



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA

**FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO EN UN NIÑO DE 5 AÑOS: LA PSICOPATOLOGÍA  
DE LOS PADRES Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

PRESENTA:

ZALMA SINAI PACHECO ANDRADE

DIRECTOR: MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ- FACULTAD DE  
PSICOLOGÍA U.N.A.M.

MIEMBROS DELCOMITÉ:

MTRA. ILIANA GONZÁLEZ HUERTA- FACULTAD DE PSICOLOGÍA U.N.A.M.

MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO- FACULTAD DE PSICOLOGÍA U.N.A.M.

DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA- FACULTAD DE PSICOLOGÍA U.N.A.M.

MTRA. ALMA MIREYA LÓPEZ ARCE CORIA- FACULTAD DE PSICOLOGÍA U.N.A.M.

CIUDAD DE MÉXICO

JUNIO, 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, por las bendiciones y las oportunidades que me ofrece todos los días. *Yo te debo todo a ti, porque de ti vienen las cosas buenas.*

A mis padres, las bendiciones más grandes de mi vida. Gracias mami, por ser ejemplo de lucha, entereza, fuerza, nobleza y buen corazón, porque tu compañía no es solo la de una madre, sino la de una amiga y una compañera de vida. Gracias por tanto. Gracias Papi, por tu trabajo, compromiso, amor y compañía, porque hiciste de mis sueños, tus sueños, por darme tanto amor. Los amo.

A mi hermano, por la compañía, por las diferencias, por las alianzas y las peleas. Eres y serás siempre mi hermano. Siempre te he admirado y siempre lo hare. Te amo.

A Abel, por la porras que siempre me hechas y por tener tanta confianza en mis capacidades, por apoyarme de manera incondicional. Gracias por alegrarte de mis triunfos, incluso más de lo que lo hago yo. Llegaste a la mitad del camino, pero espero que te quedes hasta el final. Te amo.

A mis tías Silvia y Concha y al resto de mi familia, son muchos y cada uno de ellos me ha apoyado durante toda mi vida, cada uno me ha dado palabras de aliento y ha confiado en mí. Les agradezco mucho su apoyo y fuerzas. Gracias.

En orden alfabético a Cinthya, Jovana, Kiara, Laura, Naty, mis amigas, mis hermanas, desde el primer semestre, hasta este momento y espero que por muchos años más, por las pláticas, los chismes, la compañía y las alegrías que viví a su lado. Las quiero niñas.

A todas mis compañeras del PUEP: Angie, Careli, Carmen, Cristi, Fabiola, Fernanda, Isela, Majo y Mich, fueron pocos meses a su lado, pero no cabe duda de que aprendí mucho de ustedes y con ustedes. Son grandes compañeras y amigas. Les deseo lo mejor del mundo.

Gracias a la UNAM, a la Facultad de Psicología y a todos mis profesores, desde la licenciatura y hasta el PUEP, por inculcarme el amor a esta profesión y por permitirme aprender de ustedes.

Muchas gracias a mi supervisor Francisco, que me apoyo en este trabajo y me permitió conocer una nueva visión de la psicología. Gracias por las risas, por la contención, por la motivación y por guiarme a través de este proceso que culmina hoy. Mi admiración y respeto.

Gracias a mis revisores, que me brindaron su tiempo y que me dieron valiosos consejos para que este trabajo culminará. Mi más profundo agradecimiento.

Por último, pero no por ello menos importante, gracias a Johan y a su madre por la confianza, por trabajar tan duro y esforzarse tanto para lograr lo que logramos. Gracias por todas las experiencias y aprendizajes que me dejó trabajar con ustedes. Siempre los recordare.

¡Lo logre!

