de autoconservación. El comportamiento de apego en el infante evoluciona rápidamente con el desarrollo de la subjetividad hacia formas complejas que constituyen los deseos de contacto afectivos, deseos que se estructuran e internalizan a través de la interacción con la figura de apego en un vínculo duradero (Dio Bleichmar, 2005).

El sistema de apego es estructurante, en tanto orienta al bebé o niño en la predicción de las condiciones que posibilitan su propio bienestar psicosomático a través de los patrones de interacción.

Dichos procesos no acontecen instantáneamente, se van desplegando y complejizando a partir de la etapa de desarrollo neurológico y **cognoscitivo** del bebé, así como también dependen de la capacidad de los cuidadores para vincularse afectivamente, en otras palabras su habilidad para recibir y responder afectivamente a un bebé. Justo ahí es

donde cualidades como la sensibilidad, aceptación, accesibilidad y la cooperación permiten desempeñar funciones parentales.

En la medida en que evolucionan las interacciones, la capacidad de conectar subjetivamente con el otro y la adquisición del lenguaje (que el infante va desarrollando gracias a procesos de maduración neurológica que se estimulan en la relación con sus cuidadores) permiten la aparición de estructuras de significados de la experiencia relacional que conformarán *fantasías inconscientes* (Dio Bleichmar, 2005). Estos esquemas relacionales son multivalentes, ya que implican una capacidad cognitiva, pero contienen y se conforman de entramados de imágenes, sensaciones, recuerdos cargados de afecto de los encuentros con los otros significativos. El niño o niña va atribuyendo significados a sus experiencias, a las vicisitudes con las que se enfrenta y quedan entretejidos en estrategias interactivas que desarrollan. Éstas generalmente son independientes de una articulación verbal, conforman parte de procesamientos inconscientes. (Dio Bleichmar, E. 2005)

Un cuidador reflexivo incrementa la probabilidad del apego seguro del niño, el cual, a su vez, facilita el desarrollo de la capacidad de mentalizar. Nosotros suponemos que una relación de apego seguro provee un contexto también seguro para que el niño explore la mente del cuidador/a, y de esta manera conozca más acerca de las mentes (Fonagy, 1999, 2000).

El filósofo Hegel (1807) sugirió que es *solamente a través de la exploración de la mente del otro que el niño desarrolla una completa captación de la naturaleza de los estados mentales*. La capacidad reflexiva en el niño es facilitada por el apego seguro. El proceso es intersubjetivo: el niño consigue conocer la mente del cuidador/a de acuerdo a cómo el cuidador intenta comprender y contener el estado mental del niño (Fonagy, 1999).

Los vínculos positivos entre cuidadores primarios y niños crean lo que Bowlby llamó una **base segura**, esta base brinda seguridad y defensas frente al estrés y sufrimiento, permite un desarrollo socioemocional que se dirija hacia la autonomía del niño o niña. En realidad *la sensibilidad materna y paterna* depende de la activación de una gama compleja de sistemas psíquicos (heteroconservación, regulación emocional, narcisismo, sensualidad) de la madre, el padre u otro cuidador primario que dará como resultado la capacidad de vincularse con él o la bebé.

El sistema de apego es activado siempre que el ser humano se halla en una situación de estrés o traumática. El dolor, el miedo o la humillación motivan de forma innata al ser humano a buscar protección en la proximidad de una figura de apego (Bailey, 2005).

Cuando la seguridad del vínculo se ve amenazada se despliegan una serie de comportamientos según se experimente la relación (Véase Figura 1):

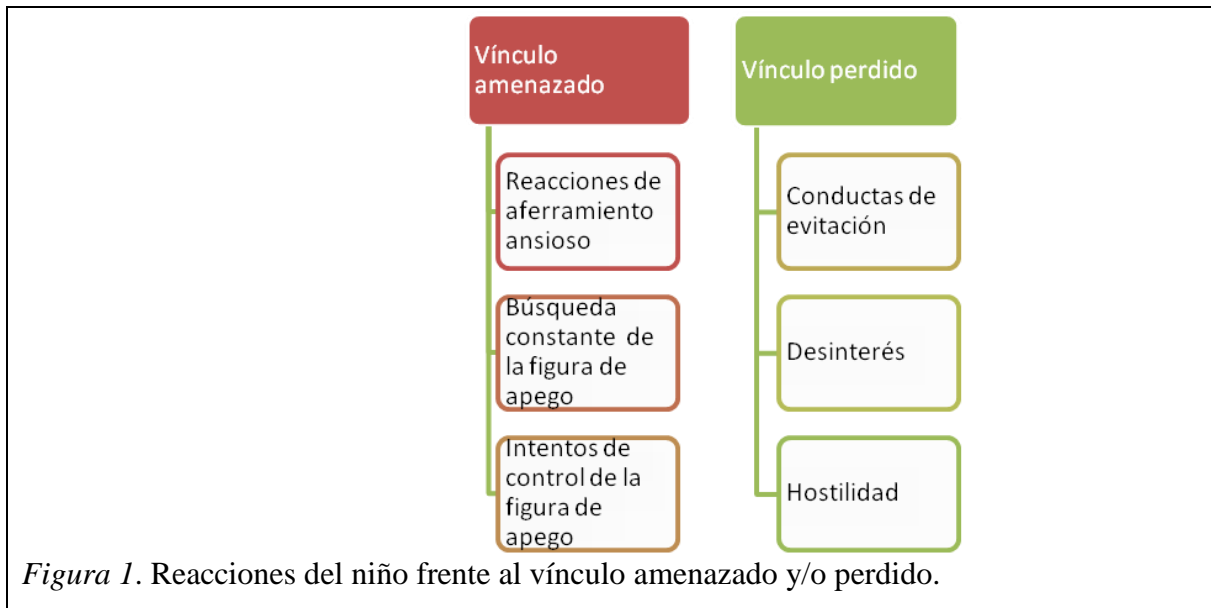


Figura 1. Reacciones del niño frente al vínculo amenazado y/o perdido.

Cuando el vínculo de apego con las figuras primarias se ve altamente dañado comúnmente se gestan sintomatologías de tipo internalizado como depresión, ansiedad o de tipo externalizado como agresión, oposicionismo, desobediencia. Cuando el vínculo de apego es sumamente desorganizado la inhibición y bloqueo del desarrollo del psiquismo se presentan frecuentemente. (Landy, 2009).

2.2.4 Sistema motivacional narcisista

La naturaleza del sí mismo es de orden especular, su estructura intersubjetiva. El sentimiento que se va creando en el infante de ser una unidad surge en el seno de las relaciones de designación y atribución de significados que hacen los adultos sobre los niños construyendo así la identidad del niño y la valoración del mismo (Dio Bleichmar, 2005). En ese sentido, el narcisismo engloba una dimensión estructurante del psiquismo, implica procesos de organización.

El sistema narcisista comprende la *auto*-percepción de los estados subjetivos, el contacto que tengamos con lo que nos sucede, la valoración que hagamos sobre lo que somos, pensamos o sentimos (autoestima) y el tono afectivo con que desarrollamos la conversación interna, autoempatía (Dio Bleichmar, 2005).

El sistema narcisista incluye el sistema de ideales o metas y la confrontación entre los ideales y el desempeño, el *ideal del yo* (freudiano) que el yo persigue y que en los momentos que lo consigue puede sentirse equiparado a un *yo ideal*. En cada momento del balance narcisista de la representación de uno mismo existe un estado afectivo que lo acompaña, la autoestima (Dio Bleichmar, 2005). Entre las capacidades, motrices, cognitivas, afectivas, los ideales y ambiciones se pueden dar estados de armonía o estragos en el balance narcisista de una persona. Durante la infancia el papel de los adultos significativos, de la familia, en la activación, estimulación y valoración de las habilidades de los niños es crucial y esto se observa de forma dramática cuando el niño nace o adquiere alguna condición de minusvalía.

Dio Bleichmar, (2005) señala que la representación de uno mismo como vivencia que experimenta el niño o el adulto debe ser distinguida del (yo) y del self como estructuras del psiquismo. Ha de entenderse el (yo) como una organización encargada de una serie de funciones psíquicas: el juicio de realidad, la coordinación y ejecución de la acción y del comportamiento, recursos y habilidades con los que cuenta una persona para hacer frente a las demandas tanto interpersonales como del ambiente.

El narcisismo involucra la conformación de una identidad, encontramos elementos como la autoimagen, el autoconcepto, la autonomía y también actividades que corresponden al sujeto consigo mismo en otros sistemas motivacionales, el autoerotismo, la

autoconservación, la autorregulación; estos últimos en su ontogenia son funciones llevadas a cabo por las figuras de apego.

El niño podrá reconocerse, quererse, estimarse, valorarse siempre y cuando haya existido alguien que lo quiera, lo estime, y lo valore, más allá del reconocimiento físico, de identificarlo, que lo pueda considerar como un ser diferente de sí mismo, diferente de sus expectativas y deseos propios. A partir del reconocimiento otorgado por otro se establece la diferenciación y la autonomía del sujeto, la clave del desarrollo de la subjetividad y de la capacidad de mentalización. (Dio Bleichmar, 2005).

El concepto objeto del self o selfobject a partir de Kohut (1971, 1977) describe funciones esenciales que cumple el adulto en la constitución del sí mismo del niño: Al admirarlo, al devolverle una imagen positiva, se inicia un proceso llamado especularización, es indispensable, que la mirada de los adultos significativos, su trato, transmita al niño o niña afirmación y reconocimiento de su existencia en tanto sujeto, es decir, como un ser con particularidades, deseos y necesidades; que dicha mirada transmita el sentimiento de que él o ella es valioso para el adulto.

Cuando los padres o cuidadores primarios, están orgullosos en la tarea de crianza, felices de dar vida, transmiten esta vivencia en las interacciones con sus niños. En los primeros años de vida el infante requiere *una imago parental idealizada*, con la cual pueda identificarse y gozar con dicha idealización. Según la propuesta de Kohut, la relación con los adultos significativos es fuente de la organización de las representaciones más originarias del sí mismo.

El sentido del sí mismo nuclear no es un contenido cognitivo, sino una integración experiencial de las invariantes del sí mismo, ya que dependerá de las condiciones adecuadas de la crianza, como son la regularidad de las rutinas y la estabilidad de la figura de apego (Dio Bleichmar, 2005).

A través de cada una de las experiencias del cuerpo a cuerpo de la crianza, de la intimidad y proximidad, el bebé va desarrollando un sentido del sí mismo como del otro en términos de entidad física, de unidad objetiva. En un inicio de la experiencia humana se pone en acción una capacidad perceptiva programada filogenéticamente para discriminar y organizar las cualidades abstractas y globales de la experiencia, que permiten el despliegue de una matriz experiencial de intensidades, formas, pautas temporales, cualidades de placer

y displacer (Stern, 1985). Cuando el bebé tiene vivencias de organización de las distintas experiencias sensoriales, éstas contribuyen a constituir un sentido de sí mismo emergente, como subproducto de procesos de integración sensorial (Stern, 1985).

Cuando los bebés hacen gestos en los que señalan y siguen la línea de visión del adulto, permite inferir que está compartiendo el foco de atención, entonces comienza el contacto mente a mente (Murphy y Messer, 1977; citado en Dio Bleichmar, 2005). Alrededor de los 6 a 9 meses de vida se observa el inicio de la intersubjetividad, entendida como una capacidad que emerge cuando el bebé comienza incipientemente a compartir y atribuir intenciones, deseos, emociones en los intercambios con sus figuras parentales mediante el entonamiento afectivo, la especialización en la gesticulación, el señalamiento y la atención compartida (Dio Bleichmar, 2005).

Con el desarrollo del lenguaje, se multiplican las modalidades de relación y funcionamiento mental; se introduce una nueva perspectiva organizadora del sí mismo y del otro. Comienza la infinita tarea de la construcción de significados compartidos, así como muchas otras vivencias no serían asimilables si no adquieren una simbolización. El lenguaje introduce una cuña entre dos formas simultáneas de la experiencia interpersonal: la vivida y la representada verbalmente (Stern, 1985; citado en Dio Bleichmar, 2005).

La capacidad para darse cuenta de los estados mentales propios y ajenos tiene un lugar central como dimensión del psiquismo, la cual es llamada *función reflexiva*. Fonagy (2000) le llama *self* prerreflexivo a la experimentación inmediata y *self* reflexivo a la observación interna de los propios sentimientos, pensamientos, deseos. El *self* reflexivo sabe que el *self* siente, percibe, reacciona. El *self* reflexivo refleja la experiencia mental, consciente o inconsciente, registra la vida psíquica y construye representaciones de sentimientos, pensamientos, deseos y creencias. Se percata de que las representaciones de sus conductas y actos reciben forma por el contenido de las mentalizaciones de otros (Dio Bleichmar, 2005).

Poner en marcha esta función es vital en el proceso de parentalización, los cuidadores necesitan reflexionar sobre la experiencia mental del infante y traducirla en acciones que el infante pueda comprender. Es la plataforma que permitirá el desarrollo de la capacidad reflexiva en el bebé. Esta capacidad comienza con el entonamiento afectivo, pasa por la percepción y respuesta empática al humor del otro para llegar hasta la

comprensión de las intenciones de éste. (Wimmer y Perner, 1983; citado en Dio Bleichmar, 2005) plantean que a los tres años de edad se adquiere la capacidad de tomar en cuenta un estado mental del otro en la planificación de acciones.

El "Yo pienso, por lo tanto yo soy" no constituirá el modelo psicológico del nacimiento del self. Quizá se acerque más a la realidad el "Ella piensa de mí como pensando y, por lo tanto, yo existo como un pensador". Si la capacidad reflexiva del cuidador/a le ha permitido a él/ella describir adecuadamente la actitud intencional del niño, entonces éste tendrá la oportunidad de "encontrarse a sí mismo en el otro" como un ser con capacidad de mentalizar. (Fonagy, 1999)

Para que se conforme en el sujeto una experiencia unificada, una experiencia de sí, es requisito indispensable la integración de ciertas invariantes que procuran al sujeto un sentido o sentimiento del sí mismo. Entre algunas de ellas se encuentran la continuidad o unidad en el tiempo y ser agente de las acciones propias (Dio Bleichmar, 2005).

1. Continuidad o unidad en el tiempo

La continuidad en el tiempo se refiere a la autopercepción de los estados psíquicos y emocionales que se hacen familiares por su repetición y cierta constancia. Durante las etapas del sí mismo prerreflexivo, la continuidad se establece por medio de la capacidad innata para abstraer, promediar y representar preverbalmente la información que proviene de la comunidad interactiva (Stern, 1985). A medida que se comprenden los mensajes verbales de los adultos, la continuidad con la propia existencia se va adquiriendo en el proceso de ser pensado por otros, quienes nos hablan de cómo somos y nos comportamos.

2. Agente o autor de las propias acciones

La actividad, la iniciativa, la búsqueda de estímulos que abarcan diferentes dominios de acuerdo con la edad y las características personales, la exploración sensorial, la manipulación, la exploración motriz, la curiosidad intelectual, permiten al niño conformar una experiencia de sí mismo en tanto sujeto activo, dueño de sí.

2. 2. 5 Sistema motivacional sensual/sexual

Otro pilar de la organización del psiquismo radica en este sistema motivacional que da cuenta de la relevancia del contacto corporal, de *ese plus de placer*, que va más allá de la

necesidad autoconservativa y despierta el carácter erógeno, libidinal del cuerpo en tanto *psique-soma*.

Nos dice Dio Bleichmar (2005), es necesario concebir la sexualidad temprana reconociendo que hay una base biológica que se estructura posnatalmente en el intercambio erógeno con sus cuidadores, en el intercambio de placer y bienestar corporal mutuo, el cual además de desarrollar este sistema motivacional, contribuye para establecer el vínculo de apego (la necesidad de presencia, proximidad y respuesta) así como el sistema de hetero-auto regulación (regulación de la excitabilidad, pasividad emocional).

Las experiencias de placer-displacer de las sensaciones que se disparan en la relación con el adulto apoyan o no, la formación del sistema de apego y el de regulación emocional.

El sistema motivacional sensual-sexual conlleva amplios temas como las teorías infantiles sobre la sexualidad, el descubrimiento de la diferencia sexual, la formación de la identidad de género, el complejo de Edipo y el de castración, temas de fundamentales en la estructuración del psiquismo, de manera que se tienen en cuenta, más no se desarrollan en este trabajo porque no son parte de la finalidad del mismo.

Capítulo 3 La tarea terapéutica

El mito del analista omnisapiente es otro lugar común a ser cuestionado.

Seligman

3.1 El / la terapeuta

La imagen del *analista objetivo* fue cuestionada siendo reemplazada por la de un sistema co-construido, donde efectivamente participan dos personas y en el que las intervenciones estarán siempre mediadas por el marco interpersonal-intersubjetivo en el que acontecen (Seligman, 2003; citado en Czalbowsky, 2005).

Así como en la teoría sobre el desarrollo del niño se representa a éste siempre en relación con su madre, paciente y terapeuta van a considerarse siempre *uno en relación con otro*, insertos en el sistema de “dos personas”.

Tal y como lo plantea el psicoanálisis relacional, el campo que se estructura entre el paciente y el analista es un espacio configurado por las contribuciones que, en ese encuentro en particular, los inconscientes de ambos producen (Seligman, 2003; citado en Czalbowsky, 2005).

Seligman en Czalbowsky (2005), nos dice que la óptica relacional sobre el vínculo analista-paciente ha tenido su influencia sobre cuestiones teóricas referentes a la transferencia-contratransferencia, ya que este modelo considera que en las respuestas del analista a su paciente se encuentra implicada siempre la personalidad del analista. Los psicoanalistas relacionales insisten en que el paciente y el analista *co-construyen* un vínculo.

3.2 Relación terapéutica

Tanto para el psicoanálisis relacional como para las teorías del desarrollo, los constructos fundamentales son *las unidades del sí mismo con los otros*. (Seligman, 2003; citado en Czalbowsky, 2005).

La transferencia es idónea para desplegar automáticamente esas formas de vincularnos. Al experimentar al analista como alguien que responde de manera diferente a

como lo hicieron otras personas, se vive un nuevo modo de relación, y las formas que se utilizaban pueden ser reemplazadas por otras más apropiadas (Subic-Wrana, y col., 2011; citados en Rlfici y Noel, 2011).

Los gestos y actitudes del paciente afectan la experiencia del analista. En esta perspectiva se enfatizan los patrones no declarativos, aquellos que operan desde un nivel no reflexivo en la organización de la personalidad (Seligman, 2003; citado en Czalbowsky, 2005).

En las relaciones, incluyendo la relación terapéutica se producen identificaciones y contra-identificaciones (Bonovitz, C. 2005)

El psicoanálisis con enfoque interpersonal considera los efectos directos de la interacción sobre el cambio terapéutico. Cómo su comportamiento refleja su experiencia interior, así la dinámica de la transferencia-contratransferencia girará en torno a *que está pasando entre nosotros* en tanto analista y paciente. En el proceso terapéutico se observa la relación transaccional de la acción y la reflexión así como también del pasado y del presente. Según los clínicos relacionales, nos dice Seligman, el mayor logro terapéutico se produce cuando la acción y la reflexión están en una especie de resonancia más que cuando la primera se subsume a la segunda. El pasado está contenido en el presente y la relación analítica refleja el mundo interno, pero a través de una nueva creación. (Seligman, 2003; citado en Czalbowsky, 2005).

3.3 Transferencia y vínculo terapéutico

En psicoterapia infantil siempre ha existido un debate sobre la capacidad del niño para establecer una relación transferencial o no. Klein abogaba que el niño en psicoanálisis, repite la estructura de sus relaciones internas, ansiedades y defensas, ineludiblemente lo repite en sesiones y es lo que transfiere a la analista. Todo lo que el paciente dice, se asume como proyecciones e identificaciones proyectivas de él mismo. El o la analista representa para él o la niña algún personaje de su mundo interno.

Anna Freud mantenía la postura opuesta, para ella los niños no establecen transferencia con él o la analista porque no es una figura de apego. Por lo tanto el/la analista puede ocupar un lugar subjetivo nuevo y desempeñar funciones nuevas en la vida de su paciente (Dio Bleichmar, 2005).

Dio Bleichmar, destaca la necesidad de discernir si el comportamiento del niño en la relación con él/la terapeuta es isomórfico al comportamiento que tiene con los padres o es diferente. El hecho de que sea distinta es un indicador claro de que la relación con el analista es una relación distinta, que la interacción y el intercambio intersubjetivo son vividos como factores de novedad, de regulación y de estimulación diferente a la experimentada con sus padres, no obstante, también se observa la presencia de elementos transferenciales en mayor o menor medida según la fase en la que se encuentre el proceso terapéutico.

La transferencia en psicoanálisis, ha sido el medio por excelencia, de acceso a contenidos inconscientes del paciente, como herramienta de trabajo terapéutico a la vez. Sin embargo cabe señalar, la alianza o vínculo terapéutico de igual forma es un medio sustancial para que el o la terapeuta en tanto adulto nuevo y extraño, logre ganarse un rol significativo en la vida del niño o la niña en cuestión, para que las funciones e intervenciones surtan efectos contundentes en la psique del niño y de los padres.

3.4 Cambio y Relación Terapéutica

¿A qué se debe el cambio al insight o a una nueva forma de relación?

El cambio centrado en el vínculo se lograría cuando se vive la relación con el analista como diferente, inscribiendo modalidades del sentir y del actuar que no se habían desarrollado antes. Estas nuevas formas se internalizan, provocan un cambio y se trasladan al entorno del paciente (Subic-Wrana, y col., 2011; citados en Rifici y Noel, 2011).

En cuanto al insight, no se visualiza como un fenómeno que acontece automáticamente, implica antes un proceso de elaboración, de identificación de las emociones que subyacen a los modos de comportarnos, y luego una valoración de la situación para cambiar la conducta.

El proceso terapéutico conlleva un proceso de desarrollo cognitivo, que va transformando las representaciones implícitas de la emoción en representaciones explícitas. El conocimiento implícito del paciente se reorganiza, pudiendo ser llevado posteriormente a la conciencia; al ser consciente, el paciente puede estar alerta a sus conductas y comportamientos automáticos, los cuales no se eliminan completamente, e intentar poner en práctica otras formas de respuestas más adaptativas (Subic-Wrana, y col., 2011; citados

en Rlfici y Noel, 2011). Cabe señalar en este punto que el proceso terapéutico no debe reducirse a la dimensión intelectual que se pone en juego, su efecto surte de manera genuina cuando despierta experiencias afectivas y toca la subjetividad del paciente en su intimidad. Parte de ello implica facilitar esquemas de interacciones afectivas más saludables.

En un proceso terapéutico justamente partimos de un estado de desorganización y justo a través de la utilización de técnicas y tácticas que favorezcan el desarrollo del paciente, idealmente arribamos a un nivel de funcionamiento más integrado, al menos este objetivo guía en su generalidad nuestro trabajo.

A lo largo del proceso terapéutico se aspira desarrollar la expresión verbal, simbólica del pensamiento, por lo general, los pacientes parten de un estado de relativa falta de diferenciación y globalidad de sus estados afectivos, hacia un estado de mayor articulación e integración. De esta manera, el desarrollo culminaría en un modo de funcionamiento mental más integrado y diferenciado. El diálogo terapéutico favorece el desarrollo de funciones reflexivas, de conciencia emocional (Subic-Wrana, y col., 2011; citados en Rlfici y Noel, 2011).

Díaz-Benjumea, 2002; citado en Czalbowsky, 2005) plantea que los avances terapéuticos dependen de la posibilidad de que la terapia funcione como *una experiencia emocional correctiva* que vaya produciendo a lo largo del trabajo analítico la modificación de dichos patrones como recursos novedosos para el paciente, lo cual, no invalida que simultáneamente se trabajen otros aspectos más simbolizados.

Según esta autora, lo que cristaliza el cambio en la relación terapéutica es la relación previa analista-paciente con sus avatares de encuentros desestabilizadores. Se trata de un trabajo realizado a un nivel implícito que crea las condiciones para un diálogo colaborativo. Se van deconstruyendo modos relacionales anteriores para poder co-construir un diálogo más amplio que incluya la verbalización de modos de proceder implícito. Es interesante la puntualización de que con los pacientes pequeños esta tarea puede desarrollarse casi por entero en un nivel implícito, a través del juego, prácticamente con poca o ninguna intervención de la interpretación. Hay una re-organización en el modo de “estar juntos” del paciente y el analista, que también se da en el análisis de adultos (Lyons-Ruth, 1999; citado en Czalbowsky, 2005).

Cabe destacar, no todo es verbal, no todo son interpretaciones y proceso secundario con su preeminencia de la conciencia. Por el contrario, hay aspectos procedimentales que escapan al control del analista y que provocan respuestas en paciente. La propuesta de la continua revisión de la participación subjetiva del terapeuta ilumina esta vía de acceso al inconsciente (Czalbowsky, 2005).

3.5 Fantasía y juego simbólico, herramientas terapéuticas

La acción terapéutica en la psicoterapia psicoanalítica de niños recae sobre la creación de la fantasía mediante el juego, que a su vez modifica la estructura psíquica⁶. (Bonovitz, C. 2005)

La construcción y la elaboración de la fantasía, no la acomodación a la realidad, es lo que permite al niño desarrollar la capacidad de distinguir la realidad de la fantasía. No podemos dar por hecho que la vida de fantasía de un niño se desarrolle por sí misma; más bien es tarea de los padres (y del terapeuta) proporcionar un espacio para que ésta prospere sin interferencias, cultivar y participar en el mundo de fantasía del niño (Bonovitz, C. 2005).

La elaboración de la fantasía crea un espacio en el que puede coexistir con la realidad, abre una zona en que los objetos son, al mismo tiempo reales y no reales. Siguiendo esta línea, ampliar la fantasía mediante el juego está relacionada con el movimiento actual en el campo del psicoanálisis de niños que considera el juego dramático y el trabajo con la metáfora del juego como aspectos esenciales del tratamiento de niños (Frangel y Krimendahl, 1998; citados en Bonovitz, C. 2005).

Las riquezas de la fantasía consciente e inconsciente tienen la capacidad de modificar las arenas de la estructura psíquica creando múltiples realidades, ampliando versiones del self, y permitiendo un interjuego más libre entre pasado y presente, entre procesos de pensamiento conscientes e inconscientes. Lo ideal, entonces, es que el espacio analítico se convierta en un espacio en que el terapeuta y el paciente creen juntos la fantasía (Bonovitz, 2005).

⁶ Bonovitz, (2005) entiende por estructura psíquica los patrones relacionales internalizados y configuraciones que Mitchell (1988) describió como derivadas de un campo interactivo, interpersonal (p. 17). Las configuraciones relacionales se componen de identificaciones y contra-identificaciones en las cuales existen “pasiones conflictivas inevitables dentro de cualquier relación, y las afirmaciones competitivas, necesariamente incompatibles, entre diferentes relaciones e identificaciones significativas.

3.6 Factores curativos y funciones terapéuticas

Es importante señalar cuáles son los elementos que se juegan en el espacio terapéutico, las funciones que desempeña un terapeuta para favorecer cambios curativos en el o la niña. Schaefer (2012) recopila un conjunto de factores comunes que identifica en diferentes modelos de psicoterapia infantil, la mayoría coincide en el uso del juego libre, el dibujo, el uso de la fantasía, entre otras técnicas, aunque las apliquen de diferente forma. No obstante, generan procesos curativos en el infante (Véase Figura 2).

A continuación se mencionarán algunos de los factores curativos del juego que retoma Schaefer:

Autoexpresión: Mediante el juego los niños expresan con mayor fluidez sus pensamientos, emociones, deseos y necesidades.

Acceso al inconsciente: Al jugar el niño pone en acción la vivencia y representación de su universo afectivo, se plasman contenidos inconscientes de su historia de vida, de su sistema familiar, sus impulsos y deseos.

Enseñanza directa e indirecta: El juego permite superar deficiencias en cuanto a conocimiento o habilidades a través de la instrucción del terapeuta. La narración de cuentos y el uso de narrativas de juego permiten que el niño se una al terapeuta en un juego interactivo de fantasía (Schaefer, 199; citado en Schaefer, 2012). En el juego terapéutico los niños pueden poner a prueba soluciones a problemas de manera gradual, indirecta, que permiten un nivel de activación y confrontación emocional con el que pueden lidiar.

“Las narrativas de juego permiten que los pacientes organicen sus experiencias y recuerdos fragmentados en un relato cohesivo y significativo” (Pennebaker, 2002; citado en Schaefer, 2012).

Abreacción: Mediante el juego los niños recrean y alivian experiencias estresantes y traumáticas, adquiriendo de ese modo una sensación de poder y control sobre ellas.

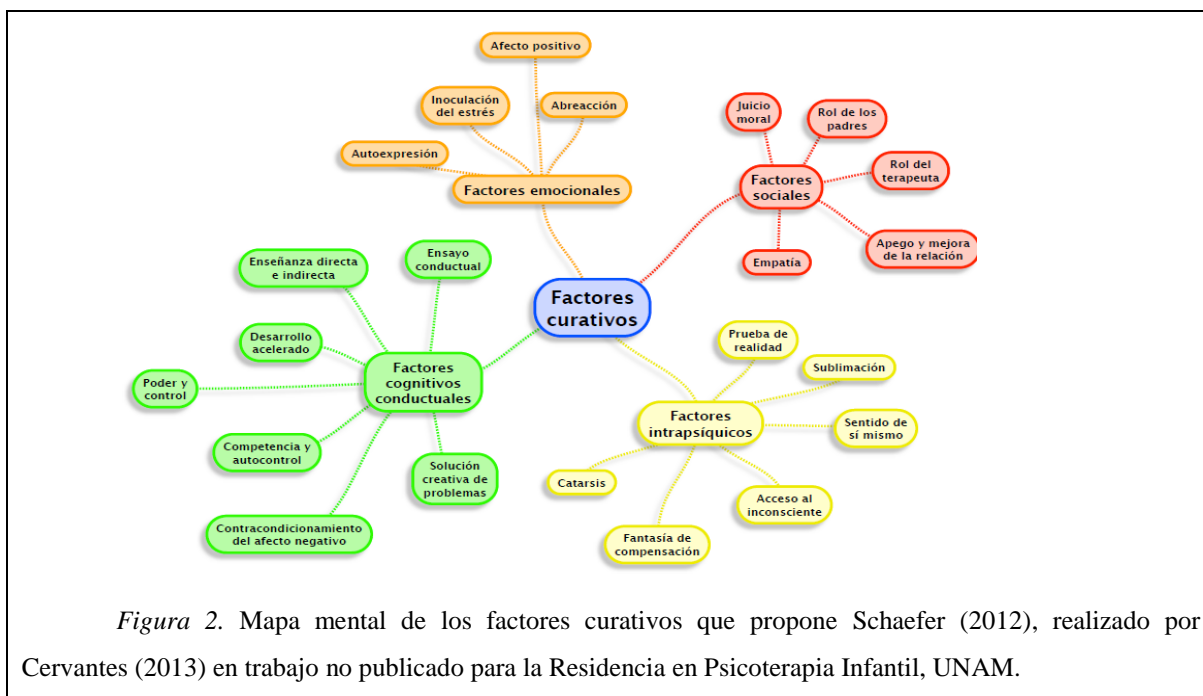
Catarsis: Implica una liberación afectiva de estados estresantes y dolorosos (por ejemplo jugar boliche, reventar globos, aplastar plastilina o golpear un saco de arena).

Poder y control: Cuando los niños juegan pueden hacer que el mundo del juego se ajuste a sus deseos y necesidades, eso les ofrece una experiencia de poder y control frente a la sensación de desamparo que experimentan durante un desastre.

Competencia y autocontrol: Mediante el juego los niños pueden crear, lo que les ofrece un sentido de competencia y autoeficacia que estimula su autoestima. Aprenden a planear, organizar su pensamiento y conducta.

Sentido de sí mismo: En el espacio de juego terapéutico se brinda la oportunidad de que los niños se percaten de sí mismos, tomen decisiones, se exploren y descubran.

El modelo centrado en el niño (Axline 1947) enfatiza que el juego terapéutico debe favorecer una experiencia en los niños de aceptación y permiso para ser ellos mismos sin temor al juicio o presión para cambiar, el terapeuta le ofrece un espejo que le permita conocerse.



La relación terapéutica y el espacio de juego terapéutico ha de estimular la vitalidad de los deseos, estimular las estructuras simbólicas a través de la expresión emocional por medio del lenguaje y facilitar el reconocimiento de ansiedades, así como brindar entonamiento de los afectos (Dio Bleichmar, 2005) en general; pero con mayor hincapié en casos donde el déficit en el niño o niña abarca las áreas de desarrollo casi en su totalidad, justo porque la base, la estructura que otorga un buen vínculo de apego con adultos significativos se vio mermada o ausente.

A partir del trabajo realizado a lo largo de la maestría, se realizó este cuadro que intenta integrar algunas de las propuestas de autores y autoras⁷ de diferentes modelos teóricos respecto a las funciones que se considera debe desempeñar un terapeuta. Se eligieron los planteamientos que resultaban compatibles a pesar de las diferencias teóricas, en la medida en que facilitaban la organización del proceso terapéutico en la práctica diaria y brindaban claridad al rol que los terapeutas tenemos como labor (Véase Tabla 2).

Tabla 2

Funciones del psicoterapeuta infantil.

Proporcionar una atmósfera de confianza y seguridad	Hacerse sentir por ellos presente, atenta, respetuosa	Facilitar la distensión, expresión emocional
Brindar contención	Reconocer y entonar con sus estados emocionales	Señalar conductas, ideas, emociones
Brindar acompañamiento	Pensar el espacio terapéutico como espacio transicional	Reflejar e interpretar fantasías, afectos
Validar, reforzar y fortalecer el <i>Yo</i>	Reconocer, desarrollar y fortalecer sus recursos	Promover su desarrollo psicosocial y corporal
Brindar y desarrollar estrategias alternativas	Modelar estilos de relación e interacción saludables	Practicar mecanismos asertivos de expresión, protección y defensa
Facilitar el contacto con sus sensaciones corporales y emocionales	Fomentar la Prueba de realidad	Facilitar autoconocimiento
Acompañar el proceso de generar soluciones	Terapia como espacio para la transformación de los vínculos	Facilitar que experimente un sentido de control y poder de sí mismo.

⁷ De Gestalt se retomó a Oaklander, V. y Cornejo, L., del modelo Ecológico se consultó a O'Connor y Schaefer, C. del modelo Psicoanalítico se retomó a Freud, A., Winnicott, D., Dio Bleichmar, E. y de la terapia sistémica a Bailey, E.

Capítulo 4

Método

4.1 Justificación

En la práctica clínica se presentan con regularidad casos difíciles de diagnosticar en la medida en que no cumplen con todos los criterios diagnósticos del DSM V o del CIE 10, para definir aquellos con discapacidad intelectual o trastorno del espectro autista, casos que en su vida cotidiana y en la evaluación psicológica tienen un desempeño limítrofe. Comúnmente son nombrados por las escuelas, familias e instituciones de salud con diversas etiquetas que se confunden y traslapan como *niños con* retardo mental, problemas de aprendizaje, necesidades especiales, entre otras.

Estos niños presentan regularmente, circunstancias y condiciones mucho más complejas de lo que los nombres que asignamos logran describir; frecuentemente actúan factores de desarrollo biológico, cognoscitivo y socioafectivos que comúnmente quedan invisibilizados por la etiqueta social e institucional, llevando a las niñas y niños a la estigmatización y segregación. Además los tratamientos generalmente, se ven limitados al desarrollo de conductas funcionales en la vida cotidiana, olvidando a la persona que existe detrás de cada categoría clínica.

Durante mi formación clínica en la Residencia en Psicoterapia Infantil, conocer el concepto Trastorno por Déficit (Bleichmar, 2005; Dio Bleichmar, 2005) así como modelos terapéuticos (Fonagy, 2000; Greenspan, 2003) me permitieron comprender en su complejidad y trabajar de manera más integral con casos en donde hay un evidente trastorno del desarrollo psicológico, en los que existen déficits importantes en funciones cognitivas y socioafectivas pero con los cuales es posible generar cambios y avances sustanciales. Los modelos de Fonagy, Greenspan y Bleichmar, analizan y trabajan cada caso partiendo del nivel de déficit en diversas funciones psicológicas, con un enfoque de desarrollo.

En este trabajo se muestra un abordaje que intenta evidenciar la relevancia y los beneficios del trabajo con una perspectiva de desarrollo, desde la cual el énfasis se coloca en las posibilidades de crecimiento de estos niños, más que una perspectiva médica o psicopatológica que orienta su mirada a la clasificación, cristalizando el problema.

Por lo tanto, este trabajo pretende documentar un ejemplo de integración teórico-práctica que permita a otros terapeutas con casos similares tener bases teóricas como clínicas para abordarlos. Asimismo, contribuye a visibilizar las posibilidades de crecimiento que tienen niños con retraso o dificultades en el desarrollo, enfatizando el papel activo tanto del terapeuta como de los padres. La presentación y análisis del caso clínico da evidencia de la vigencia de la categoría diagnóstica del trastorno por déficit.

4.2 Objetivo general

Ilustrar el proceso de intervención psicoterapéutica realizado en un caso de Trastorno por Déficit, con la finalidad de analizar las características de las funciones parentales y las funciones terapéuticas que favorecen el desarrollo psíquico.

4.3 Tipo de estudio

La intervención psicoterapéutica realizada se fundamentó en la metodología cualitativa, que Kazdin (2001) describe como aquella que está diseñada para describir, interpretar y comprender la experiencia humana, para elaborar el significado que esta experiencia tiene para los participantes. En este caso, a partir de los problemas y déficits identificados en la niña, se desarrolló un plan de intervención con base en un modelo integrativo de psicoterapia infantil, donde se evaluaron de forma cualitativa los cambios (conductuales, cognoscitivos, psíquico afectivos y sociales) manifestados por la niña y su sistema familiar a lo largo del proceso psicoterapéutico. Dentro de la metodología cualitativa, se realizó un estudio de caso único, este tipo de estudios según Kazdin (2001) implican que la metodología se enfoca en el comportamiento de un mismo sujeto a lo largo del tiempo. Conlleva un diseño en el que se analiza a profundidad la información desde múltiples perspectivas, dadas las características contextuales.

Asimismo este tipo de estudio de caso corresponde al tercer tipo según la clasificación de Stake (1994) en la medida en que combina características de los tipos intrínseco e instrumental. Los primeros tienen por objetivo comprender el caso particular que se presenta, puesto que por sí mismo es interesante y se muestra para ser conocido; a su vez es instrumental porque permite reflexionar sobre diversas propuestas teóricas y derivar conclusiones sobre la práctica clínica.

4.4 Participante

Al inicio del proceso Kiara tenía 9 años y cursaba el cuarto año de Primaria en una escuela pública en el turno matutino. Pertenece a un nivel socioeconómico medio, vive con sus padres y hermana en una casa dentro del predio de la familia paterna.

4.5 Escenario

Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, dicho centro inició sus servicios en 1981 y tiene como objetivo apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de licenciatura y de posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM, bajo la supervisión de especialistas. El Centro proporciona servicio psicoterapéutico con diferentes aproximaciones teóricas a niños(as), adolescentes y adultos(as); en forma individual, grupal, de pareja y familiar. Se atienden problemas emocionales, trastornos de alimentación, dolor crónico y estrés, entre otros.