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN .....	3
CAPÍTULO 1. EL NACIMIENTO PSÍQUICO .....	6
1.1 Funciones generales de la familia .....	6
1.2 Convertirse en padres .....	8
1.3 Competencias y habilidades parentales .....	12
1.4 El apego y las diferencias en la calidad del mismo .....	17
1.5. El nacimiento de un hijo.....	21
CAPÍTULO 2. LAS NECESIDADES DE LOS HIJOS.....	22
2.1 Relación madre-hijo .....	22
2.1.1 Madre suficientemente buena.....	24
2.1.2 Depresión materna.....	25
2.1.3 Carencia materna.....	30
2. 2 Relación padre-hijo .....	32
2.2.1 Funciones paternas .....	33
2.2.2 Carencia paterna.....	34
CAPÍTULO 3. TEORÍAS DE LAS RELACIONES OBJETALES.....	36
3.1 Proceso separación- individuación según Mahler .....	36
3.1.2 Fases de la teoría de separación-individuación .....	38
3.2 La Transicionalidad según Donald Winnicott.....	40
3.2.1 Transicionalidad y su patología.....	42
3.3 Teoría de las posiciones esquizoparanoide y depresiva de Melanie Klein .....	43
CAPÍTULO 4. PSICOSIS INFANTIL.....	49
4.1 Las grandes organizaciones psicopatológicas .....	49
4.1.1 Diferencias entre las organizaciones neurótica, psicótica y limítrofe. ....	50
4.2 Psicosis infantiles .....	53
4.2.1 Reagrupamiento de las psicosis.....	54
4.3 Fijación de las enfermedades psicóticas.....	55
4.3.1 Relaciones de objeto primario determinantes para la psicosis .....	58
4.3.2 Conflictos básicos en la psicosis .....	60
4.3.3 Factores de riesgo y detección precoz de psicosis .....	61
4.4 Signos y síntomas.....	62

4.5 Diagnóstico .....	63
4.6 Tratamiento .....	65
4.7 Pronóstico.....	73
CAPÍTULO 5. MÉTODO .....	75
5.1 Justificación.....	75
5.2 Pregunta de investigación.....	75
5.3 Objetivo general .....	75
5.4 Objetivos específicos.....	76
5.5 Tipo de estudio.....	76
5.6 Participantes .....	76
5.7 Escenario .....	77
5.8 Materiales .....	78
5.9 Procedimiento .....	78
5.10 PRESENTACIÓN DEL CASO .....	80
5.10.1. Identificación del paciente.....	80
5.10.2. Descripción clínica del paciente.....	80
5.10.3. Familiograma .....	81
5.10.4. Motivo de consulta.....	81
5.11 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA .....	82
5.11.1 Antecedentes familiares .....	82
5.11.2 Historia de desarrollo y nacimiento .....	84
5.12 Resultados de las pruebas psicológicas aplicadas .....	88
5.12.1 Área perceptomotora.....	88
5.12.2 Área intelectual .....	92
5.12.3 Área socioemocional .....	93
5.13 Evaluación psicológica de los padres .....	102
5.13.1 Madre de Johan .....	102
5.13.2 Evaluación al Padre de Johan.....	107
5.14 Conclusión de la evaluación de Johan y de sus padres .....	111
5.15 Impresión diagnóstica.....	112
5.16 Tratamiento/focos terapéuticos y sugerencias.....	113
CAPITULO 6. INTERVENCIÓN .....	114
6.1. Diseño del proceso de intervención .....	114

6.2. Proceso psicoterapéutico .....	117
6.2.1. Fase inicial: Caja de juguetes (sesión 16-23) .....	117
6.2.2. Fase de expresión motora: juegos motores y vibración (sesión 24-29).....	130
6.2.3. Fase de confrontación: Expresión de la realidad (sesión 30-42).....	144
6.2.4. Fase de contención: exigencia a los padres y cierre (sesión 43-52) .....	159
CAPITULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	172
7.1. Limitaciones y sugerencias .....	181
REFERENCIAS .....	183

## RESUMEN

El presente trabajo buscó describir cómo era el funcionamiento psíquico de un niño de 5 años y cómo era influenciado por las características de sus padres y el tipo de interacción entre los miembros de la familia. La intervención psicológica tuvo un total de 52 sesiones, de las cuales 15 estuvieron destinadas a la evaluación y 37 a la intervención. Se trabajó a través de terapia de juego bajo un enfoque psicodinámico.