El caso que se presenta es uno de los casos que atendí como parte de mi práctica clínica en la Residencia de Psicoterapia Infantil, en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila. El trabajo psicoterapéutico se realizó bajo el sistema de práctica supervisada, con frecuencia semanal. La supervisión se llevó a cabo con modalidad individual, a través de la narración del caso y se basó en un enfoque integrativo asimilativo.

4.6 Procedimiento del estudio de caso

Se utilizaron los registros de sesiones que se realizaron cuando terminaba cada sesión, así como notas de supervisión, audiograbaciones y algunas videograbaciones de las sesiones terapéuticas.

Se inicia presentando el caso con el contexto clínico, el encuadre que se utilizó, el motivo de consulta, la historia de desarrollo, el proceso de evaluación, la conceptualización del caso y el plan de tratamiento.

Para la presentación de las sesiones se dividió el proceso en tres fases: fase inicial, fase intermedia y fase final del tratamiento. De cada fase se eligieron de 7 a 8 sesiones que describían e ilustraban con mayor precisión lo que la caracterizaba. Cada fase se organizó de la siguiente manera:

- *Resumen del proceso:* En este apartado se narran cuántas sesiones se tuvieron y los acontecimientos más importantes.
- *Principales intervenciones realizadas.* Se presenta un cuadro donde se nombran las sesiones representativas, el juego que se realizó y fragmentos del diálogo terapéutico.
- *Avances terapéuticos.* Se exponen los principales cambios realizados en la paciente, sus padres y las funciones terapéuticas que intervinieron.
- *Contratransferencia:* Se analizan factores del terapeuta que interactuaron en el proceso terapéutico.

Para el análisis de las fases del tratamiento, se utilizaron las siguientes dimensiones teóricas: funciones parentales, funciones terapéuticas y sistemas del Modelo Modular Transformacional. De cada dimensión teórica se retomaron los principales planteamientos para explicar los acontecimientos que se reportaron en cada fase.

4.7. Modelo de intervención terapéutica.

En vista de la complejidad del caso se abordó desde un enfoque integrativo asimilativo, como lo propone Norcross (2005), donde se parte de un marco teórico para la conceptualización del caso, a la vez que se incorpora al proceso de manera selectiva, prácticas y técnicas de marcos teóricos diversos.

Norcross, Karpiak y Listes (2005) reconocen la integración asimilativa como un sistema sólido que integra prácticas y puntos de vista de otros enfoques y donde se combinan las ventajas de un sistema teóricamente coherente y la flexibilidad de un espectro amplio de intervenciones de varios modelos de intervención. Consideran la integración asimilativa como una transición *realista* hacia un modo más sofisticado de integración teórica.

Para la comprensión teórica, es decir, la conceptualización del caso se retomó el enfoque Modular-transformacional de Bleichmar y Dio Bleichmar, el modelo de Terapia basada en el desarrollo de Greenspan, la propuesta de terapia basada en la Mentalización de Fonagy, así como autores de la vertiente *relacional e intersubjetiva* del psicoanálisis. Una vez que quedó determinado un plan de tratamiento en función de los siguientes objetivos:

1. Desarrollar estrategias para facilitar y promover procesos autoreflexivos, fortalecer el control de impulsos, mejorar la autoregulación, la conciencia y empatía emocional.

2. Implementar las estrategias y tácticas esbozadas

3. Incluir intervenciones psicodinámicas como las interpretaciones cuando la capacidad de mentalización del niño o niña se encuentre suficientemente fortalecido para soportar y aprovechar.

Se concluyó que el uso de técnicas gestálticas (Oaklander, 1998; Cornejo, 2003) junto con las técnicas de señalamiento y reflejo de la terapia centrada en el niño (West, 2000) el uso de la técnica del arenero (Homeyer y Sweeney, 2011) técnicas narrativas (Bailey, 2000) y de juego familiar (Gil y Sobol, 2000; Bailey, 2000) para sesiones familiares y de cierre; facilitarían el desarrollo y la organización del psiquismo de Kiara, en tanto que aportan actividades estructuradas, concretas, que se prestan a desarrollar las capacidades que se encontraban mermadas en la niña y en sus padres. Las condiciones en las que llegó la niña exigían un diseño de intervención que brindara tareas estructuradas, un acompañamiento muy cercano para habilitar funciones básicas, así como el espacio de juego libre, para el desenvolvimiento de su psiquismo.

Los primeros 11 meses del proceso se dividió en dos partes las sesiones, la primera parte fue directiva, realizamos actividades estructuradas o semiestructuradas con objetivos concretos orientados a estimular la estructuración del *Yo*, ahí las técnicas gestálticas de uso del dibujo y la fantasía fueron de gran utilidad. La segunda parte de las sesiones se destinaba para juego simbólico, aquí se utilizaban señalamientos y reflejos como los plantea West para favorecer la toma de conciencia de sí misma en la niña.

En ocasiones sólo se realizaba una actividad guiada, a partir del año de intervención se optó por dejar las actividades guiadas para seguir con un formato de juego libre, en el que se dividía el tiempo de la sesión en 4 tiempos: Tiempo de hablar sobre los aspectos sobresalientes de la semana y estado de ánimo, tiempo de juego libre, tiempo de pensar y tiempo de guardar los materiales.

A lo largo del proceso, la conversación terapéutica fue guiada con base en dos propuestas teóricas, la de Greenspan y la de Fonagy⁸.

⁸ Véase el capítulo 1 Enfoques de intervención para Trastornos por Déficit.

Respecto al registro de las sesiones, la mayoría fueron audiograbadas, se realizaron notas generales de las sesiones y en ocasiones se videograbaron algunas, en el presente trabajo se plasman viñetas con fragmentos de las mismas.

Capítulo 5

Presentación de caso clínico

5.1 Caso Kiara

Contexto clínico

El proceso psicoterapéutico tuvo una duración de 72 sesiones, incluyendo 9 sesiones de evaluación diagnóstica, 51 sesiones terapéuticas y 12 sesiones de seguimiento y orientación con los padres de la paciente. Por motivos de confidencialidad se utiliza el pseudónimo Kiara; al iniciar el proceso de evaluación la niña tenía 9 años de edad y al finalizar 11 años.

Encuadre

En general las sesiones consistían en una hora de trabajo psicoterapéutico con la niña, su padre la llevaba y pagaba cada sesión la cuota establecida por el Centro de servicios psicológicos. Si por algún motivo tenían que faltar se acordó que avisaran con anticipación e intentáramos reagendar la sesión.

Se le informó a la niña que tendría un folder donde guardaríamos los dibujos y trabajos realizados a lo largo del tiempo en terapia y al finalizar ésta ella podría llevárselos a casa. Los juguetes y materiales sólo se usarían en ese espacio.

Se intentaba tener una reunión mensual con los padres para orientación y seguimiento en casa, del plan de tratamiento. Se tuvieron algunas sesiones familiares en función de los objetivos terapéuticos que el proceso iba requiriendo y finalmente se realizó un cierre terapéutico con la niña, con los padres también, además de que se les ofreció mantener reuniones mensuales posteriores al tratamiento de la niña para dar seguimiento a los avances de la niña y las dudas de los padres. Finalmente se realizó un festejo en el que Kiara y su familia celebraron sus logros y se les brindó un diploma como reconocimiento a su compromiso y trabajo personal⁹.

⁹ El uso de los diplomas se tomó de técnicas narrativas. Bailey, C.E. (2000) Children in therapy. Using the family as a resource. USA: W.W. Norton & Company, Inc.

Motivo de consulta de los padres:

Manifiesto: El padre solicita evaluación y atención psicológica para la niña porque presenta dificultades considerables para hablar, leer, escribir y realizar operaciones aritméticas al nivel esperado para el 3° de primaria. Hacía un año le realizaron un estudio neuropsicológico en un centro privado y le diagnosticaron Trastornos del aprendizaje, lectura, escritura y cálculo. Más no recibió atención por falta de recursos económicos de la familia.

Latente: Creen que su hija tiene retraso mental, quieren saber qué hacer con ello y qué alguien les guíen y atienda a su hija.

Motivo de consulta de la niña

Manifiesto: En la primer sesión de evaluación después de explicarle el trabajo de una psicóloga en relación a los niños, se le preguntó para qué creía ella que sus papás querían traerla a terapia, a lo que Kiara contestó “para que me vaya mejor en la escuela” y comentó que le gustaba la idea de que la pudieran ayudar “con las cuentas”.

Latente: La niña desea responder satisfactoriamente la demanda de sus padres y obtener la aceptación de los mismos mejorando su desempeño.

Historia clínica

Ficha de identificación

Nombre: Kiara

Edad (al inicio del tratamiento): 9 años, 7 meses

Escolaridad: 3° Primaria en escuela pública

Institución de atención: Centro de servicios psicológicos

Religión: Católica

Fecha de nacimiento: 1° de Marzo del 2004

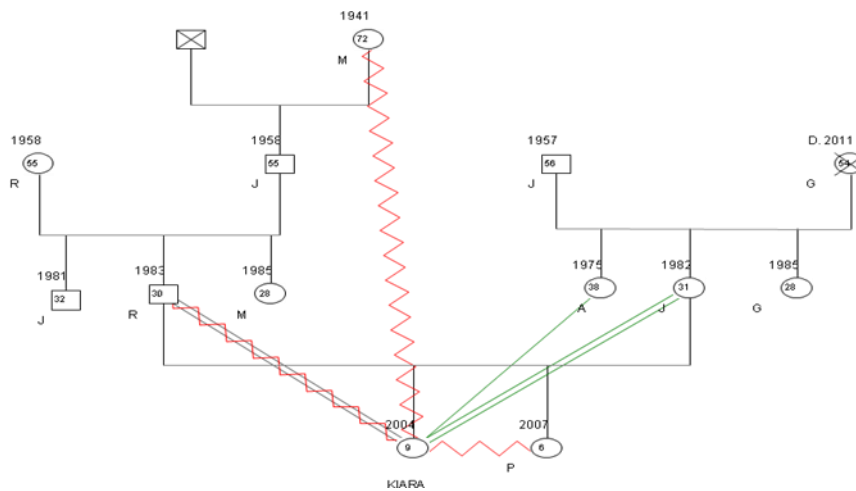
Fecha de inicio de evaluación: 8 de Octubre del 2012

Fecha de término del tratamiento: Junio del 2014

Tabla 3

Datos de los padres	Madre	Padre
Edad	31	30
Escolaridad	Técnico informativa	Licenciado en Administración
Ocupación	Empleada administrativa en una empresa de seguro	Se dedica a las labores domésticas de su hogar
Estado Civil	Unión libre	
Nivel socioeconómico medio	Departamento rentado con servicios básicos.	

Genograma



Antecedentes e historia de desarrollo

Descripción de la niña

Kiara es una niña de tez blanca, estatura y peso promedio para su edad, su comportamiento al inicio de la evaluación tendía a ser sumamente ansioso, obedecía las instrucciones y trataba de cumplir con las tareas que se le indicaban.

Historia familiar

Los padres de Kiara llevaban una relación de noviazgo de 2 años previos al embarazo no planeado, el cuál es ocultado de la familia paterna hasta el día que comenzó la labor de parto. La madre de Kiara trabajó los 9 meses de gestación, viviendo en casa de su familia de origen, el padre de la paciente se mantuvo presente y apoyo relativamente a la madre, pues era él quien decidió ocultaron de su familia, pues no quería casarse. Después del

nacimiento de Kiara deciden vivir juntos, a los 45 días del evento la madre regresa a trabajar y es su hermana mayor la que se hace cargo del cuidado de la niña. Ambos padres trabajaban pero la madre desde entonces tenía un sueldo mayor y estable, por lo que deciden que sea ella quien se encargue de llevar a la casa los recursos económicos y el padre del hogar y las hijas.

La madre reporta que durante los primeros años de vida de la niña la familia paterna hacía muchas comparaciones entre los niños (primos) discriminando a la paciente por no desenvolverse como los demás, tema de conflicto entre la pareja. Hasta que deciden realizarle estudios médicos.

Dinámica familiar

Parece que Kiara se queda detrás de los demás integrantes de la familia, intenta seguirlos, pero lo hace con dificultades, torpe y tímidamente. El padre toma una actitud directiva, organiza a su familia y manifiesta de manera tanto directa como indirecta las expectativas, exigencias y reclamos a Kiara por no responder en tiempo y forma a sus demandas. La madre es cálida, apoya y da soporte tanto a su esposo como a sus hijas, es alegre y afectuosa. Aunque también exige, se desespera con la niña al no responder como el resto de los niños de su edad.

Entre ambos padres parece que existe una buena relación, comunicación, cooperación, afecto, respeto y corresponsabilidad. Poseen muchos recursos, comparten, juegan, se divierten, con sus hijas. Ponen en práctica las sugerencias que reciben, se han mostrado siempre muy colaborativos y atentos con el proceso de atención tanto terapéutica como neuropsicológica.

Entre las niñas se observa una diferencia considerable tanto en su temperamento como en su agilidad mental. La hermana de Kiara resalta por su agilidad mental frente a la de Kiara. Se encuentra en estado de alerta frente a todo lo que le rodea, actúa segura y confiada de sí misma. Expresa con naturalidad emotividad, se encuentra frecuentemente alegre, activa, con ganas de acaparar la atención y tomar elecciones en su núcleo familiar. Se observan claramente sentimientos de celos y enojo por parte de Kiara hacia su hermana, ella misma lo ha verbalizado.

Relación con el padre

El papá se desespera con facilidad, impone castigos, regaños y alza la voz cuando no realiza las actividades o deberes cuando y como él lo solicita. Le exige a la niña realizar operaciones aritméticas, leer y evocar lo que haya comprendido de la lectura. Kiara actúa con reservas con él, se muestra temerosa y se desorganiza cuando éste le demanda algo. Durante el mes de Enero, la niña expresó mucho enojo hacia su padre, renuencia y oposición clara a realizar lo que le pide.

Relación con la madre

Parece que Kiara careció de las atenciones afectivas continuas y constantes de su madre, desde los primeros meses de vida, por la situación laboral de la última. Sin embargo parecen llevar una relación de confianza y afecto. La niña logra comunicar un poco con ella, lo que siente y desea.

Relación con la hermana

Pamela busca y tiende a acaparar la atención de los demás, se relaciona seductoramente hasta conmigo como la terapeuta de su hermana. Actúa impulsivamente e impone su voluntad en la mayoría de las ocasiones, no parece que los padres logren eficazmente frenar este comportamiento para equilibrar entre ambas niñas. Kiara se retrae, calla, expresa su enojo de manera indirecta, cede en ocasiones (no sabemos con qué frecuencia) a lo que la pequeña exige. Kiara ha sido opacada por su hermana frente a la familia extensa, tanto los padres como la niña han manifestado que no le dan el mismo trato que a los demás niños integrantes de la familia, hacen una diferencia con ella por su condición cognitiva, discriminándola en cierta medida. Frecuentemente hay riñas entre las hermanas, se pegan una a la otra y Kiara expresa mucha rabia y malestar para con ella.

Antecedentes heredofamiliares

Tanto la abuela como la madre paterna padecen hipertensión, la abuela materna era diabética y reportan que la madre materna era pre-diabética. La hermana de Kiara no presenta ninguna dificultad relevante en lenguaje, aspectos académicos o médicos.

Antecedentes prenatales

La madre reporta que su periodo de gestación fue de 39 semanas, no presentó enfermedades o problemas durante el embarazo. Menciona que fue un embarazo no planeado, pero sí deseado. Sin embargo no reporta haber ingerido drogas, bebidas alcohólicas, medicamentos durante este periodo. La revisión médica ginecológica la recibió al mes y medio de enterarse del embarazo. En cuanto a la alimentación la madre menciona que muchas veces tenía que comer en restaurantes o fuera de casa, por lo que no considera que haya sido totalmente adecuada. En el sexto mes del embarazo padeció una infección vaginal que fue atacada con fármacos orales (medicamento no referido).

La madre considera que el embarazo fue normal llegando a su término a las 39 semanas de gestación, no sufrió contracciones, y menciona que “se rompió la fuente” y fue ésta la manera por la que logro darse cuenta que comenzaba el parto. Este fue natural obteniendo una calificación de APGAR de 8/9. Su peso fue de 2.950 kg y la talla de 51 cm. La madre comenta que al nacer Kiara lloró inmediatamente y que cuando le presentaron a la bebé notó que la piel era “casi transparente”.

Los médicos revisaron a Kiara y notaron que su cadera se encontraba dislocada debido a las maniobras del parto, por lo que la bebé fue sometida a rayos X y permaneció hospitalizada 3 meses, usando doble pañal, sin embargo no reportan haber recibido un tratamiento especial posterior para la dislocación.

Antecedentes posnatales

Desarrollo psicomotor

Los padres refieren que solían cargar y mantener mucho en brazos a Kiara. La paciente logró el sostén cefálico entre los tres y cuatro meses de edad, sentarse sola lo logra a partir del medio año. A su vez los padres reportan no haberla visto gatear, sin embargo comentan que la tía que estuvo al cargo y cuidado de Kiara durante un tiempo, la hacía gatear, posteriormente recuerdan que comenzó a caminar con ayuda al año y dos meses. Mencionan también que Kiara logró el control de esfínteres aproximadamente a los dos años, sin tener ningún problema en este aspecto. Actualmente utiliza zapatos de corrección

ortopédica, debido a que el pie derecho lo tiene un poco encorvado hacia adentro. A los dos años definió su predominio por el uso de la mano derecha.

Adquisición y desarrollo del lenguaje

Los padres reportan que Kiara balbuceó a los 3 meses y al año comenzó a decir algunas palabras; siendo su primera palabra Ana (Nombre de la tía), después del año es cuando comenzó a decir 2 palabras unidas, pero se le dificulta enormemente pronunciar las palabras, armar oraciones completas adecuadamente.

Alimentación

La madre comentó que alimentó a la bebé con leche materna hasta el año y medio, casi dos años, la succión era muy fuerte y en ocasiones se atragantaba con la leche. Durante el día la tía la alimentaba con fórmula y era hasta la noche que la mamá la amamantaba. Les costó mucho trabajo destetarla, no quería otra leche.

Ciclos de sueño

Los padres narran que tardaban hasta dos horas en dormirla, siendo altamente susceptible a despertarse con cualquier ruido o movimiento, por lo que comenzaba a llorar. Implementaron el uso de una hamaca para arrullarla y facilitar el trabajo.

Temperamento y carácter

Los padres comentan que los primeros tres años Kiara se escondía tras su papá cuando alguien se le acercaba, la recuerdan tímida, cohibida, insegura, casi no hablaba, tendía a replegarse y alejarse de los demás. No recuerdan haberla visto jugar, no mostraba mucha curiosidad por el mundo, temía explorar, prefería pasar tiempo sola en su recámara, ensimismada. Hasta los cuatro años de edad que la llevaron a terapia de lenguaje (durante un año) justo porque detectaban sus dificultades, comenzó a relacionarse un poco más con gente fuera de su núcleo familiar de ese momento (papá, mamá y tía materna). Mencionan que cuando era bebé no soportaba una reunión dónde hubiera mucho ruido, por lo que se tenían que aislar para que se tranquilizara. Actualmente comentan que tiene muy pocos amigos en el colegio, pero que mantienen una buena relación con ellos.

Antecedentes patológicos, enfermedades y accidentes

Desde los 2 meses, notaron que la niña mantenía la boca abierta en todo momento, posicionando la lengua por fuera, debido a esto y por algunos rasgos faciales, el pediatra sospechaba de Síndrome de Down, sin embargo, al hacerle un estudio cromosómico los padres reportan que el hallazgo fue que uno de los cromosomas era de menor tamaño, (no se menciona el cromosoma), pero que el pediatra comentó que esa alteración no era relevante. A los 7 meses sufrió de gastroenteritis infecciosa, padeciendo vómito y diarrea, por lo que fue internada una semana en el hospital por deshidratación.