Durante la intervención psicológica, se detectaron aspectos relacionados con el nacimiento psíquico, el tipo de apego que había desarrollado Johan, así como la ambivalencia en el cuidado parental y la manera en que las problemáticas emocionales de los progenitores y las dificultades en el funcionamiento de la familia influían y dificultaban que las necesidades emocionales, psíquicas y físicas del menor fueran satisfechas, impidiendo el desarrollo adecuado del niño. Se identificó que el menor mantenía un funcionamiento psíquico precario con predominancia en lo psicótico, caracterizado por un estado de ansiedad constante que desorganizaba su conducta y que le impedía interactuar con sus pares y tener un buen desempeño académico. Además se encontraron aspectos depresivos relacionados con la presencia de sentimientos de tristeza y enojo debido al abandono físico y emocional al que estaba expuesto por parte de sus progenitores.

Al trabajar con Johan, fue posible confirmar que el nacimiento psíquico comienza desde antes del parto e incluye diversas actividades de maternaje y paternaje que posibilitan pasar de estados de mayor dependencia y ensimismamiento hacia la individuación del niño. Por tanto, en la intervención fue necesario hacer uso de los aspectos transferenciales que permiten ubicar al terapeuta en el lugar de *madre auxiliar* en el plano psíquico del niño, facilitando la integración psíquica de Johan, trabajando con sus fantasías, mejorando el contacto con la realidad y la interacción con los demás.

**Palabras clave:** Terapia de juego, patología parental, funcionamiento psicótico.

## **ABSTRACT**

This study sought to describe how it was the psychic functioning of a 5-year-old boy and how it was influenced by the characteristics of their parents and the type of interaction between the members of the family. Psychological intervention had 52 sessions, of which 15 were intended for evaluation and 37 to the intervention. He worked through play under a psychodynamic approach therapy.

During the psychological intervention, was detected aspects related to the psychic birth, also the type attachment that Johan had developed, as well as the ambivalence in parental care and the way in which the emotional problems of the parents and difficulties in the family functioning affected and hindered that the child's physical, mental, and emotional needs were satisfied, preventing proper development of the child. Identified that the infant maintained a precarious psychic functioning with predominance in the psychotic, characterized by a state of constant anxiety that disorganized their conduct and that prevented him from interacting with their peers and have a good academic performance. In addition, depressive aspects were found related to the presence of feelings of sadness and anger because of physical and emotional abandonment that was exposed by their parents.

Working with Johan, it was possible to confirm that the psychic birth begins before childbirth and includes various activities of the fatherhood and motherhood that make it possible to go from states of greater dependence and self-absorption to the individuation of the child. Therefore, in the intervention it was necessary to make use of the transference aspects that allow the therapist in the place of mother auxiliary on the psychic plane of the child, facilitating the psychic integration of Johan, working with his fantasies, improving the contact with reality and the interaction with others.

**Key words:** Play therapy, parental pathology, psychotic functioning



## INTRODUCCIÓN

Conforme se modifican los aspectos sociales, la familia y los roles de cada miembro dentro de ésta, se transforman. Sin embargo, las necesidades infantiles respecto a sus cuidados parentales se mantienen debido a su importancia para el desarrollo normal de la infancia. Así, es necesario que los conocimientos sobre dichas necesidades sean puestos en práctica para lograr mejoras en la salud mental de la niñez.

Los terapeutas infantiles nos enfrentamos a diversos retos, por un lado trabajar sobre los síntomas de los niños y por otro lado, influir en aquellos aspectos relacionados con la familia y sobre todo de los padres, trabajo que es necesario emprender para que retomen sus habilidades parentales y logren mantener los avances después de la intervención. Por tanto, el trabajo clínico con niños requiere que se integren aspectos teóricos y prácticos para lograr una mayor comprensión de la sintomatología y funcionamiento del menor. En el presente trabajo, sólo a través de dicha comprensión fue posible intervenir de manera amplia y efectiva tanto con los padres como con el menor.