A los dos años, por recomendación de un otorrino, le sacaron unas placas, debido a la dificultad para cerrar la boca y meter la lengua, a lo que el médico les comentó que la dificultad era debido a una obstrucción de las vías respiratorias, haciendo que el aire no tuviera un paso adecuado, y que esta era la razón por la cual Kiara usaba la boca para respirar, por lo que necesitaban operarla, sin embargo no se decidieron a realizar el procedimiento quirúrgico hasta los 6 años.

A los tres años padeció varicela y altas temperaturas sin pérdida de conciencia, tiempo después se le presentó una infección en vías urinarias, por lo cual se le realizó un análisis de orina y sangre. La madre comenta que cuando salieron del hospital la paciente “convulsionó” poniéndose rígida y con los ojos en blanco, a lo cual los doctores le comentaron que solo había sido una descompensación.

A los cuatro años Kiara sufrió una caída y se fracturó el dedo meñique de la mano derecha a pesar de que fue atendido le creció “chueco” por lo que unos meses después tuvo que ser operado.

A los seis años se cayó lo que provocó varias lesiones en la cavidad oral, enterrándose los dientes en encías, un diente en el labio superior y rompiéndosele el frenillo, se realizó la operación reconstructiva y el doctor les comentó que debido a la inflamación a Kiara se le dificultaría mucho respirar por la boca, por lo que recomendaba que en ese mismo año se realizaré la operación de la adenoamigdalitis que se le había diagnosticado de pequeña.

Cuando la paciente además de tener constantes enfermedades de las vías respiratorias como (gripe y tos), dificultades para hablar, y el diagnóstico de adenoamigdalitis, los padres decidieron someterla a la operación y posteriormente

canalizarla a terapias de lenguaje, dónde encontraron que el paladar de la paciente es más cóncavo de lo normal y debido a esto tenía dificultades de pronunciación, especialmente en la “R”, a lo cual las terapeutas de lenguaje recomendaron el uso de un aparato para que Kiara, jugara con el paladar, sin embargo, no se continuó el tratamiento o indicaciones. Los padres reportan que Kiara ya no deja la boca abierta con tanta frecuencia, sólo en algunas ocasiones.

A los seis años Kiara sufrió un accidente automovilístico en compañía de su familia, se abrió la frente y tuvieron que suturar, no hubo pérdida de conciencia, convulsión o vómito después del trauma, no lloró, ni hablaba del tema en ese tiempo, pero sí hubo cambios en su actitud se comportaba rebelde y renuente a ciertas actividades como bañarse.

Aspectos escolares

Ambos padres reportan que las dificultades de Kiara son notables en comparación a sus compañeros y su hermana. La madre comenta que ella tenía el deseo de que Kiara repitiera el segundo año de primaria. Mencionan que la maestra tiene un trato especial hacia Kiara, en realidad parece que no la atiende, más bien ignora la problemática. La niña no logra avanzar porque no ha habido adecuaciones curriculares, en Usaer tampoco le han brindado la atención necesaria, sólo la ayudan con los exámenes. Tiene algunas amigas (ella refiere tres niñas) pero entre ellas suelen burlarse de ella en ocasiones o cuestionarla en cuanto a sus dificultades para leer y escribir. En cuanto a su relación con el resto del grupo, parece que pasa desapercibida, porque ella misma se retrae.

Hábitos diarios

Kiara se despierta a las 6.30 de la mañana, asiste al colegio en un horario matutino. En la escuela platica sentada con sus amigas durante el descanso y cuida a su hermana. Cuando sale del colegio comen a las 3 de la tarde, teniendo una dieta balanceada. La niña es capaz de vestirse y bañarse por sí misma e ir a la tienda sola. Realiza la obligación del hogar que ya tiene asignada junto con su hermana (recoger su recámara y tender su cama), y posteriormente ambas ven la televisión. Cuando el padre termina las actividades del hogar, se dedican a realizar la tarea y después vuelve a ver televisión. Comúnmente el padre le

asigna tareas porque ella no anota la que deja la maestra, se le dificulta el dictado, así que hace cuentas o lee. No recuerdan que juegue frecuentemente, ve la televisión o duerme.

Evaluación psicológica

Frente a las particularidades del caso se decidió realizar una evaluación conjunta con el área de Neuropsicología del Centro de Servicios Psicológicos, así que nos enfocamos a realizar una evaluación visoperceptual y psicoafectiva, con la idea de que dicha área nos ofreciera un estudio específico del nivel de desarrollo de las diversas funciones cognitivas de la niña.

Actitud ante la evaluación

Las primeras dos sesiones de evaluación la niña se muestra extremadamente nerviosa, pega el rostro a la mesa, está muy sonrojada, habla en voz baja, casi no se le entiende al hablar, realiza las tareas asignadas con cierta impulsividad, no se da tiempo para pensar, planear y luego ejecutar, pero se esfuerza para cumplir la actividad.

Pruebas y técnicas utilizadas

- Entrevistas con los padres por separado y una en conjunto
- Dibujo libre, calificado con indicadores de Hammer (2004)
- Test Gestáltico Visomotor de Bender, calificado con la escala de maduración de Koppitz (1975).
- Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (DTVP-2).
- Prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH), calificado con indicadores evolutivos e indicadores emocionales de Koppitz.
- Dibujo de la Familia, calificado con indicadores de Corbman, Lluís Font
- HTP, calificado con indicadores de Buck (1992)
- Cat Prueba de Apercepción Temática, calificado con Esquivel, (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*, 3ra. edición.
- Juego diagnóstico, evaluación con indicadores de Eliana Gil (2005) y Chazan (2002)
- Juego familiar diagnóstico, evaluación con indicadores de Eliana Gil (2005) y Chazan (2002)

Impresión diagnóstica

Orientación en el tiempo y el espacio

Kiara presenta dificultades para ubicar la hora y la fecha, no tiene una noción clara de las mismas, aún no diferencia el concepto de día, semana, mes y año. Lo cual repercute en su capacidad para integrar la información del ambiente e integrar una imagen de sí misma. Ya que presenta lagunas en sus recuerdos, no puede evocar en secuencia lo que ha hecho en los últimos días u horas. Esta desorientación también se refleja en la falta de organización, planeación y estructura de su pensamiento.

Área Visoperceptual

Kiara se encuentra por debajo del promedio de los niños de su edad, posee un nivel de madurez visoperceptual de 5 años 3 meses de edad en Bender. Las puntuaciones obtenidas en Frostig oscilan entre 1 ó 2 desviaciones estándar por la norma de su edad. Sus dificultades se concentran en: la coordinación visomotriz, posición en el espacio, copia de patrones, cierre visual, constancia de forma y velocidad visomotora. Lo cual se refleja en su desempeño al leer, escribir, comprender los números y símbolos para realizar cálculos. No obstante es necesario considerar los resultados de la evaluación neuropsicológica para determinar otras áreas afectadas implicadas en el proceso de lectoescritura y cálculo.

Área Psicoafectiva

Kiara se percibe a sí misma inadaptada, frágil e incapaz, aún no ha logrado constituir una imagen corporal definida. Su *Yo* no está del todo integrado y diferenciado, sí tiene la capacidad para discernir entre la realidad y la fantasía, puede realizar juego simbólico pero de manera precaria para lo esperado a su edad. Presenta juicio de realidad, aunque su pensamiento es desorganizado, confuso y concreto. Aún no desarrolla la función de dominio y competencia, es bastante dependiente de sus tutores.

Entre los mecanismos de defensa más habituales en su comportamiento sobresale el aislamiento, separa el deseo y el afecto, la escisión y la renegación, crea fantasías que borran sucesos desagradables. Difícilmente reconoce y expresa sus necesidades, deseos u opiniones.

Se siente insegura de sí misma, de su capacidad para desempeñarse adecuadamente. Lo cual se refleja en un comportamiento retraído, introvertido y ansioso. Su nivel de ansiedad e inseguridad es tan grande que la bloquea y desorganiza gravemente, aunque debemos señalar que, conforme adquiere confianza en el ambiente y en los adultos a cargo su desempeño mejora.

En cuanto a temperamento se observa una respuesta dilatada a los estímulos, su nivel de energía es hipoactivo en general, tiende a comportarse apática, no es fácil distinguir si algo le produce placer o no, su reacción emocional se encuentra inhibida.

En general su expresión emocional es plana, no expresa directa o verbalmente emociones, dice que se siente “bien” y se observa una falta de congruencia entre su emoción, acción y verbalización. Su tolerancia a la frustración se encuentra débil, tiende a evadir y a negar cuando algo le genera emociones dolorosas o incómodas, también intenta compensar su angustia con fantasías positivas e imágenes agradables. Presenta gran ansiedad, inseguridad y miedo frente a situaciones nuevas, así como actividades que pongan en juego sus habilidades cognoscitivas. Durante la evaluación sobresalieron sentimientos como la frustración y el enojo hacia su familia. Principalmente con la abuela paterna, el padre y la hermana.

Generalmente expresa el enojo oponiéndose a las demandas de sus padres o peleando con la hermana. No se le facilita establecer contacto con las persona, se distancia, se sitúa detrás del resto de las personas con las que esté. Más que regular sus impulsos los inhibe e intenta adaptarse a su medio familiar y escolar, siguiendo lo que otros dicten, siempre detrás de los demás.

Se esmera en realizar las actividades que se le solicitan aunque la invada la ansiedad y lo realice con dificultad. Asume la autoridad de otros de una manera aplastante. Muestra interés y motivación en mejorar su desempeño pero se observa en ella una gran necesidad de apoyo, aceptación y acompañamiento no satisfecha. Al parecer Kiara sostiene un estilo de apego ansioso-ambivalente con ambos padres.

La problemática que presenta Kiara, implica los procesos de desarrollo psicológico en su totalidad, se conforma de la interinfluencia de factores orgánicos (que al no haber sido atendidos oportunamente decantaron en un desarrollo cognoscitivo mal logrado) con factores socioafectivos, que delinearon un desarrollo psicoafectivo inmaduro y frágil. El

modelo interaccionista explica que no sólo los problemas de aprendizaje predisponen a problemáticas emocionales, cuando la afectividad actualiza sus estructuras, potencializa la cognición, e inversamente, cuando la cognición actualiza sus estructuras potencializa la afectividad y esta interrelación entre los procesos es lo que da lugar al aprendizaje, el desarrollo y la adaptación del sujeto (Solloa, 2006).

A nivel psicoafectivo Kiara cubre los criterios para un Trastorno reactivo de la vinculación, con rasgos predominantes de ansiedad, desde los planteamientos de Solloa. Las condiciones familiares en las que Kiara nació, propiciaron que ésta experimentara como privación de figuras primarias de apego, la vinculación inicial deficiente con ambos padres, la madre se ausentaba todo el día por su trabajo y podía atenderla hasta en la noche. En el discurso de ambos padres no aparece el papá cubriendo funciones maternas, siendo que se encontraba en casa, cuando Kiara era una bebé, se sabe que dichas funciones no tienen que ser desempeñadas necesariamente por la madre o una mujer, sin embargo los imperativos sociales de género complican que un varón las lleve a cabo, en la medida en que no responden al rol masculino tradicional, (Dio Bleichmar, 2007). Es una tía la que brindaba cuidados básicos pero tampoco llegó a establecerse como una figura de apego seguro para Kiara. Los intercambios emocionales y pulsionales con sus padres fueron marcando un patrón de presencia-absencia inestable y ambivalente. Bowlby (1950) plantea que las diádas en las que se dificulta establecer una relación de proximidad, seguridad, protección y apoyo porque no hay un buen nivel de responsividad recíproca pueden decantar en la formación de un vínculo de apego ansioso-ambivalente.

La niña recibió un nivel bajo de estimulación afectiva y ambiental, además de no haber recibido la intervención médica pertinente para recibir la oxigenación cerebral necesaria para su pleno desarrollo. Solloa comenta que los padres muy jóvenes y familias con problemas económicos proveen un contacto más limitado, los padres de Kiara se encontraban en una situación económica y de pareja inestable cuando ella nace.

Desde una perspectiva psicodinámica la reacción del sistema familiar de Kiara fue sistemáticamente ambivalente desde sus primeros meses de vida, por un lado mostraron amor y cuidados a la niña, al tiempo que había rechazo y angustia frente a los rasgos físicos que presentaba y a su torpe desempeño que era leído como retraso mental, el cual ha fungido como un fantasma familiar. Existía una atmósfera de negación y rechazo al

embarazo no planeado, en la medida en que fue ocultado por el padre y éste accedió a formar una familia más por presión que por consentimiento genuino. Este tipo de condiciones socioafectivas son descritas como factores generadores del trastorno reactivo de la vinculación. Por otra parte atendiendo a Lacan, podemos ver que la idea de “retraso mental” ha fungido como uno de los significantes cruciales que marcan la posición de Kiara en su familia, su proceso de constitución como sujeto ha sido complicado y obstaculizado no sólo por las condiciones médicas que repercuten en su estado cognitivo, también porque la mirada que le devuelve el Otro, es una mirada que le indica que ella es deficiente. Hay una demanda aplastante del Otro, representada por su familia paterna, que le reclama y le exige desempeñarse como el resto de los niños de la familia. Kiara identifica el deseo del Otro, que encarnan sus padres y la escuela, no logra satisfacerlo y cae en tal grado de angustia que se desorganiza su pensamiento, su discurso, más de lo que sus dificultades estrictamente cognitivas le impiden en realidad. La niña ha estado atrapada en querer responder a este imperativo “*aprende*” sin poder complacerlo porque el discurso y la mirada familiar la tiene colocada desde una posición pasiva, no se le reconoce como sujeto, de modo que ella misma no accede a una posición activa frente a su propia condición, se vive como objeto carente, deficiente y rechazado de su familia. Cordié (1994) explica retomando a Lacan que el síntoma del niño se encuentra en el lugar de la respuesta a lo que hay de sintomático en la estructura familiar y realiza la presencia del objeto @ en el fantasma de la misma. El niño bajo esta dinámica familiar que circula en función del significante “retraso mental” se vive como objeto apresado en la demanda, los fantasmas y deseos de sus padres.

La facultad de aprender implica un deseo, un proyecto que en ella se ha visto obturado por diversas experiencias traumáticas, Kiara ha estado expuesta a diversos estresantes desde muy temprana edad como enfermedades, hospitalizaciones y accidentes que inciden en su deseo y confianza para explorar el mundo. Para Freud nos dice Dio Bleichmar (2005) el concepto de trauma se funda en el fracaso de la barrera contra estímulos de gran intensidad frente a los cuales la psique se halla impotente para procesar la sobrecarga emocional. Al parecer los cuidadores, no lograron brindar una adecuada contención de la ansiedad que le permitiera a ella desarrollar un sistema de regulación

emocional resistente. Dio Bleichmar habla de la regulación emocional como un proceso que inicia en *heterorregulación* y debiera irse transformando en *autorregulación*.

Este conjunto de experiencias también contribuyen a la formación de una percepción de sí misma vulnerable, una vivencia del mundo y su relación con el mismo amenazante, generando así un patrón de respuesta ansiosa frente a casi cualquier situaciones nuevas, sobre todo si ponen en juego sus capacidades tanto cognoscitivas como físicas. Dio Bleichmar menciona que los proceso de autorregulación desempeñan un papel importante en la vivencia de un *self* emergente, coopera para la representación del sí mismo como del otro.

Siguiendo a Dio Bleichmar (2005) podríamos plantearlo como un Trastorno por déficit, en el que sufre principalmente inhibición del sí mismo y del desarrollo cognitivo. El cual es abordable desde un enfoque psicodinámico del desarrollo, pues la finalidad del tratamiento reside en ayudar a la niña a crear las condiciones interpersonales para que su psiquismo evolucione. El objetivo principal de la terapia con trastornos de esta índole reside en aportar herramientas cognitivas y emociones para que en este caso, Kiara conforme un yo integrado, ya que su funcionamiento presenta un nivel de disturbio medio, según la propuesta de Bellak (1968, 1973).

Evaluación Neuropsicológica¹⁰

La niña cumple con los criterios diagnósticos para los trastornos de la lectura, la escritura y el cálculo (DSM-IV). Presenta un retraso generalizado en su desarrollo neuropsicológico: La principal dificultad de Kiara se encuentra en la codificación de elementos con un gran volumen de la información debido a la amplitud (“Span”) atencional. Esto se refleja tanto de manera audioverbal como visual. Tiene dificultades en la codificación serial de la información, por lo que necesita varios ensayos para su consolidación, así como ausencia de otras estrategias como la codificación por cercanía fonológica o categoría semántica de la información.

Cuenta con prerequisites de cálculo (conteo, ordenación, seriación) e intenta realizar operaciones mentales, y analizar problemas aritméticos a pesar de no encontrar la

¹⁰ Información proporcionada por la Residencia en Neuropsicología Clínica de la Facultad de Psicología.

respuesta correcta. Esto se relaciona con la inmadurez en funcionamiento ejecutivo y memoria de trabajo.

En cuanto al lenguaje tiene habilidades de comprensión y expresión verbal, pensamiento asociativo funcional, juicio social y sentido común. Sin embargo, Su nivel en coherencia narrativa es por debajo de lo esperado, manteniendo los elementos centrales de la narración sin orden ni coherencia en la formulación de oraciones. Presenta dificultades en la comprensión de instrucciones largas y dificultades en la comprensión del discurso por debajo de lo esperado aunque mantiene los elementos centrales de la historia de forma desorganizada. Se observan dificultades en el reconocimiento de los sonidos del idioma, confundiendo los dentales oclusivos (t y d). Cabe señalar que esto mejora al hacerlo más lento y pausado. Puede deletrear y contar palabras, así como el número de sonidos que los conforman. Se observan dificultades en la articulación de sílabas cerradas, sobre todo las que incluyen r y l intermedia, dificultades en la repetición de palabras largas.

5.2 Conceptualización de caso

Tabla 4

Manifestaciones Clínicas

Manifestaciones Clínicas				
Psicosomáticas	Conductuales	Cognoscitivas	Interpersonales	Emocionales
Poco movimiento	Evita contacto visual	Dificultad considerable para expresar sus ideas	Introversión	Angustia, Vergüenza, Tristeza.
Se sonroja	Torpeza motora	Dificultad para orientarse	Dificultades para socializar	Se observa una actitud general de desesperanza
Suda	Movimientos inhibidos, inseguros	en tiempo y espacio	Aislamiento	Bloqueo del enojo
	Distracción e inatención	Organizar pensamiento y conducta	Retraimiento	Miedo intenso a lo desconocido
				Poco expresiva cuando se trata de alegría

Tabla 5

Áreas de vida de la sujeto

Áreas de vida de la sujeto			
Afectiva e intrapsíquica		Sistema familiar	
Temperamento	Hipersensible a los estímulos, desde pequeña tiende a retraerse, miedo a la gente, a lo desconocido o novedoso bajo nivel de actividad Reacción emocional intensa en caso de ansiedad, miedo.	Estilo de crianza	El padre tiende a ser autoritario pero ambos padres han tendido a actuar inconsistente y negligentemente en cuanto a las necesidades afectivas, la seguridad y el desarrollo de su hija
Autoconcepto	Se percibe a sí misma frágil, No ha logrado integrar una imagen corporal clara,	Estilo de comunicación	A nivel analógico se percibe decepción, frustración y enojo en los padres al ver a su hija incapaz de realizar cosas esperadas para su edad.
Imagen que maneja frente a los demás	obediente, introvertida	Fantasías icc. relevantes	la niña tiene retraso mental, está incapacitada,
Percepción del mundo	Desintegrado, parcial, atemorizante	Rivalidades / coaliciones	Rivalidad fraterna conflicto entre el papá y kiara frustración y enojo frente a las dificultades de aprendizaje
Autoestima autoeficacia	Insegura, sentimientos de poca valía percibe que no tiene control sobre las situaciones y no logra lo que se propone o le piden	Alianzas	Kiara y su mamá papá y hermana menor entre los padres

Capacidad de adaptación	Tiende a invisibilizarse y a pegarse a alguien que le de confianza si se lo permite la otra persona	Estilos de apego	Apego inseguro desorganizado
Formas de expresión de afectos	Inhibición y bloqueo emocional	Roles de género	La mamá trabaja y el papá se encarga de funciones domésticas y del cuidado de la niña
Recursos y fortalezas	Fuerza de voluntad, motivación de logro y deseo de ayuda	Discurso predominante	“queremos ayudarla a que se desarrolle, queremos orientación de cómo tratarla y apoyarla”
Estilo de afrontamiento de conflictos	Evitativo, tiende a retraerse se fuga mentalmente tiende a internalizar, Intenta realizar las tareas, repite la misma estrategia sin obtener resultados, busca compensar y rellenar. con sus familiares rechaza las actividades, se niega.	Recursos y fortalezas	Disposición de ambos padres a ser orientados y llevar a cabo las sugerencias hay alianza entre los padres
Factores de riesgo	Ha vivido accidentes, hospitalizaciones, cirugías desde muy pequeña, tiene un nivel de maduración cognoscitivo limítrofe	Factores de riesgo	Los padres tienden a delegar funciones en las terapeutas y priorizar otros aspectos de su vida familiar frente a las necesidades especiales de su hija.
Situación escolar		Situación sociocultural	
Relación con autoridad	De obediencia, sometimiento. no tiene la confianza para pedir ayuda a la maestra	Procedencia socioeconómica	Clase media
Normas y expectativas	Se espera un desempeño académico promedio correspondiente a la norma para los niños de su grado escolar	Ambiente	Poco estimulante, se ha descuidado mucho a la niña
Factores de riesgo	La escuela no ofrece adecuaciones curriculares	Identidad social (religiosa)	Predomina la identidad familiar católica
		Factores de riesgo	La familia extensa juzga y discrimina a kiara al observar sus dificultades motoras, de lenguaje, etc.

Tabla 6
Nivel de Desarrollo

Nivel de Desarrollo			
Psicoafectivo		Cognoscitivo	
Regulación de afectos (enojo, ansiedad, miedo, tristeza)	En general busca inhibir sus emociones, difícilmente reconoce y expresa abiertamente sus emociones. No ha desarrollado estrategias saludables para reconocer, Expresar y modular sus emociones. En casa si expresa el enojo rechazando a sus papás, peleando con la hermana.	Memoria y velocidad de procesamiento	La niña puede mantener un volumen atencional bajo, Se le dificulta mantener la atención, planear, manipular, comparar la información y procesar la tarea en cuestión Se le facilita más asociar y reconocer símbolos que discriminarlos Visoperceptualmente, su velocidad para explorar y procesar es lenta
Manejo de impulsos agresivos	Tiende a inhibirlos e introyectarlos. Sólo se permite mostrarlos con su hermana menor, peleando y pegándose mutuamente	Funcionamiento visoperceptual y espacial	Tiene dificultades para analizar, descomponer y sintetizar los estímulos visuales abstractos. La niña se desenvuelve mejor para categorizar y reconocer conceptos con imágenes que para comprender patrones y secuencias.
Tolerancia a la frustración	Poca tolerancia, le genera ansiedad al grado que se desorganiza por completo, no logra articular las palabras, ver al otro, se avergüenza cuando se trata de realizar una tarea.	Comprensión y expresión de lenguaje	Comprensión a nivel funcional de aspectos vinculados a su vida cotidiana, no logra consolidar abstracciones. Logra captar ideas y expresarlas pero sin orden, ni coherencia clara. Tiene una reserva de conocimientos escueta. su habilidad para elaborar conceptos y producir oralmente es restringida
		Razonamiento	
	Cuando se trata de obtener algo que quiere parece que no muestra gran reacción, como si estuviera acostumbrada a ser ignorada.		Su capacidad de organización y construcción visoespacial no está desarrollada para lo esperado a su edad, cuando se le ofrecen estrategias las toma rápidamente y su desempeño mejora aunque necesita más tiempo que el promedio de niños de su edad, para realizar una tarea.
Físico - motor			
Edo. general de salud	Actualmente no padece de enfermedades. Tiene la altura y el desarrollo corporal esperado para su edad. buen estado nutricional	Motricidad	No posee el dominio y destreza esperado para su edad en la motricidad fina principalmente. tiene menos dificultades en la motricidad gruesa, pero aún en esta se observa torpeza

5.3 Plan de Tratamiento

Tabla 7

Plan de Tratamiento

Hipótesis Clínicas	Núcleos de Intervención
1. La problemática que presenta Kiara, implica los procesos de desarrollo psicológico en su totalidad: Factores orgánicos, con factores socioafectivos, que delinearón un desarrollo psicoafectivo inmaduro y frágil.	Se requiere de un plan de intervención multidisciplinario: Psicoterapia Habilitación Neuropsicológica Apoyo Pedagógico especializado Trabajo con la escuela
2. Estableció una vinculación inicial deficiente con ambos padres, formando un patrón de apego inseguro desorganizado.	Trabajar con los padres en la formación de un vínculo de apego seguro entre padres e hija.
3. La atmósfera de negación y rechazo al embarazo no planeado, se conjuntó con el rechazo y angustia frente a los rasgos físicos de Kiara y su torpe desempeño, fomentando un trato ambivalente de parte de los padres y la familia extensa hacia la niña, reflejándose en prácticas de crianza que oscilaron entre lo negligente y autoritario.	Trabajar en orientación psicopedagógica las fantasías y expectativas de los padres sobre la idea de “retraso mental” en Kiara
4. La negligencia y el autoritarismo fluctuante favoreció que las problemáticas orgánicas que presentaba decantaran en un desarrollo cognoscitivo deficiente y defectuoso.	Trabajar en orientación psicopedagógica con los padres para fomentar prácticas de crianza que apoyen el desarrollo de Kiara
5. Los vínculos que formó con sus figuras de apego no lograron brindarle un sentimiento de seguridad, protección, aceptación y apoyo.	Trabajar en la formación de un autoconcepto positivo, el fortalecimiento de su autoestima y el desarrollo de la regulación emocional
6. Los accidentes y hospitalizaciones han sido experiencias traumáticas que generaron duelos inconclusos y estrés postraumático. Se hipersensibilizaron las reacciones fisiológicas y emocionales de la niña desde temprana edad. Este tipo de experiencias generan bloqueos e inhibición de la constitución psíquica.	Trabajar la integración y fortalecimiento de funciones yoicas Favorecer la elaboración el duelo por la muerte de su primo Favorecer la elaboración de los traumas emocionales relacionados a su cuerpo y sus dificultades cognitivas

Capítulo 6. Proceso psicoterapéutico

Tabla 8

Resumen del Proceso Psicoterapéutico

Resumen del Proceso Psicoterapéutico				
Evaluación Psicológica	Primera Fase del Proceso terapéutico	Aplicación WISC-IV (Versión psicométrica y neuropsicológica)	Segunda Fase del Proceso terapéutico	Tercera Fase del Proceso terapéutico
Octubre – Diciembre 2012	Enero – Mayo 2013	Junio –Julio 2013	Agosto – Diciembre 2013	Enero – Junio 2014
Sesiones 1° a 9	Sesiones 10 a 30	10 sesiones	Sesiones 31 a 48	Sesiones 49 a 72
1 sesión de juego diagnóstico familiar “Historia con títeres”	1 sesión familiar “Festejamos su cumpleaños”		1 sesión familiar “Historia de mi vida”	2 sesiones familiares “Festejamos su cumpleaños” “Festejo de cierre terapéutico”
Devolución de resultados a los padres y propuesta de tratamiento	6 sesiones de orientación y seguimiento a padres		3 sesiones de orientación y seguimiento a padres	3 sesiones de orientación a padres 1 sesión de cierre y propuesta de seguimiento a padres posterior a la terapia

6.1 Primera Fase “*Construyendo con Kiara*”

(Enero – Mayo del 2013)

Estrategias de intervención

Trabajo en sesiones de orientación con los padres:

1. Para poder acceder a trabajar pautas de apego seguro fue necesario comenzar por elementos previos:

- a) Ofrecer medios de comprensión de la situación psicológica de su hija.
- b) Facilitar alivio de su tensión y preocupación.
- c) Facilitar que descubran los recursos, logros y estrategias tanto de la niña como de ellos como papás.
- d) Delinear pautas de trabajo en casa para habilitar funciones cognitivas.
- e) Ofrecer sugerencias y ejemplos para desarrollar pautas de proximidad, seguridad, protección y apoyo con la niña. (Estar disponibles, disfrutar del contacto, fomentar juego familiar, brindar protección y guía paciente, reconocerle sus aciertos y virtudes)

2. Para facilitar la integración y fortalecimiento de la instancia yoica de Kiara comenzamos por:

- a) Actuar como un yo alterno en las sesiones terapéuticas.
- b) Realizar actividades que fomenten el reconocimiento de sí misma y la formación de una autoimagen diferenciada y más organizada.
- c) Hacer reflejos durante el juego simbólico, dirigidos a facilitarle la posibilidad de elegir, diferenciarse, formar una noción de sí misma, reconocer y formar un deseo propio.

3. Para fortalecer la autoestima iniciamos por:

- a) Apoyar a la familia para adecuar sus demandas y las de la escuela a las posibilidades cognitivas de la niña para permitir que disminuyera la exigencia, por tanto los niveles de ansiedad.
- b) Asignar tareas en casa y en sesión terapéutica que desarrollen en ella un sentimiento de dominio y maestría.

- c) Facilitar que descubra sus recursos, logros y estrategias.
- d) Facilitar la expresión de demandas, necesidades, deseos y opiniones.

Con base en el retraso considerable de su desarrollo cognitivo, decidí asignar tareas para trabajar en casa. Principalmente el papá fue el que realizó algunas de las actividades propuestas.

Área Perceptomotora

Coordinación ojo-mano

- ✚ Hacer pulseras, usar hilo y aguja para ensartar piezas pequeñas.
- ✚ Hacer collages: recortar, pegar.
- ✚ Colorear, calcar.

Posición en el espacio

- ✚ Bailar: coordinar partes del cuerpo con tiempos. (videos de Zumba)
- ✚ Juegos para coordinar extremidades, posición espacial (izquierda, derecha, adentro, fuera, detrás, antes) [juego Twister, avión-rayuela]

Copia

- ✚ Ejercicios del manual de trabajo de Marianne Frostig

Figura-Fondo

- ✚ Juego encuentra a Wally (Enfocar su atención en los estímulos adecuados)* *Atención*
- ✚ Ejercicios del manual de trabajo de Marianne Frostig

Relaciones espaciales

- ✚ Leer el reloj de manecillas.* *Orientación en el tiempo y espacio.*
- ✚ Ubicarse en el calendario.* *Orientación en el tiempo y espacio.*
- ✚ Construir con bloques * *Razonamiento, análisis y síntesis*
- ✚ Realizar rompecabezas*

Cierre visual

- ✚ Ejercicios del manual de trabajo de Marianne Frostig

Constancia de forma

- ✚ Acomodar cubos*

Realizar ejercicios de clasificación, selección y agrupación:

- ✚ Guardar las compras según su clasificación (frutas, verduras, lácteos, etc.)

- ✚ Guardar la ropa según colores, texturas, tipo de ropa.


Ejercicios atencionales

- ✚ Realizar laberintos sencillos
- ✚ Sopas de letras
- ✚ Mostrarle los detalles en las calles, supermercados, etcétera.

Se implementó un enfoque que pretende ser integrativo en la medida en que se dividen en dos partes las sesiones, la primera parte es directiva, realizamos actividades estructuradas o semiestructuradas con objetivos concretos orientados a estimular la estructuración del Yo y la segunda parte se utiliza para juego simbólico con intervenciones desde el enfoque psicoanalítico.

Tabla 9

Principales intervenciones realizadas en las sesiones terapéuticas

Tiempo Directivo	Juego simbólico
Trabajo con calendario para la ubicación espacio-temporal Cada inicio de sesión se intenta recapitular eventos vividos en la semana	Se le da la opción a la niña de elegir que quiere hacer durante esa parte de la sesión.
Árbol genealógico de su familia para ubicar su posición en su sistema familiar, lo cual buscaría tener un efecto organizador para el yo.	Se sigue la línea que plantea la niña, participando en la medida que ella lo solicita. 
También se ha trabajado mediante dibujos temas como: “Qué me gustaría pedirles a mis papás” “Qué me gustaría cambiar en mi casa y en la escuela” Apelando a la enunciación de su deseo	El objetivo del juego reside en brindarle una experiencia del sí mismo y del otro, a modo que pueda formar un vínculo y ensayarse a sí misma como sujeto.
Collage de reconocimiento de emociones en expresiones faciales	Se realizan reflejos dirigidos a facilitarle la posibilidad de elegir, diferenciarse, formar una noción de sí misma, reconocer y formar un deseo propio.
Reconocimiento de emociones propias, escuchando canciones y realizando un dibujo de la emoción evocada	

Avances terapéuticos

Los padres

Afortunadamente llevan una buena relación, se observa comunicación, cooperación, afecto, respeto y corresponsabilidad entre ellos, lo cual favorece enormemente su colaboración en el proceso. Poseen muchos recursos, tienen la capacidad de compartir, jugar, organizarse, establecer normas y divertirse con sus hijas. Ponen en práctica las sugerencias que reciben y muestran mucho compromiso con el tratamiento de su hija, tienen un buen nivel de adherencia terapéutica. De manera que hemos logrado que la relación familiar se movilice, el padre evita gritar, castigar, negocia con Kiara, ambos padres tienen más paciencia con ella, la guían en las tareas en vez de presionarla o realizarlas por ella, están equilibrando la atención que brindan a cada hija, comenzando a darle un lugar a Kiara pidiéndole su opinión, preguntándole qué piensa, qué siente, qué quiere. Ahora son capaces de observar algunas de las capacidades y características positivas de su hija, además de establecer un trato a más afectuoso y lúdico con ella.

Les ha sido de gran utilidad *no pensar a* su hija como retrasada mental, comprender que tiene dificultades considerables en áreas específicas que están siendo abordadas progresivamente, tanto en el taller de Neuropsicología donde habilitan aspectos de lenguaje y lectoescritura, como en terapia y en las tareas que ellos realizan en casa con ella.

También podemos suponer que la realización de las tareas sugeridas en casa favorecieron el desarrollo de las habilidades que se encontraban bloqueadas. Tanto la niña, como su padre reportaban que en efecto, realizaban rompecabezas, laberintos, ejercicios visomotores, entre otras actividades. El uso de materiales para manualidades (pintura, plastilina, etc.) en las sesiones terapéuticas ha favorecido la exploración de texturas, tamaños, colores, cantidades, entre otros aspectos que están contribuyendo en la integración sensorial que le hace falta consolidar. Es importante mencionarlo porque el uso de estos materiales se basa en técnicas que pretenden movilizar al área afectiva y simbólica, **no obstante, el desarrollo psicológico se desenvuelve de manera integral.**

Kiara

Las sesiones en esta primera etapa van conformándose a partir de la conversación terapéutica, a partir de preguntas, por ejemplo: ¿Qué te pidió tu papá que me dijeras? El diálogo se va tejiendo con preguntas y comentarios formulados con las frases más sencillas posibles para facilitar en Kiara la puesta en marcha de procesos autoreflexivos. Kiara era una niña que a sus 9 años, experimentaba el mundo como una de 3 años y se comunicaba con esfuerzos como una de 4 años. Al principio la niña sólo podía comunicar con frases muy acotadas sus vivencias (que sea buena, feliz, es aburrido) y ni siquiera imaginaba que podían cambiar las cosas que la aquejaban. Los primeros 4 meses aproximadamente, Kiara decía continuamente “no sé” y en ese tiempo la mayoría de las ocasiones, no era una resistencia, un recurso para evadir algún tema delicado, en realidad “no sabía”, no sabía donde había estado, que le había ocurrido, qué había sentido, recordaba fragmentos de experiencia.

Kiara se fue beneficiando de esta clase de diálogos que ejercitaban, enriquecían y ampliaban la comprensión de su mundo circundante, de sus experiencias y finalmente despertaban su capacidad para aprender y cambiar varios aspectos de su vida.

El uso del dibujo como recurso para ayudarle a generar una representación sobre sus experiencias, sus relaciones personales, sus emociones, deseos, necesidades, fue de enorme utilidad, le permitió plasmar y dar forma a aquello que en su mente existía como fragmentos de sensaciones, vivencias y recuerdos.

El dibujo, en tanto técnica, sirvió para materializar, darle cuerpo y forma a recursos que funcionarían en subsecuentes sesiones para motivar su confianza en el cambio (su varita, velita mágica).

Por otro lado abordamos casi cada sesión el contenido de aquel momento dado de su vida, en el que la demanda del papá todavía la ofuscaba, el sentimiento de rechazo y burla en la escuela la retraía aún más y sus medidas de defensa frente a estas situaciones frecuentes consistían en replegarse y negarse a participar. Al trabajar el contenido en varias sesiones, junto con otras temáticas le permitió desarrollar confianza en sí misma para aventurarse en aquellas tareas que tanto la amedrentaban.

Otro elemento constante en las sesiones terapéuticas desde el inicio del proceso hasta el final, aunque ya en menor medida, fue ayudarle a hacer las cosas concretas, desde

doblar una hoja, dibujar una estrella, inflar un globo y hacerle un nudo, enseñarle técnicas para que ella lo replicara, podrían parecer insignificancias, no obstante, eran experiencias constantes de confirmarle que había alguien que le podía acompañar para *constituirse*.

Para el mes de mayo habíamos trabajado arduamente en la formación de una alianza terapéutica sólida que permitía al espacio terapéutico convertirse en un medio facilitador, un espacio transicional para ella. Se realizaron diversas actividades para despertar, movilizar funciones y procesos psíquicos, Kiara comenzaba a sentir que podía convertirse en persona y dejar de ser una sombra, un cuerpo tomado por la angustia y el sentimiento de precariedad e impotencia.

Presentó avances considerables a nivel psicoafectivo si partimos de su condición al inicio del proceso psicodiagnóstico:

- ✚ Sus niveles de ansiedad en la sesión terapéutica y en casa disminuyeron, comenzó a ser capaz de tolerar la frustración frente a sus dificultades en tareas estructuradas y las lleva a término aunque tarde mucho tiempo.

- ✚ Siente la confianza con la terapeuta para decir que no puede hacer algo o que siente “nervios”. En la medida en que se notaba más segura y tranquila en las sesiones, la fluidez en su discurso aumentó. Ha desarrollado cierto nivel de confianza y seguridad en su capacidad para aprender y realizar tareas. Ya expresa algunas de sus necesidades, emociones, deseos y opiniones.

- ✚ Se ubica mejor en tiempo y espacio, reconoce la fecha en la que nos encontramos y puede evocar los lugares a los que ha ido, las actividades que ha realizado o experiencias que ha vivido, pero aún necesita apoyo en ocasiones para organizar y dar forma a su pensamiento.

- ✚ Desde hace algunos meses de manera fluctuante, se observa una expresión de alegría, mayor nivel de energía, ya no se retrae con su familia y en terapia, tiene un papel más activo en su familia y hace escuchar su voz.

- ✚ No cabe duda que se han habilitado funciones yoicas vinculadas a la regulación y control de impulsos, al sentido de realidad, a la organización de su pensamiento y sentido de sí misma, al funcionamiento autónomo y de dominio y competencia.