A continuación se presentará el trabajo terapéutico realizado con un paciente como parte de la Práctica Supervisada de la Especialización en Intervención Clínica en Niños y Adolescentes. El objetivo del presente trabajo fue describir cómo es el funcionamiento psíquico de Johan, un niño de 5 años que acudió al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM y lograr comprender cuál era la influencia que tenía en su desarrollo emocional y cognitivo, las características de sus padres y el funcionamiento familiar. Para lograr dicho propósito, fue necesario presentar el presente escrito en los 7 capítulos siguientes:

Capítulo 1. **El nacimiento psíquico**, hace una revisión de la importancia de la familia en el desarrollo del menor, así como de cuáles son las motivaciones conscientes e inconscientes que llevan a los adultos a querer convertirse en padres. Igualmente aborda cuáles son las principales funciones de la maternidad y paternidad y cómo éstas logran desarrollar un tipo de apego particular en la salud mental del menor. Por último, se presenta cómo los aspectos anteriores se integran para permitir el nacimiento psíquico de los menores.

El Capítulo 2, llamado **Las necesidades de los hijos**, incluye aspectos básicos sobre la importancia de la relación madre e hijo, las funciones que tiene la mamá en el bienestar de su hijo (a) y cuáles son las consecuencias en el desarrollo del niño que dichas funciones no sean llevadas a cabo. Además, aborda cómo y cuáles son las funciones emocionales que tiene el padre del niño y las consecuencias de la carencia paterna en el bienestar del menor.

El Capítulo 3, fue nombrado **Escuela de las relaciones objetales**, en él se abordan las principales teorías sobre el desarrollo emocional del menor y su independencia respecto a la relación con sus figuras primarias. En primer lugar, se presenta la teoría de separación-individuación de Margaret Mahler, en segundo lugar se presentan las generalidades del proceso de transicionalidad propuesto por Winnicott y por último, la teoría de las posiciones esquizoparanoide y depresiva de Melanie Klein.

En el Capítulo 4, se desarrolla el tema de **Psicosis infantil**, abordando las características generales de las organizaciones neurótica, psicótica y limítrofe según Kernberg. También se desarrollan los orígenes de las psicosis infantiles y su relación con las relaciones con el objeto primario. Por otro lado, se presenta la sintomatología de la psicosis, así como los aspectos teóricos que permitirán lograr un diagnóstico adecuado en el funcionamiento psíquico. Aunado a ello, se presentan los principales tratamientos psicológicos empleados para estos casos y el pronóstico que se tiene.

El Capítulo 5, llamado **Método**, incluye la pregunta de investigación, los objetivos, el tipo de estudio, así como la descripción de los participantes, el escenario y el procedimiento general con el que se trabajó. En segundo lugar, se presenta la evaluación psicológica realizada al menor, la cual contiene los datos de identificación, el familiograma, el motivo de consulta, la historia clínica y los resultados de la evaluación (en las áreas intelectual, perceptomotora y emocional), así como los resultados de la breve evaluación que se realizó a los padres del menor. Por último, en esta sección se presentan las condiciones de la evaluación y los objetivos que se tuvieron en su tratamiento.

En el Capítulo 6, llamado **Intervención**, se describe el proceso de atención psicológica que se llevó a cabo con Johan, en él se describen los materiales y se analizan las cuatro fases en las que se dividió el proceso de atención psicológica para con ello lograr una mejor comprensión del caso.

Por último, en el Capítulo 7, nombrado **Discusión y conclusiones** se presentan de manera general los resultados obtenidos en la intervención y se comentan los aprendizajes y experiencias profesionales surgidas durante el proceso. Además, se abordan una serie de limitaciones y sugerencias obtenidas de esta experiencia, para el trabajo con pacientes con características similares.

## CAPÍTULO 1. EL NACIMIENTO PSÍQUICO

### 1.1 Funciones generales de la familia

La familia es un grupo humano que tiene como objetivo propiciar un ambiente que permita el desarrollo y apoyo en su proceso de crecimiento y aprendizaje (Rodrigo y Palacios, 1998, citado en Cabrera, Máiquez, Martín y Rodrigo, 2009). El núcleo familiar y su buen funcionamiento contribuyen de manera significativa al bienestar, emocional, social y físico de los individuos que forman parte de ella. La satisfacción familiar, representa un factor de gran importancia ya que influirá de manera importante en la calidad de vida de cada uno de sus miembros.

Las familias se transforman con los movimientos y cambios sociales, es indudable y necesario que éstas tienen que adaptarse y cambiar para enfrentarse a dichas modificaciones. En el 2010, el 90.5% hogares mexicanos son familiares (aquel en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar), de estos siete de cada diez son nucleares y 28.1% son extensos. De todas las familias, los hombres se encuentran como jefes de hogar en 77.2% de ellas y un 22% por mujeres. De estas últimas tres de cada diez dirigen su hogar debido a viudez y una proporción similar están separadas o divorciadas, sólo en 28.7% están casadas o tienen pareja. De igual manera, la presencia de las mujeres en el mercado laboral ha aumentado como una necesidad de generar ingresos que permitan sostener el nivel de vida de su familia (INEGI, 2010).

Las transformaciones sociales presentes en las familias actuales, inciden directamente en la vida de los niños y niñas, debido a que con ellos se modifican también los estilos de crianza, la interacción familiar y la forma en que los miembros de la familia se relacionan con la sociedad. Las dificultades de comunicación, establecimientos de límites y roles, pueden ser aún más difíciles en los hogares donde se hace evidente la falta de competencias parentales. Esto conlleva mayores dificultades para los padres con respecto a proveer de un ambiente familiar favorable para sus hijos e hijas y un aumento en la vulnerabilidad que sufre la infancia.

La sociedad depende de la integración de los núcleos familiares, pero es importante recordar que estos núcleos a su vez dependen de la sana interacción entre cada uno de sus miembros de la familia. Es importante que cada individuo dentro de la sociedad, se integre satisfactoriamente en

el desarrollo de su propia personalidad para que pueda funcionar e interactuar de manera eficiente dentro de la cultura (Winnicott, 1957).

La familia constituye una parte esencial en nuestra civilización, de nuestra cultura y de nuestra sociedad. Desde la dependencia materna en la infancia, hasta la incorporación más tarde del padre a la relación madre-hijo, el menor siempre estará inmerso en un grupo familiar y por tanto, este grupo tendrá un papel fundamental en el crecimiento del niño. En esta etapa, el infante que se mantiene dependiente de su familia se enfrentará a las influencias que tienen el crecimiento de los miembros de la familia y las dificultades que pueden acarrear dichos cambios. Aunque la familia protege al niño del mundo, gradualmente no puede evitar que los fenómenos del exterior empiecen a infiltrarse a través de ella (Winnicott, 1957).

Así pues, esta infiltración se irá haciendo más y más grande y constituirá la forma en la que el niño va a hacer mayor contacto con la realidad. Esto a través de la familia, cuyos miembros le presentaran al bebé de manera progresiva la realidad externa. Es así como el grupo familiar a través de la inclusión del infante, permitirán que junto con las características de la familia y las capacidades personales de sus miembros, el niño adopte de los códigos simbólicos, afectivos, sociales, de conocimiento y de pensamiento, que le permitirán aprender acerca del mundo que lo rodea (Winnicott, 1957).

Esto es importante, ya los hijos necesitan más que sólo amor de parte de sus padres, necesitan *persistencia de presencia*, es decir que aún cuando estén molestos con ellos porque su conducta así lo amerite, o por las dificultades presentes en sus vidas, el afecto de los padres no desaparezca. Winnicott (1957) refiere que la mayoría de los padres, son capaces de ser suficientemente maduros para sacrificarse y mantener una familia de modo que sus hijos cuenten con un lugar donde nacer, crecer, llegar a la adolescencia y mantenerse en relación con la familia hasta lograr ser independientes. En las circunstancias más desafortunadas, la situación familiar es tan caótica que los padres no cooperan, incluso en el cuidado de los hijos a los que aman.