Contratransferencia

Al conocer a Kiara y observar su nivel de desorganización psíquica, al ver como la angustia la sobrepasaba, naturalmente podría haber provocado una reacción en mí de igual desasosiego, *afortunadamente* había leído previamente un caso de trastorno por déficit azarosamente y había observado la intervención supervisada en cámara de Gesell con un niño (de condiciones diferentes) que tenía graves dificultades escolares. Estos elementos me sirvieron de guía, junto con la supervisión semanal para abordar el caso. Ver a esta niña tan angustiada e inhibida despertó en mí un tono emocional suave, muy paciente que me permitió acompañarla para que se tranquilizara sesión a sesión y comenzáramos a trabajar. Igualmente me parece afortunado que pude (porque no siempre *una puede*) enfocarme en sus posibilidades de desarrollo, en las capacidades que estaban detrás de ese “saco de angustia desorganizante” en vez de concentrarme en todas las fallas cognitivas de Kiara. Verla en tanto un sujeto y buscarla durante las sesiones de juego me parece que fue la clave que permitió movilizar un trabajo terapéutico con ella y sus padres.

Aplicación del WISC-IV versión neuropsicológica

(Junio y Julio 2013)

En el momento en que recibí a Kiara y realizamos el proceso de evaluación consideré que la aplicación de una escala Weschler no sería apropiada por el estado de desorganización en el que se encontraba, después de 6 meses de trabajo psicoterapéutico y 5 meses de trabajo neuropsicológico mediante un taller de habilitación de lenguaje, aparecía oportuno aplicar la prueba WISC-IV con la finalidad de conocer de manera específica cómo se encontraban sus diferentes capacidades cognitivas, el nivel de fortalezas y debilidades en cada área para definir líneas de trabajo más allá del taller en el que había logrado pronunciar correctamente, articular adecuadamente las palabras en frases y algunos prerrequisitos de la lectura.

La aplicación siguió los planteamientos psicométricos estándar pero en cada subprueba se realizó una evaluación cualitativa siguiendo los lineamientos neuropsicológicos propuestos por Benedet M. no obstante no se apuntaron puntuaciones,

sólo se tomó nota del desempeño. Esta forma de aplicación requirió de 6 sesiones aproximadamente en las que una compañera de la residencia llevó la aplicación mientras que yo proporcionaba contención y motivación a Kiara cuando era necesario.

La aplicación de esta prueba tiene relevancia en su proceso terapéutico en la medida en que permitió visualizar avances y además tuvo un efecto importante en la concepción que de sí misma tenía Kiara. Para el momento de la aplicación Kiara había desarrollado un buen nivel de tolerancia a la frustración, a pesar de que sus tiempos de respuesta eran considerablemente prolongados para los requisitos de evaluación psicométrica, lograba planear, organizar, comprender y razonar. El que la niña fuera capaz en ese momento de realizar las actividades con todo y deficiencias, desde un punto de vista psicodinámico, nos indicaba un proceso de organización e integración de su psiquismo. La capacidad de regular su ansiedad e inseguridades en cuanto a su desempeño, mostró un Yo fortalecido, su persistencia en terminar las pruebas lo mejor que podía a pesar del grado de dificultad que le implicaba, hizo evidente que estábamos la aplicadora y yo frente a una sujeto en formación, empoderada.

Al final de la aplicación se le hizo una devolución a la niña de su desempeño a lo largo de esas 6 sesiones. Después de varios comentarios descriptivos de sus logros, le comenté: ¡Kiara eres una niña valiente, eres una niña capaz!

6.2 Segunda Fase ¡Mira mis cicatrices! “Los duelos de *Kiara*”

(Agosto – Diciembre 2013)


Resumen del proceso psicoterapéutico:

Se tuvieron 17 sesiones terapéuticas, 3 sesiones de orientación y seguimiento a padres y 1 sesión familiar.

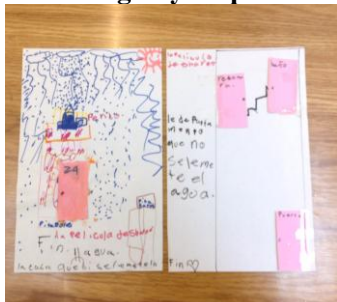
Después de varios meses donde los temas que sobresalían durante las sesiones giraban alrededor de “lograr hacer” “dar forma a las cosas”, así como elementos orales y anales en sus juegos, esta ocasión coloca el tema de varios duelos no resueltos que la misma familia obviaba. Para este momento del proceso terapéutico, me encuentro con una sujeto que habla de su cuerpo, de sus pérdidas y sus miedos.

Tabla 10

Principales intervenciones realizadas en las sesiones terapéuticas

Juego simbólico	Contenido de las sesiones
<p>Sesiones no. 33, 34, 35 “Carta a mi primo”</p>	<p>Estas sesiones trabajamos dos focos en particular: Elaborar la pérdida de su primo (platicamos sobre los recuerdos que tiene con su primo, que hacían juntos, platica sobre los cumpleaños y los pasteles compartidos) y en segundo plano señalar su capacidad de planeación para realizar el proyecto de la carta, porque en su caso era de suma importancia reflejar las habilidades que adquiriría en cuanto a su coordinación motriz, la toma de decisiones, la planeación, entre otros aspectos.</p>
<p>Sesión no. 37 “El panteón”</p> 	<p>Esta sesión comenzamos a trabajar con el arenero, coincide con que la familia sigue bajo el duelo de los familiares muertos en el accidente familiar. Al finalizar su juego le señalo: Mira ayer fuiste al panteón, tenías el recuerdo en mente y en el arenero enterraste personas, fue como enterrar a tus seres queridos, te gusta ir a visitar sus tumbas, recordarlos, dejarle la cartita a tu primo, pero también los extrañas y te da miedo que la gente que muera pudiera convertirse en zombies.</p>
<p>Sesiones no. 38 y 39 “Que miedo me dan los bichos y las serpientes”</p>	<p>Continuamos trabajando con arenero, Kiara coloca miedos e inseguridades en los animales miniatura, los afronta y se va empoderando. K: Los castigo por ser malos, son muy malos T: Te estás defendiendo de esos animales que te asustan, tu puedes defenderte T: ¡Mira te apoyas de una herramienta y así te proteges y puedes</p>

	<p>tomarlos tú misma! Te ríes después de castigarlos, te sientes mejor de controlarlos tú.</p> <p>T: Kiara eres una niña que pide ayuda cuando lo necesita, usa herramientas para apoyarse, se defiende y supera sus miedos.</p>
<p>Sesión no. 40 “Luchadores que salvan a la gente”</p>	<p>Kiara logra simbolizar vivencias traumáticas y resignificarlas.</p> <p>K: ¡Una serpiente se comió una señora!</p> <p>K: Vienen los luchadores, van a luchar contra los animales</p> <p>K: ¡Ayuda, ayuda, ayuda! lo lastimaron, ¡Un doctor!</p> <p>K: El doctor le tiene que sacar todo el veneno al luchador</p> <p>K: Este otro es un doctor luchador, muy bien ahora le pondremos una venda, a su cuarto</p> <p>K: Estos luchadores van a ver a su amigo luchador, que está en la camilla porque lo picaron. Ahora los amigos van a sacar a la serpiente, ya le sacaron el veneno.</p>
<p>Sesiones no. 43 y 44 “Silueta de mi cuerpo”</p>	<p>Kiara desde sesiones previas comienza a hablar de sus cicatrices, me cuenta sus historias.</p> <p>K: Tuve muchos accidentes, en mi dedo, en mi diente, en mi cabeza.</p> <p>T: Te han ocurrido varios accidentes en el cuerpo. Pero has salido adelante, supongo que te dolió mucho tu dedo, pero ahora lo puedes mover muy bien, te operaron de la garganta, pero ahora puedes hablar. Le propongo hacer una silueta de su cuerpo en papel craft, dibujar las cosas que había vivido, que su cuerpo había sentido, como si contara una historia.</p> <p>Iluminamos juntas cada parte de su cuerpo, platicamos de lo valioso que es su cuerpo.</p>
<p>Sesión no. 47 (familiar) “Historia de mi vida”</p>	<p>Fue una sesión muy conmovedora, los padres llevaron diversas fotos, usamos una hoja de papel bond que pegamos a la pared, Kiara iba pegando las fotos en orden cronológico con ayuda de ambos padres mientras éstos le contaban que habían sentido cuando supieron que la mamá estaba embarazada, contaron anécdotas de los primeros años de vida de Kiara, cosas que ella disfrutaba de pequeña. Kiara se mostraba sonriente, atenta, ambos padres conmovidos con los ojos llorosos, le narraban una historia en la que se incluían experiencias felices, manifestaciones de amor y cercanía durante sus 9 años de vida.</p>
<p>Sesión no. 48 “Película de Kiara: La casa que sí se le mete el agua y la que no”</p>	<p>Esta sesión marca un hito más en esta fase, así como un cierre de la misma. Kiara dibuja y narra cómo había una casa indefensa frente a la tormenta que la inunda y después dibuja otra en la que todo tiene más orden, se encuentra protegida, tanto la casa, como la perrita que la habita.</p>



Avances terapéuticos

A lo largo de esta fase se observaron claramente cambios contundentes en el comportamiento de Kiara, a mi parecer esta segunda etapa consistió principalmente en un proceso de cura y elaboración de experiencias traumáticas. La relación terapéutica conformada a lo largo de la fase de evaluación y la primera fase de intervención permitió nutrir algunas de las necesidades afectivas que estaban en déficit, necesidad de contención, de soporte afectivo, necesidad de regulación emocional, así como soporte cognitivo, para planear y pensar, de manera que el psiquismo obturado de Kiara se puso en marcha. En otras palabras el vínculo terapéutico funcionó como base segura y catalizador de procesos psíquicos. El espacio terapéutico se convirtió en un *medio seguro, una zona transicional* para echar a andar a través del juego, un proceso de cura subjetiva. Justo la utilización de la técnica de arenero, entre otras mencionadas previamente, sirvió como medio para el juego simbólico. En esta fase su juego fue mucho más elaborado, creativo, con un discurso fluido aunque la pronunciación de algunas sílabas aún se le dificultara. Su nivel de atención se sostenía más tiempo, su habilidad para planear y anticipar aumentó. La intensidad de sus afectos durante el juego era moderada y en ocasiones alta, la niña estaba sumamente involucrada y concentrada en lo que elaboraba cada sesión de juego. Sobre este último aspecto, debe señalarse que el proceso de elaboración psíquica que la niña realizó, ocurrió dentro del marco que implica una intervención terapéutica, es decir, los diálogos terapéuticos, los señalamientos, reflejos e interpretaciones ayudaron a darle forma, orden y nombre a sus expresiones lúdicas; el juego libre de la niña no hubiera tenido un efecto sanador y estructurante por sí mismo, al grado en el que se generó, sin la elaboración terapéutica que contuvo angustia, facilitó que ella misma le diera nombre a sus juegos y armara su historia, su discurso.

Cuando terminamos a inicios del mes de noviembre las sesiones de trabajo con su imagen e historia corporal, hicimos un cambio importante en la terapia. Las reacciones de Kiara manifestaban que había sido un periodo de mucha elaboración de sus experiencias traumáticas, yo había tomado un papel hasta cierto punto directivo a lo largo de un año de trabajo con la finalidad de ayudarle en el fortalecimiento de una estructura más consistente, para ese momento Kiara se había adueñado de sí misma, de sus vivencias y del espacio terapéutico, era justo el momento de virar el camino de su proceso y permitir que ahora

fuera ella quien tomara más las riendas del mismo, así que restablecí un encuadre en el que revisamos su carpeta de trabajo, platicamos de sus avances, cambios y aprendizajes en terapia para explicarle que a partir de ese momento yo ya no propondría actividades, sino sería ella quien guiaría el resto de las sesiones. Le anuncié que habría un cierre del proceso, mostrándole el calendario.

Contratransferencia

Me observo en esta fase sumamente involucrada, me parece que voy acompañando y participando en un proceso arduo y pesado de elaboración de duelos. Los duelos por un cuerpo accidentado, un cuerpo que ella vive como “una silla con pata floja”, “una casa a la que se le mete el agua”. Reconozco que en diversos momentos del proceso los elementos que me facilitaron la elección de las actividades semiestructuradas y mis intervenciones en general, radicarón en mayor medida en factores del vínculo que se genera en la relación terapéutica, más que en conocimientos teóricos y técnicos, principalmente la entonación afectiva, la empatía, momentos de identificación proyectiva que sin duda he tenido que trabajar en mi proceso de análisis. Como en alguna clase lo mencionó una maestra de la residencia, todo psicoterapeuta ha de trabajar sus necesidades de reparación. Lo interesante es como estos elementos personales que han de llevarse al análisis propio sin lugar a dudas, los podemos convertir en herramientas de trabajo.

6.3 Tercera Fase “Terminando su proceso terapéutico”

(Enero a Junio 2014)


Resumen del proceso psicoterapéutico:

Se tuvieron 21 sesiones terapéuticas, 3 sesiones de orientación y seguimiento a padres y 2 sesiones familiares.

Tabla 1

Principales intervenciones realizadas en las sesiones terapéuticas

Juego simbólico	Contenido de las sesiones
Sesión no. 49- 53 “Mi periódico”	<p>A lo largo de 5 sesiones Kiara con toda tranquilidad revisa revistas de comida que teníamos entre los materiales y elige recortar las imágenes de platillos que más se le antojan, , comienza a recortar las recetas también, las pega en hojas que junta y les llama periódico, hace una portada y le pone nombre con plumones. Me cuenta que se las llevará a mamá para que le haga una, yo le sugiero que haga una en casa con mamá. Aproveché para hablarle por teléfono a la mamá explicarle lo que estaba sucediendo en esas sesiones y que le ayudara a hacer en casa una receta sencilla.</p> <p>Kiara dice que de grande será ¡Chef! En general en estas sesiones, la niña se ve inmersa en la actividad que dirige, Está sumergida en las revistas eligiendo recetas, platicándome cómo cree que es la receta, en ocasiones las lee, en otras inventa secuencias de cómo cocinar.</p>
Sesión no. 55 “Ahora yo hice mi carnet”	<p>Llevaba aproximadamente un año y 4 meses asistiendo, había acumulado varios carnets en su expediente, ahora ella inventaba un carnet por sí misma en el que repetía las fechas o ponía todos los días de la semana. Cuando termina, intervengo diciéndole que le gustaría asistir diario a terapia y que no quisiera que ésta terminase. Ella asiente con la cabeza, finalmente le pregunto cómo podría llevar lo que hace en terapia a casa y a la escuela, pero no hay respuesta, le recuerdo que puede pedirles a sus papás y a su tía que realicen los juegos sugeridos.</p>
Sesión no. 67 “El Tormentón”	<p>En esta sesión inmediatamente va por el arenero, sobre la mesa coloca miniaturas. Me cuenta que hay heridos y los médicos los curan, va sacando uno a uno cada muñeco y lo pone sobre una mesa diciendo que era una camilla. Llegaban las enfermeras y los revisaban, después médicos que los curaban. Después toma las herramientas de médico y juega a curarme a mí.</p> <p>T: ¿Qué descubriste con este juego?</p> <p>K: Salirse antes de que empiece el tormentón.</p> <p>T: Ah que buena idea! Cuidarse, protegerse. Pero si por alguna razón nos agarra el tormentón ¿qué podemos hacer?</p> <p>K: Quedarse ahí</p> <p>T: Tú me enseñaste que ¡si! uno puede salirse del Tormentón y después curarse, hay doctores y doctoras que nos pueden ayudar.</p> <p>K: No me quiero ir</p> <p>T: Lo sé, pero también sé que has hecho grandes cosas, curaste gente, me curaste a mí y con todo eso también te has curado a ti.</p>
Sesión no. 69 “Mi libro de	<p>T: Traje estas imágenes para que te acuerdes de lo que has hecho y puedes seguir haciendo con tus papás. Este libro es para que te recuerde lo más</p>

<p>terapia”</p> 	<p>importante que hiciste en tu terapia. Cuando tú quieras lo puedas abrir y ver lo que hiciste y te pueda servir para después y le puedas enseñar a otros niños que les pasan cosas parecidas.</p> <p>(Imagen de lluvia) Tú has aprendido a protegerte y a cuidarte.</p> <p>(Imagen de lectura y escritura) Ahora ya lees, mejoraste tu escritura.</p> <p>(Imagen de niña cocinando) Aprendiste a hacer cosas con las manos.</p> <p>(Imagen de niña jugando al doctor) Aprendiste a curarte, como si tu te curaras a la niña chiquita que antes eras, cada día que venías y te esforzabas con tus dibujos, juegos.</p> <p>(Imagen de casa en construcción) K: Una construcción</p> <p>T: En este tiempo te estuviste construyendo, que ya dice lo que piensa y siente.</p> <p>(Subiendo una montaña) K: Subiendo una montaña de nieve Eres una niña que ha hecho muchos esfuerzos, vamos a festejar que has subido una montaña, has logrado mucho, así como lo que has vivido a veces a parecido una tormenta, también es como una montaña que tú has subido y habrá nuevas montañas y estoy segura las vas a subir muy bien.</p>
---	--

Avances psicoterapéuticos

Esta etapa se caracterizó por evidenciar alcances, conquistas en su proceso de estructuración psíquica, así como también se traslucía una cuota ineludible de vulnerabilidad en su nivel de maduración y desarrollo neurobiológico, fluctuaciones en la consistencia de su estructuración psíquica, así como restricciones en la posibilidad de que la familia continuara y la escuela promoviera su crecimiento con la frecuencia que necesitaría. Por un lado hubo sesiones en las que a través del juego Kiara producía *para sí misma*, creaba productos en su juego, se visualizaba a futuro. La instancia yoica se había desbloqueado, había madurado, alcanzado cierto grado de integración y se estaba fortaleciendo. En variadas ocasiones en las sesiones de esta fase hablábamos con apertura y naturalidad sobre las dificultades que aún tenía que trabajar, Kiara podía aceptar que tenía carencias, necesitaba estrategias y más tiempo para realizar tareas sintiéndose motivada e interesada en su propio crecimiento, sin embargo, persistía el descontento con la escuela y el reproche a los padres por su ausencia al punto que decantaba en un auto-abandono en esos espacios. Ella le llamaba *aburrimiento, flojera, ganas de dormir*, al aletargamiento que experimentaba al sentir la falta de *sostén* de los adultos significativos, como si se perdiera, se borrara como sujeto, se enajenara. La participación de adultos agentes, promotores de desarrollo era y es una exigencia que no se terminaba de cubrir. Los padres se habían concientizado, sensibilizado, habían aprendido formas de acercarse y ayudarla, pero sus condiciones socioeconómicas y su nivel de compromiso no alcanzaba para cumplir sus

funciones de parentalización. La escuela no respondió, ni cumplió con sus obligaciones, ignoraba la problemática. Las limitaciones de la psicoterapia se hacían ver. De manera que se recurrió al único recurso asequible, *hacerle saber que ella podía darse algunas cosas a sí misma y no debía dejar de insistir en lo que necesita*, apelar a la sujeto que había despertado en ella para devolverle cierto grado de responsabilidad y depositar confianza en que ella podría continuar su proceso con los recursos que contara.

Contratransferencia

Desde cierta arista me sentía sorprendida, conmovida y orgullosa del desenvolvimiento que Kiara había conseguido con su trabajo terapéutico, me sentía frente a una niña con fortaleza yoica, que había logrado: Habilitar funciones cognitivas importantes (atención, planeación, orientación en tiempo y espacio, razonamiento visoespacial, lectura, escritura, articulación de su lenguaje) Había logrado apropiarse de su historia y resignificarla, reapreciar su cuerpo, socializar y adquirir mayor grado de autonomía. Desde otro ángulo me generaba tristeza y frustración ver que su contexto familiar y escolar no respondía a sus necesidades especiales, su ansiedad frente a su sensación de fragilidad y su necesidad de estructura externa, resonaba en mí, poniéndome cada sesión frente al reto de confiar en ella y devolverle un mensaje de realidad (si, requieres ayuda, requieres seguir trabajando) con esperanza y ánimo.

Discusión

Un caso de Trastorno por déficit

El encuentro con Kiara y su familia implicaba claramente enfrentarme a un caso de Trastorno por déficit en psicoterapia infantil, en recurrentes ocasiones nos encontramos frente a déficits en el desarrollo de la estructura psíquica y es de suma importancia reconocerlo para diseñar un plan de tratamiento adecuado. Más aún como en el presente caso, cuando ciertas condiciones biológicas coinciden con ciertos factores ambientales puede intensificarse el efecto que tiene en el desarrollo del psiquismo la ausencia o las fallas en el proceso de parentalización.

El caso de Kiara era un vivo ejemplo de lo que Winnicott (1945, 1949, 1952, 1954) nos enseña al plantear que el desarrollo emocional precoz es vitalmente importante, Kiara llegó a sus 8 años al Centro de servicios psicológicos, en un estado en el que los procesos de integración, personalización y comprensión no se habían consolidado, se vivía a sí misma fragmentada. El psiquesoma de Kiara se encontraba inhibido, bloqueado frente a un medio poco nutritivo, en el que predominaba la sensación de peligro, abandono y soledad.

El interjuego vincular con sus padres se había mantenido a lo largo de 8 años plagado de ausencias, accidentes, omisiones y ambivalencia. Se les había dificultado enormemente asumir su función parental, adaptarse activamente a las necesidades de su primogénita. Ambos padres vivieron el embarazo y el nacimiento de su hija con un sentimiento predominante de angustia e “incapacidad para hacerse cargo”, a tal punto que se tradujo en acciones parentales y en un discurso familiar que aseguró la “discapacidad” en su hija (Las condiciones médicas con las que nació la niña no eran determinantes de un retraso mental, si hubiesen sido atendidas oportunamente). Como Bleichmar (1997) comenta, se necesita de un sentimiento básico de potencia en los padres para poder transmitirlo al hijo o hija.

Desde el modelo modular-transformacional de Bleichmar, podemos observar que el caso de Kiara implicaba déficits primarios en casi todos los sistemas motivacionales, déficit primario en el vínculo de apego, déficit de narcisización, déficit en la hetero-autoconservación y regulación afectiva.

En cuanto al déficit en el vínculo de apego entre Kiara y ambos padres, se pudo observar como plantean Fonagy y Target (1996, 1999, 2000, 2003) fallas considerables en los procesos de mentalización de la niña, en su capacidad para generar una representación de sí misma, representaciones de los estados emocionales tanto propios como ajenos de manera apropiada para su edad.

Kiara al inicio de la evaluación psicológica presentaba una desorganización mental como la que describe Fonagy (1996) para los casos de Trastorno por déficit: Dificultades considerables para organizar y regular sus afectos, orientarse en la realidad, relacionarse con los otros. Había carecido de una base segura, estuvo expuesta a experiencias apabullantes que los padres no lograron manejar, el estilo de crianza de los padres oscilaba entre la negligencia, y la exigencia autoritaria, mientras que los patrones de apego de ambos padres oscilaban entre la sobreprotección y el rechazo.

Fonagy (1999) recuerda que los niños que son expuestos prolongadamente a condiciones como las descritas anteriormente, difícilmente logran establecer una organización mental esperada para su edad cronológica.

Afortunadamente los procesos de desarrollo tienen cierto rango de plasticidad y en los padres de Kiara surgió el deseo de asumir su función, lograron despertar un deseo de vida y transmitirlo a su hija, con todo y las vicisitudes que tanto ellos, como la niña habían atravesado a lo largo de su historia familiar.

Como Greenspan (1997) lo describe, los Trastornos por déficit se configuran a partir de la interacción dinámica de factores constitucionales, ambientales y vinculares como lo fue el caso de Kiara, ahí, es donde el plan de tratamiento psicoterapéutico se debe guiar pensando en desarrollar la organización psíquica del sujeto lo más que sea posible.

Casos como el de Kiara nos permiten contemplar la complejidad del desarrollo psicológico, la emergencia de una conciencia depende del intercambio afectivo, tanto el desarrollo emocional como cognitivo depende en mayor o menor grado de las experiencias afectivas primarias. Fue sorprendente durante el proceso de evaluación observar cómo en la medida que se le brindaba contención y entonación afectiva, su desempeño en las pruebas y la organización de su conducta mejoraba considerablemente, aunado al efecto positivo en su desarrollo cognitivo, que la formación de un vínculo, en este caso con la terapeuta en turno, ejercía.

La historia de desarrollo de Kiara corrobora el planteamiento de Greenspan (1997) en el que la influencia de factores neurobiológicos interactúa con otros factores de manera que no se puede determinar de manera lineal los alcances y limitaciones de su desarrollo. Así como sus dificultades médicas, el medio familiar durante los primeros años de vida y la escuela entorpecieron su desarrollo; la atención neuropsicológica, psicoterapéutica y los cambios en los padres en cuanto a sus competencias parentales, gracias a su disposición y al trabajo de orientación y apoyo como parte de la psicoterapia de su hija, favorecieron su desenvolvimiento en diversas áreas.

Para la intervención en casos de Trastornos por déficit se necesita de un enfoque basado en el desarrollo

Conceptualizar casos como los de Kiara, desde la perspectiva del trastorno por déficit coloca los núcleos terapéuticos en las áreas de desarrollo que hay que habilitar o reforzar, en general los autores coinciden en aspectos fundamentales, sobre las funciones que organizan y conforman el psiquismo, aunque mantengan diferencias en los términos o hagan énfasis en diferentes puntos.

Desde el modelo de Mentalización de Fonagy (1996, 1999, 2000) los núcleos terapéuticos deben concentrarse en que el paciente logre monitorear sus estado internos (sensaciones, ideas y emociones) desarrolle procesos reflexivos y aprenda a interpretar sus propios estados afectivos como los de los demás, en el caso de Kiara, este proceso se llevó a cabo mediante las conversaciones terapéuticas, que representaban un evento nuevo y único en su experiencia, que un adulto volteara a verla y la asistiera mediante dibujos, juegos y otras actividades le permitió comenzar a conocer en qué día, mes y año se encontraba, en qué lugar, qué emociones sentía y correspondían a determinados gestos y sensaciones, qué emociones podían estar sintiendo sus familiares en función de las situaciones.

Siguiendo la propuesta de Greenspan (1997) frente a trastornos por déficit, es necesario ejercitar la comunicación de comportamientos y afectos, desde el reconocimiento de patrones gestuales, para poder en una segunda etapa favorecer el reconocimiento y la diferenciación psíquica; con Kiara pudimos observar el efecto positivo en este sentido de diversas actividades que realizamos en la primer fase terapéutica (el collage de rostros con

emociones, el uso de máscaras de emociones, la identificación de emoción al escuchar melodías).

Funciones terapéuticas y funciones parentales

Bleichmar (1997) enfatiza la importancia de hacer corresponder la modalidad de intervención con la condición o el estado inconsciente del paciente, para casos de trastorno por déficit, se debe tener presente que la finalidad no radica en explorar algún conflicto inconsciente y trabajar mediante interpretaciones de la transferencia, porque estamos frente a sujetos en los que hay que *activar* funciones mermadas, trabajamos *con lo no constituido, lo no inscrito*.

La transferencia por déficit nos dice Bleichmar, es preestructural, el o la terapeuta debe desempeñar algunas funciones estructurales reparadoras, es aquí donde las funciones terapéuticas deben subsanar algunas de las funciones parentales que estuvieron ausentes o defectuosas; de manera paralela en que se requiere trabajar con los padres o cuidadores primarios del niño para que fortalezcan sus competencias parentales.

Como mencionamos anteriormente, la modulación afectiva de parte del terapeuta, (Bleichmar, 1997; Dio Bleichmar, 2005), en tanto se ajusta a la necesidad afectiva del paciente promueve el desenvolvimiento del psiquismo, Kiara mostró que en la medida en que había un adulto que ejercía una función reguladora, contenedora, con actitud aceptante, podía desinhibirse y atreverse a explorar y expresar.

Metodología del proceso psicoterapéutico

El proceso de formación durante la maestría me permitió experimentar el proceso completo del trabajo clínico. El proceso de evaluación fue claramente un proceso de exploración, en el que se buscaban las herramientas y condiciones más adecuadas para generar una comprensión integral de lo que acontecía en la vida de esta niña, definir cuáles eran sus problemáticas y sus fortalezas. Como producto de este proceso se pudo elaborar a lo largo de la psicoterapia una conceptualización del caso, es decir, se fue esquematizando a partir de la profundización en el caso, el estado de desarrollo psicológico y psicoafectivo de Kiara. Este segundo proceso permitió el diseño de un plan de intervención que se

replanteaba en función de los avances y las necesidades que la niña y su familia manifestaban.

El proceso terapéutico implicó la formación de un vínculo con los padres y con la niña, para que se pudiera echar a andar tanto el proceso de los padres como el de la niña. Con respecto a los padres el proceso se centró en que ellos pudieran aprender a conocer a su hija, aprender a criarla replanteándose la concepción que tenían de ella, la manera de relacionarse con ella y el lugar que tenía en el sistema familiar.

En cuanto a Kiara, el eje medular de la intervención fue el proceso de organización y construcción de su psiquismo. Después de una serie de avances, limitaciones, replanteamientos en función de tener mayor conocimiento del caso, más sustentos teóricos y técnicos, el desarrollo de Kiara y sus padres admitió plantear un cierre terapéutico y sus respectivas implicaciones.

El Enfoque Integrativo y el valor de las técnicas

El eje de mi intervención fue fortalecer el yo de la niña, actuar como un *yo* alterno que le asistiera en su organización psíquica. Greenspan (1997) describe en su modelo basado en el desarrollo, que el rol terapeuta en estos casos consiste en asistir el desarrollo obturado, colaborar en un proceso de construcción. Siguiendo esta línea, fue necesario echar mano de diferentes enfoques teóricos que me permitían conformar una comprensión de la complejidad del caso y a su vez fue indispensable hacer uso de técnicas provenientes de diferentes modelos que facilitaban la consecución de los objetivos terapéuticos.

Para Kiara fue de gran utilidad el uso de técnicas que favorecen la representación, la simbolización, cuando las palabras no son suficientes; el dibujo y el arenero fueron los que ella utilizó con mayor frecuencia. Mediante el dibujo pudo representarse a sí misma y a sus familiares en diversas ocasiones, de manera que fue integrando una imagen de cada uno, de su historia de vida, pudo plasmar lo que se le dificultaba articular en palabras (se puede observar claramente en las sesiones 43, 44, 48).

A través del arenero creó mundos en los que colocó diversas experiencias traumáticas relacionadas con sus accidentes, el duelo de la muerte de su abuela y primo, miedos generales, que pudo elaborar jugando, defendiéndose o reelaborando sus historias, como en las sesiones 37 a 40.

La elaboración de la fantasía tanto en el juego libre, como en el dibujo y el arenero creó un espacio en el que pudo coexistir su pasado y el presente reparador que vivía en esos meses de terapia.

La fantasía, el juego, las conversaciones terapéuticas fueron elementos que permitieron el desenvolvimiento del psiquismo obturado de Kiara, la integración de sus experiencias fragmentadas, la superación de miedos, reorganizó sus experiencias al situarlas en dimensión miniatura o materializarlas con dibujos, se apropió de ellas y las transformó.

En cuanto a las propuestas de intervención de Fonagy (1996) y Greenspan (1997) en cuanto a la habilitación de funciones psíquicas, el uso del libro de máscaras de emociones y reconocimiento de emociones con música, le sirvieron a Kiara para aprender a identificar y reconocer emociones en otros y en sí misma. El juego con materiales de pintura y modelaje funcionó como ejercicio de estimulación e integración sensorial, el juego frecuente con rompecabezas, laberintos, damas chinas y tangram ejercitó su razonamiento visoespacial y funciones ejecutivas.

Es importante señalar que se trabajaron aspectos sensoriales y cognoscitivos en las actividades terapéuticas porque aún cuando no son los objetivos que se espera en un proceso psicoterapéutico comúnmente, son elementos que se ponen en juego durante las actividades de terapia, son funciones que se ejercitan de manera indirecta y aquí me interesa enfatizar como el desarrollo psicológico es un proceso integral, no podemos trabajar un área sin tocar otra necesariamente, pero sobre todo marcar la aportación que brinda el enfoque de Trastorno por déficit y los modelos terapéuticos basados en el desarrollo, en múltiples ocasiones las problemáticas que presentan los niños, implican la habilitación de funciones que se pueden abordar en el espacio terapéutico, en las tareas para los padres en casa, funciones que son prerrequisitos para que se pongan en juego procesos más complejos (juego simbólico, elaboración, insight, etc.), sin dejar de considerar la necesidad de la interconsulta y el trabajo interdisciplinario.

La tarea terapéutica

La experiencia de un año y nueve meses de trabajo semanal con este caso evidenció para mí la implicación que tiene la relación, el vínculo que se conforma entre paciente-terapeuta como vehículo de cambios terapéuticos; como lo dice Seligman (2003), se crea un espacio de contribuciones, de interacción desde un nivel no reflexivo, en el que los gestos, omisiones, comentarios abren o cierran posibilidades tanto para el o la paciente como para que el o la terapeuta ejerza su función. El tono emocional, el tono de voz, la mirada, la forma en cómo el silencio se coloca, son elementos cruciales que generan la posibilidad de que una niña o niño se desenvuelva y participe en un proceso terapéutico.

La experiencia del silencio fue de gran relevancia cotidiana, el silencio acompaña o expresa angustia, invalidación, múltiples afectos puede denotar. Así que aprender a colocarlo como un ofrecimiento de acompañamiento y comprensión fue la clave del trabajo no verbal durante las sesiones. Infinidad de ocasiones, la sesión con Kiara implicaba un proceso de elaboración mediante el dibujo, el acomodo de los personajes en el arenero, la formación de figuras con plastilina y la palabra llegaba después.

Una de las tareas principales que como terapeuta aprendí radica en no hablar cuando no es necesario y hacer lo que en ese momento el comportamiento del niño te indica que es necesario; en reiteradas ocasiones varios minutos de las sesiones, sobre todo al inicio de la terapia, se invertían en mostrarle a Kiara como se dibujaba una estrella o como se lograba hacer una línea recta o cortar una hoja de determinada manera y desde una mirada superficial parecería que es una actividad que cualquiera puede realizar con un niño, no obstante, ahí un terapeuta ejerce una función terapéutica si tiene presente que un niño o niña que su desempeño global se encuentra subdesarrollado, lo que necesita es contención, estructura, modelaje, actuar procedimentalmente los procesos de planeación para resolver una tarea, simple o compleja. El simple hecho de sentarse a lado con la paciencia y el tono de voz cálido activa los sistemas de autoregulación emocional del niño, la presencia y el acompañamiento, el fomento de contacto visual, activan el sistema de apego, cubriendo déficits en las necesidades de vinculación, así como también forman una base segura para su posterior desenvolvimiento tanto emocional como cognitivo, Dio Bleichmar (2005).

La relación terapéutica funciona como un espacio transicional en el que el vínculo nuevo pone en acción tanto los modelos operativos internos que la niña ha desarrollado y

da lugar a la construcción de nuevos modelos basados en la continuidad del proceso, Kiara logró sentirse capaz de hablar, expresar, pedir, hacer, logró relacionarse con sus padres y familia extensa con mayor seguridad y confianza en sí misma después de años en los que actuaba como sombra que sólo los seguía.

Desde un enfoque en que reconocemos la injerencia de nuestra personalidad y la injerencia del niño y su familia en nosotros, la toma de conciencia personal de las identificaciones y contraidentificaciones del terapeuta se convierten en condición de trabajo, Seligman (2003).

Para mí fue de gran utilidad reconocer situaciones en las que me identificaba con Kiara y el trabajo propio con esos temas me permitía guiarme.

Revisar la resonancia emocional propia abre la posibilidad para que una pueda empatizar con el niño en terapia, reconocer sus necesidades y determinar el rol que él o ella requiere que juegue tanto el terapeuta como los padres. Sólo el análisis de la contratransferencia nos permite delinear con el cuidado necesario las intervenciones pertinentes, éste fue un aspecto durante el proceso que me permitió generar claridad de los límites y las responsabilidades que debía jugar como terapeuta infantil frente a los padres, a la escuela, al trabajo de interconsulta, frente la niña misma.

Kiara presentaba un déficit notorio con respecto al reconocimiento de sus emociones y vivencias, la relación terapéutica, mediante el juego y las conversaciones estimularon el desarrollo de estas capacidades. Díaz-Benjumea (2002) propone la terapia como una experiencia emocional correctiva que busca la modificación de patrones de vinculación. Cabe rescatar el énfasis en la experiencia emocional, es una labor terapéutica gestionar que el espacio y la relación la generen, parece tarea fácil pero cada sesión me enfrentaba con la posibilidad de que funcionara o no determinada técnica o intervención, así que la paciencia y la tolerancia a la frustración se convirtieron en áreas a cultivar para ejercer la función que una elige y evitar que las emociones que nos despierta el paciente, su familia o el proceso mismo obstaculicen nuestro trabajo.

Cuando el niño o la niña tiene una demanda terapéutica

El éxito de un proceso terapéutico no cabe duda, depende en gran medida de que el paciente en cuestión adulto o niño, presente una demanda propia. Kiara tenía un deseo que pasaba desapercibido por los adultos frente a la angustia o frustración que despertaba su mal desempeño, Kiara quería aprender, quería ser vista y reconocida como cualquier ser humano. Desde sus primeros dibujos, siempre quería escribir su nombre en la hoja, ella lo pedía, conforme mejoró su trazo, se sentía orgullosa de escribir su nombre y me decía “esta es mi letra”. Kiara buscaba reafirmarse frente a sí misma y los demás.

Parentalizando a los padres

El trabajo con padres se caracteriza por su complejidad y relevancia. Conlleva un doble o triple reto, en la medida en que es necesario tener en cuenta las necesidades de la niña, así como las del padre y la madre en tanto personas también, diría Dio Bleichmar (2005).

El éxito del trabajo con ellos implicaba comprender su dinámica cotidiana, su sentimiento frente a la niña y sus necesidades, para entonces poder colocar en un segundo momento las sugerencias de cambios en casa y la escuela.

Los padres de Kiara continuamente se sentían agobiados por situaciones económicas, laborales, entre otras que dificultaban que su atención se centrara en favorecer el desarrollo de su hija; además ambos se sentían inadecuados o incapaces para criar a Kiara, cada uno a su manera. La madre se abrumaba y angustiaba al ver el retraso en el desarrollo de su hija, la culpa la invadía; al padre lo sobrepasaba la frustración.

Fue necesario primeramente darles a ellos contención, abrirles el panorama, brindarles un enfoque de desarrollo y evitar pensar su situación desde la incapacidad.

Pensando desde el enfoque modular-transformacional, antes de poder trabajar con sus competencias parentales, hubo que abordar requerimientos básicos de los sistemas motivacionales que en ellos estaban en desequilibrio y no les permitían ejercer su función parental. Por un lado trabajamos con la hetero-autoregulación de los padres y de igual relevancia fue empoderarlos, reconocer sus habilidades para reparar ese narcisismo parental desvalido Lebovici (2004).

Los padres de Kiara no contaron con un proceso previo de preparación del que habla Solis (2004), su embarazo fue accidentado y escondido, de ahí que la trama familiar

que se fue configurando alrededor de la pareja no facilitó engendrar una hija imaginaria cargada de significantes positivos, ni narcisizar a su bebé real.

La madre cargó a lo largo del embarazo y los primeros 8 años de vida de su primogénita con fantasmas de rechazo y repudio que se materializaron en rechazo hacia la niña de parte de todo el sistema familiar. El padre no supo que lugar darle ni a la madre de su hija, ni a la niña durante el embarazo, fue hasta el nacimiento de Kiara que él asume frente a su familia que ya era padre, no obstante, asume un rol ambiguo. El significante de “incapacidad” también circulaba para él, no “podía” trabajar y aportar económicamente, ni tampoco afectivamente.

Las condiciones médicas de Kiara, así como sus rasgos temperamentales tampoco favorecieron la formación de un vínculo de apego seguro con sus padres, su respuesta a los cuidados era frecuentemente ansiosa e irritable, tendía a alejarse, de manera que falló ese lazo y retroalimentación positiva que se da en los cuidados parentales.

El encuentro afectivo entre Kiara y sus padres se caracterizó por la ansiedad y la angustia, en diferentes momentos no pudieron garantizar los cuidados a su integridad física, ni tenían conciencia plena de las problemáticas médicas a atender. Sin embargo coexistía un deseo de vida y amor que dirigió sus acciones a pedir ayuda en diferentes momentos hasta que se comprometieron con un proceso terapéutico y de habilitación neuropsicológica.

Durante el proceso terapéutico, los padres desarrollaron diversas capacidades que les permitieron ejercer su función parental, éste fue uno de los pilares del tratamiento de Kiara. Primeramente pudieron narcisizarla, es decir, reconocer en su hija una niña valiosa que tenía necesidad de afecto y reconocimiento de parte de ellos; fue de gran utilidad darles un panorama sobre el estado emocional de Kiara, hablar sobre aquello que entorpecía su desempeño y sus posibilidades de desarrollo. Comenzamos por abrirles un horizonte favorable, para que ellos pudieran, depositar expectativas positivas en ella, confianza y valor.

En la medida en que ellos respondían al trabajo de orientación, pudimos comenzar a pensar durante las sesiones en estrategias de regulación, sobre todo con el padre que era el que pasaba la mayor parte del tiempo con la niña, trabajamos en su capacidad para entonar

emocionalmente con ella y contener la ansiedad y frustración de ambos cuando realizaban tareas.

Con ambos padres trabajamos arduamente porque desarrollaran patrones de apego más seguros, darse espacios de contacto y convivencia, jugar con ella, brindarle una sensación de protección y aceptación.

Fue muy interesante observar cómo, en la medida en que los padres ponían en práctica sugerencias o estrategias que apuntaban a estimular la autoestima de la niña, incidía tanto en el fortalecimiento del vínculo de apego entre ellos y la niña, su autoimagen como padres mejoraba, se empoderaban y su capacidad para satisfacer las necesidades de conservación y regulación emocional de la niña se afinaba. En la clínica se observa como los diferentes sistemas motivaciones se interinfluyen, no hay procesos lineales, sino multidireccionales, como dirían Bleichmar, 1997; Greenspan, 1997; Dio Bleichmar, 2005; entre otros.

La organización del psiquismo a partir del proceso psicoterapéutico

Con la finalidad de brindarle un orden a la revisión de los avances y limitaciones en cuanto al desarrollo psíquico de Kiara se consideró pertinente seguir el esquema del modelo Modular-transformacional (Bleichmar, 1997, 1999, 2005; Dio Bleichmar, 2000, 2005).

Sistema motivacional de autoconservación

Tanto la conciencia de cuidados se agudizó en los padres, como su compromiso por hacerse cargo de su hija, Kiara comenzó a desplegar conductas de cuidado y protección hacia sí misma, que antes sólo tenía hacia su hermana menor, conductas que venían de la mano con elementos narcisizantes, como pintarse las uñas, peinarse, pintarse los labios, elegir su ropa, decorar sus cosas.

En sus juegos también se observó la inclusión de cuidados y protección a los personajes desvalidos (sesión 48, 67, por señalar algunas). En diversas sesiones durante la segunda y tercer etapa se hizo palpable como Kiara reconstruyó, reescribió parte de su historia de vida, plasmaba aquellas experiencias de accidentes, caos, peligro, enfermedad, hospitalización, daño a su integridad, que logró resignificar y en el juego representaba como después de los incidentes, llegaban personajes que salvaba, curaban, cuidaban. Justo

uno de los juegos que anunció que Kiara estaba lista para finalizar su terapia aconteció durante la sesión 67 en la que jugó al final de la sesión a curar a su terapeuta. Desde el análisis estructural del juego que propone Chazan (2002) Kiara logró atravesar de un plano llamado *microesfera* en el que aún necesitan relacionarse con el mundo desde una versión en miniatura que puedan controlar, el paso en el juego a la *macroesfera* indica que la niña puede relacionarse con el mundo directamente tal cual es, su sensación de dependencia y pequeñez ha madurado a un punto en que siente mayor autoconfianza.

Sistema motivacional de hetero-auto-regulación emocional

Como se ha mencionado anteriormente la entonación afectiva, la contención y la aceptación fueron algunas de las funciones terapéuticas básicas que permitieron que Kiara comenzara a autoregularse en sus sesiones, así como las actividades de reconocimiento de emociones y necesidades. De manera simultánea el trabajo en orientación con padres, fortaleció sus competencias para brindarle regulación en su vida cotidiana. En este caso en particular pude observar el impacto que la paciencia y la aceptación por parte del adulto pueden tener en la capacidad de un niño para autoregularse, aceptarse y confiar en sí mismo. Infinidad de sesiones ocupamos tiempo indefinido en que Kiara lograra alguna tarea manual, que no era la finalidad, sino parte de las actividades estructuradas o libres de las sesiones, pero la persistencia fue lo que le permitieron aceptar que le costaba trabajo, que no lo hacía tan rápido pero que ella podía realizar actividades, en sus palabras, que ella era una niña con buenas ideas. Aquí interactúan diversos sistemas, por un lado, la actitud paciente y aceptante como un elemento que busca regular la ansiedad, tiene efecto en la estima y el narcisismo de la niña, favoreciendo que desarrollara un sentido de potencia y autoeficacia, reconociendo sus dificultades. La misma acción de esperar y acompañar sostenía un vínculo, terapéutico, que reafirmaba la autoestima y autoconfianza de Kiara.

Sistema motivacional de apego

La relación terapéutica incide directamente en este sistema cuando existe un déficit, carencia de un lazo emocional seguro entre el niño y sus figuras primarias.

Para Kiara, el espacio y la relación terapéutica le brindaban la sensación de que un adulto estaba presente, disponible y comprometido con ella, le brindaba proximidad y

protección de manera clara, porque había un encuadre establecido. En el que ella sabía que contaba con la terapeuta dentro de cierto espacio y tiempo, de manera que la niña sabía los límites de la relación.

La relación terapéutica fue fundamental en la organización del psiquismo de Kiara en varios sentidos, por un lado, un vínculo de apego seguro es estructurante, le permite al niño resignificar su percepción del medio y de sí mismo. El trabajo durante 1 año y 9 meses, le permitió experimentar la constancia necesaria para que ella deconstruyera una buena parte de los patrones desorganizados de apego con sus padres y generaran nuevos patrones que tendían más a una base segura.

Los vínculos positivos que fue construyendo con sus padres y con la terapeuta le permitieron disminuir la ansiedad y los niveles de estrés que la bloqueaban severamente, aunque, en momentos donde se ponía a prueba sus competencias escolares o destrezas en general, si podía caer de nuevo en cierto grado de bloqueo si se le dificultaba mucho la actividad. Las nuevas formas de vinculación que desarrollo con sus figuras significativas y la terapeuta, le permitió sentir la confianza para socializar con su familia extensa y con niños de su edad.

El vínculo de apego y el aprendizaje

Gracias a la formación de una base afectiva más segura, la satisfacción de sus necesidades de heteroconservación y heteroregulación, Kiara pudo echar andar procesos de desarrollo que se inhibieron en su infancia temprana, como el deseo de explorar el medio; retomó facetas importantes del desarrollo psicológico que no se habían gestado en ella como el uso temporal de un objeto transicional y la apropiación de “el no” como símbolo de autoafirmación, propio de los 2 años.

El vínculo de apego le brindó la base para afrontar sus problemas de aprendizaje, en la medida en que:

1. Al ser regulados sus niveles de ansiedad, su estado afectivo comenzó a equilibrarse.

2. Al tener actividades cotidianas estimulantes¹¹, de un nivel de complejidad adecuado al estado de madurez que tenía, y que buscaban organizar su pensamiento se activaron procesos de atención, concentración e integración senso-perceptual¹².

3. El vínculo le daba esa atmósfera de confianza y protección frente a sus propias fallas, frente a la frustración y la alentaba a explorar el medio, así como practicar hasta completar la tarea.

La relación terapéutica funcionó para Kiara como un ejercicio constante de mentalización. Fonagy (1999, 2000) comenta como el vínculo de apego seguro entre un niño y un adulto significativo que ponga en marcha procesos reflexivos, desarrolla la capacidad del infante de mentalizar. Del inicio al fin de la terapia de Kiara, las sesiones llevaron una carga continua de conversaciones que buscaban activar procesos reflexivos en ella (identificar emociones en sí misma, en los demás, identificar deseos, necesidades, ideas, acciones propias y de sus seres significativos).

Sistema motivacional sensual-sexual

En este ámbito no trabajamos directamente, no fue un núcleo de intervención para ese momento de su vida. No obstante, el acercamiento afectivo con sus padres, fomentó que el ámbito sensual se estimulara, Kiara narraba como disfrutaba momentos de convivencia y demostraciones de afecto con sus padres. Durante las sesiones, Kiara solicitaba frecuentemente el uso de materiales como pintura digital, plastilina; y sin ser un objetivo como tal, ella tuvo la oportunidad de activar sensaciones de placer por el contacto con materiales. Era algo que ella fomentaba y se brindaba a sí misma.

Sistema motivacional narcisista

A casi un año de trabajo terapéutico, en la sesión 40, Kiara articuló la siguiente frase: “Voy a pensar dónde lo voy a poner”. Esta frase muestra claridad de su existencia y su valor como sujeto, sujeto que realiza una acción que además implica elección. Al tener en cuenta

¹¹ Al menos durante la primer fase del proceso terapéutico, en casa realizaban las tareas que se sugirieron a los padres. Véase capítulo 5, Estrategias de Intervención. Así como todas las actividades estructuradas que se realizaron en sesiones semanales de psicoterapia.

¹² No cabe duda, que el proceso de habilitación neuropsicológica trabajo de manera directa en todas las deficiencias cognitivas en procesos de atención, razonamiento visoespacial y lenguaje. Podríamos decir que ambos procesos se potenciaron mutuamente.

el tiempo, también se ha apropiado de algo sutil de sí misma, el tiempo es suyo, al menos en sesión. Organizar la casita y sus muebles con tanta dedicación fue una forma de organizarse y ordenarse a sí misma.

En esta dinámica organizativa que propicia el intercambio interactivo y emocional “suficientemente bueno” con los adultos, residen las bases que estructuran al sí mismo; proceso que se vio interrumpido, constantemente, como pudimos describir en la historia de Kiara. La relación terapéutica cubrió una función de orden especular en la integración de la representación de sí misma, en la medida en que los señalamientos y los reflejos reunieron imágenes que se le devolvían a la niña de sus estados emocionales, sus acciones, sus pensamientos. Los señalamientos y reflejos le ayudaron a ir conformando en una unidad coherente su actuación y experiencia dentro del espacio terapéutico, lo cual pudo extender a otros espacios de vida.

Los señalamientos y reflejos sirvieron para que la niña afirmara y reconociera su existencia en tanto sujeto, al evidenciar sus deseos, necesidades, sus acciones.

El sí mismo verbal

Alrededor del octavo o noveno mes del proceso psicoterapéutico, Kiara llevaba seis meses aproximadamente de asistir a un taller de habilitación de funciones de lenguaje en el programa de Neuropsicología del Centro de servicios psicológicos, para ese momento se pudo observar un avance sustancial en la integración y organización psíquica de Kiara. Al lograr articular mejor el lenguaje, Kiara se apropiaba de la posibilidad de comunicarse mejor, reforzaba sus procesos autoreflexivos al conversar en el espacio terapéutico. Se animaba a poner en palabras y hacer el esfuerzo de pensar en voz alta, lo que le permitió organizar su experiencia y aumentar la complejidad de su capacidad de comprensión y vinculación.

Conclusiones

Como parte de mi proceso de formación en la Residencia de Psicoterapia Infantil y específicamente el aprendizaje que me brindó el presente caso, puedo concluir en este momento:

- En psicoterapia hacemos más que trabajar con el discurso y la interpretación, trabajamos con el vínculo que formamos, trabajamos con el cuerpo, en tanto cuenta cada gesto, postura, tono de voz, trabajamos con el cuerpo en tanto tenemos que elaborar y metabolizar las emociones que se juegan en la resonancia, la transferencia y la contratransferencia.
- Hacerse cargo de llevar un proceso psicoterapéutico exige la responsabilidad de seguir una metodología para mantener el carácter ético y profesional de nuestro trabajo. El modelo integrativo ofrece una secuencia de procedimientos que brindan la flexibilidad necesaria para diseñar planes de tratamiento individualizados al tiempo que estructura y organiza el trabajo de investigación-acción, que implica la psicoterapia, gracias a la conceptualización, al plan de tratamiento y la revisión de los mismos en diferentes etapas del proceso.
- El concepto de Trastornos por déficit cobra relevancia en la medida en que visibiliza que el psiquismo no es algo dado en el humano, implica múltiples factores y procesos de conformación que debemos tener presente cada vez que atendemos a un niño o niña, nos recuerda la necesidad de tomar una perspectiva de desarrollo tanto en la evaluación como en la planeación de tratamiento.
- El concepto de Trastornos por déficit evidencia que el psiquismo se configura en el campo de la intersubjetividad, el vínculo de apego será la plataforma para que el desarrollo y la organización del psiquesoma del niño llegue idealmente a la conformación de un sujeto.
- Las funciones de parentalización conforman el andamiaje principal para que un bebé humano se constituya y desarrolle psicológicamente.
- En ese tenor, es vital darle un espacio importante en la psicoterapia infantil, al trabajo con los padres y sus funciones parentales, para que los efectos de la terapia se extiendan y perduren en el niño y la familia.

- Durante la terapia se entrecruzan funciones terapéuticas con aspectos propios de las funciones de parentalización, en la medida en que uno de los objetivos generales radica en lograr mayor organización, integración, favorecer maduración, del psiquismo en el niño.
- Para desarrollar funciones psíquicas en déficit hay que echar mano de diferentes técnicas y desarrollar tácticas para gestionar el desarrollo psicológico, siempre bajo el encuadre de un plan de tratamiento, basado en una conceptualización; lo que nos lleva a la adopción de un enfoque integrativo.
- La experiencia clínica con el caso descrito y el acercamiento al modelo Modular-transformacional de Bleichmar y Dio Bleichmar, me lleva a entender el psiquismo justo como un sistema de sistemas complejos en interacción constante que se configura en fases y etapas de organización de la experiencia intersubjetiva, en la que las disposiciones biológicas brindan un sustrato desde el que se apuntalan funciones psicológicas.

- **Referencias bibliográficas**

Bailey, E (2005) *Children in Therapy: Using the Family as a Resource*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Bowlby, J. (1969) *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós

_____ (1973) *La separación*. Barcelona: Paidós

Bonovitz, C. (2005) La creación conjunta de la fantasía y la transformación de la estructura psíquica *Aperturas psicoanalíticas* 19

Bleichmar, H. (1986) *Angustia y fantasma*. Madrid: Adotraf

_____ (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós

_____ (1999) Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional. *Aperturas psicoanalíticas* 1.

_____ (2000) *Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas*. *Aperturas psicoanalíticas* 5.

_____ (2003) *Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico*. *Aperturas psicoanalíticas* 14.

_____ (2005) *Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo*. *Aperturas psicoanalíticas* 21.

Braier, E. (2001) Gemelos inseparables. La estructura narcisista gemelar y las figuras parentales. *Aperturas psicoanalíticas* 8.

Cordié, A. (1994) *Los retrasados no existen: Psicoanálisis de niños con fracaso escolar*. Buenos Aires: Nueva Visión

Czalbowsky, S. (2005). La perspectiva del desarrollo evolutivo en psicoanálisis (reseña de Stephen Seligman (2003). *The Developmental perspective in Psychoanalysis*) *Aperturas psicoanalíticas* 21.

Díaz-Benjumea, M.D. (2004) Trascender el self: ¿un modelo de relaciones objetales para la terapia psicoanalítica? *Aperturas psicoanalíticas* 18.

Dio Bleichmar, E. (2000) Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres-hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas psicoanalíticas* 6.

_____ (2005). Manual de psicoterapia de relación padres e hijos. Buenos Aires: Paidós

Dorfman, B. (2000) Teoría de la acción: perspectivas filosóficas y psicoanalíticas. *Aperturas psicoanalíticas* 6.

Dryzun, J. (2005) Aspectos intersubjetivos de la técnica analítica. Estados de aislamiento. *Aperturas psicoanalíticas* 21.

Fonagy, P. (1996) “A contemporary psychoanalytical perspective: Psychodynamic developmental therapy” en Hibbs, E. & Jensen, P. *Psychosocial Treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*, Washington: American Psychological Association

_____ (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas* 3.

_____ (2000) Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas psicoanalíticas* 4

Fonagy, P. & Target, M. (2002) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*

_____ (2003) *Psychoanalytic Theories, Perspectives from Developmental Psychopathology*, New York: Brunner-Routledge

Gallo-López & Rubin, L. (2011) *Play-based interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders*, New York: Routledge Taylor & Francis Group

García, B.E. (2000) Control de emociones e impulsos en las personalidades borderline *Aperturas psicoanalíticas* 6.

Gedo, J.E. (1981) *Advances in clinical Psychoanalysis*, New York: International Universities Press.

Greenspan, S. (1997) *Developmentally based psychotherapy*, Connecticut: International Universities Press

Greenspan, S. & Thorndike, N. (2003) *The Clinical Interview of the Child*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.

Houzel, D. (2002) Los retos de la parentalidad. En Solis, L. (2004) *La parentalidad Desafío para el tercer milenio*. México: Manual Moderno.

Killingmo, B. (1989) Conflict and deficit: Implications for technique, *Internat, J. Psycho-Anal.*, 70, págs. 65-79.

Landy, S. (2009) *Pathways to competence. Encouraging healthy social and emotional development in young children. Baltimore: Brookes.*

Lebovici (1998) En Solis, L. (2004) En *La parentalidad Desafío para el tercer milenio*. México: Manual Moderno.

_____ (2002) En Solis, L. (2004) En *La parentalidad Desafío para el tercer milenio*. México: Manual Moderno.

Lichtenberg, J. (1989) *Psychoanalysis and motivation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Nemirovski, C. (2005) Correlato al trabajo de Franco Borgogno. *Aperturas Psicoanalíticas* 20.

Norcross, J., Karpiak, C. & Listes, K. (2005) What's an Integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 61 (12), 1587-1594 Recuperado de www.interscience.wiley.com.

Rifici, F. y Noel, M. (2011) Reseña de: Los niveles de la conciencia emocional: un modelo para conceptualizar y medir el cambio estructural centrado en las emociones Wrana, C., y col., 2011 *Aperturas Psicoanalíticas* 39

San Miguel, M.T. (2006) Reseña de: El cuerpo y el psicoanálisis. Lartigue, T., 2006. *Aperturas psicoanalíticas* 28.

Schaefer, C. (2012) *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.

Solis (2004) *La parentalidad Desafío para el tercer milenio*. México: Manual Moderno.

Solloa (2006) *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.

Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años*. México: Oxford.

Stern, D. (1985) *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.

Stolorow, R.D., Lachmann, F. M. (1980) *Psychoanalysis of Developmental Arrests. Theory and Treatment*, New York: International Universities Press.

Stolorow, R. D. Brandchaft, B. Atwood, G. E. (1987) *Psychoanalytic Treatment. An Intersubjective Approach*, Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Stolorow, R (2004) *Los contextos del ser: las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder.

Kohut, H. (1971) *Análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu.

_____ (1977) *La restauración del self*. Buenos Aires: Amorrortu.

Winnicott, D.W. (1999) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós
Psicología Profunda.

Winograd, B. (2002) Un modelo descriptivo explicativo de la experiencia clínica en el psicoanálisis. *Aperturas psicoanalíticas* 12.