Cuando los niños viven estas tensiones y problemas familiares, tarde o temprano y en mayor o menor medida, vivirán las consecuencias. Estas pueden dar inicio a trastornos o problemas de adaptación, hostilidad, agresión, desórdenes de conducta e inmadurez, así como a problemas de conducta (Jhonson y O'leary, 1987; Jouriles, Murphy y O'Leary, 1989; Ramírez, 1999, citados en

Ramírez, 2004). Igualmente Winnicott (1952a), destaca la importancia de que los padres trabajen en conjunto para el mantenimiento de un hogar unido que proporcione la seguridad necesaria para que sus hijos no desarrollen ansiedades. Los conflictos, por otro lado, aumentan la probabilidad de que los padres, dadas sus frustraciones actúen de forma punitiva con sus hijos, aumentando el sufrimiento y las interacciones negativas con ellos, llegando incluso –los padres varones con mayor frecuencia- a rechazarlos y/o abandonarlos (Cummings, 1985; Baumrind, 1991, citado en Ramírez, 2004).

La complacencia de las personas, respecto a diferentes aspectos de sus vidas es una de las variables de mayor interés para la psicología en los últimos años. La importancia de conocer las variables que intervienen en la satisfacción parental, radica en el hecho de que dicha satisfacción, se relaciona con la protección que recibe la infancia.

## **1.2 Convertirse en padres**

Giessmann y Houzel (2006) refieren que la parentalidad es un término utilizado para referirse a aquel proceso mediante el cual las personas se convierten en padres desde un punto de vista psíquico. Otros términos como “*proceso de parentificación*” o “*preocupación materna*” utilizados en el psicoanálisis refieren diferentes características de este mismo proceso. Aunque en la antigüedad, la maternidad dominaba el campo de estudio, la inclusión de las actividades y la importancia del varón en los cuidados del bebé ha llevado el uso de la palabra “*paternidad*” y “*maternidad*” como aspectos propios de cada sexo y que se incluyen en un concepto más amplio llamado *parentalidad*.

A la maternidad, tradicionalmente se le han atribuido diversas características provenientes de los aspectos biológicos y connotaciones culturales. De tal manera que, a las mujeres se les ha relacionado con temas referentes a la fecundación, fertilidad, atributos protectores, de afecto, conservación, cuidado, amor y sacrificio incondicional (Parke, 1986). Por otro lado, tradicionalmente se ha ubicado al padre como figura de autoridad, de respeto, de imposición de la ley y conocimiento, aquel que protege, el proveedor económico, que es capaz de brindar seguridad debido a su fuerza y fortaleza. De esta manera, a los hombres se les ha limitado en la expresión de afectos, debido a que estas características son incompatibles con los atributos masculinos, que en

la actualidad es posible los hombres y las mujeres pueden modificar estos estereotipos tradicionales respecto a la parentalidad (Aray, 1992, citado en Arvelo, 2004).

Convertirse en padre no es un acontecimiento aislado, sino un proceso que consiste en la familiarización con las exigencias y los placeres que conlleva dicho rol. Desde antes del nacimiento, el niño, esperado o no, moviliza fantasías de los padres, por la manera en que se lo representan o no lo hacen. Al nacer, ese niño modifica de manera continua dichas representaciones, de tal manera que el bienestar de los padres depende de las investiduras presentes tanto hacia su pareja como hacia el niño (Lebovici, 1990). Desde la decisión de concebir, hasta la forma en que se afecta la relación familiar o de pareja con el nacimiento de un nuevo individuo, hombres y mujeres modifican ideas y se enfrentan con obstáculos, de los cuales tendrán que aprender.

Dentro del estudio y teorización de la parentalidad, se han establecido 3 dimensiones, cada una relacionada con la otra, pero situadas en distintos niveles de experiencia. Dichas dimensiones según Giessmann y Houzel (2006), son:

1. *Ejercicio de la parentalidad.* Se refiere a los aspectos culturales y sociales que definen el tipo de relaciones parentales que se establecerán, es decir, el lugar que cada miembro juega en la organización. Desde el punto de vista del psicoanálisis, esta estructura que rige los lazos libidinales y fantasmagóricos del grupo familiar y se transmiten de generación en generación de dos formas: 1) transmisión intergeneracional (transmisión de elementos asimilables, elaborables e indispensables para el desarrollo psíquico) y 2) transmisión transgeneracional (elementos intrasmisibles, tales como, enclaves intrapsíquicos, fuentes de sufrimiento, aspectos perturbables, aspectos no elaborados, etc.).
2. *Experiencia de la parentalidad.* Se refiere a la experiencia subjetiva consciente e inconsciente de convertirse en padres, así como del nuevo rol que se asumirá y las exigencias que este conlleva. Se agrupan en:
  - a) *Deseo de tener niños:* Un hijo siempre cambia el funcionamiento de la familia. Aquellos que nacen demasiado pronto es probable que no sean recibidos, debido a que llegan a destruir la relación familiar. Sin embargo, aquellos hijos planeados, o que llegan en el momento adecuado de una relación, pueden llegar a ser una *molestia conveniente*. Cómo describe Winnicott (1957), existen diversos factores en la

relación entre los padres que consolidan o no la unidad familiar, por ejemplo, el deseo de cada uno de ellos de parecerse a sus progenitores, de actuar como adultos, de su tendencia a imaginarse como padres y la coincidencia que existe entre ellos en cuanto a intereses y metas culturales.

Para comprender la relación de los padres y los hijos se debe tener en cuenta lo que significa para cada uno de los hijos para cada padre, en términos de la fantasía consciente e inconsciente que tienen respecto a cada uno de ellos, ya que cada uno despierta sentimientos y actitudes distintos. Esto obedece en gran medida al tipo de relación que existe entre los padres en el momento de la concepción, durante el embarazo y posterior al parto. La forma en la que cada hijo encaja en el marco familiar, corresponderá al marco imaginativo y emocional, que junto con el medio físico dará por resultado un tipo de relación particular (Winnicott, 1957).

Giessmann y Houzel (2006) realizaron una revisión de las explicaciones más importantes sobre qué es lo que impulsa a un hombre o mujer a desear tener hijos (Véase, Tabla 1).

Tabla 1. *Causas que impulsan a un hombre o mujer a tener hijos*

<b>Teórico</b>	<b>Explicación</b>
Freud	Para Freud (1914) este deseo deriva del amor narcisista, dicho autor refiere que se ama al niño como una forma de amar lo que fuimos y que ya no somos. El deseo, surge de la elaboración del complejo de Edipo, así las mujeres al no poder poseer el pene de su padre, renuncia a sus deseos incestuosos y aplazan sus deseos de tener un hijo con un futuro compañero masculino. Por otro lado, el varón ante la angustia de castración, renuncia a poseer a su madre y hacerle un niño, desplazando sus deseos sobre una compañera futura.
Melanie Klein y Héléne Deutch	Indican que el deseo de ser padres, tanto en hombres como en mujeres, surge del Edipo precoz, de modo que ante la agresión y la amenaza de destrucción al objeto deseado (madre), el niño busca alejarse de sus angustias y recurre al proceso de reparación del padre, quien cuida y protege a la madre. Esto le da la oportunidad de desarrollar una buena escena primitiva y preservar la calidad de los lazos con sus padres. La identificación de los niños con sus buenos objetos parentales, junto con la relación de amor y fecundidad, da lugar en ambos sexos al deseo de ser padres.



---

Monique Bydlowski	Utilizó el término de <i>transparencia psíquica</i> (1991), para referirse al hecho de que durante el embarazo, las madres no tienen una representación concreta de su hijo, por lo cual, en su discurso se presentan fantasmas y rememoraciones de su propia infancia, para dar paso a la nueva identidad de madre.
Daniel Stern	Usó el término <i>constelación de la maternidad</i> (1995), para referirse la nueva organización del psiquismo que las mujeres desarrollan desde el embarazo y que implica sensibilidad, fantasmas, miedo y deseos particulares. El mismo autor explica, la existencia de una trilogía de maternidad, en la que existe un discurso de su madre con ella (como hija), del discurso de la madre consigo misma y el de la madre con su hijo no nato. Durante el este cambio, la mujer deja de preocuparse más en el padre como compañero sexual y más como soporte para madre-hijo.
Geissmann y Houzel	Estudiaron el deseo de ser padres en los varones (2006), encontrando que padres próximos a tener hijos, desarrollan síntomas de <i>couvade</i> o empollamiento. La falta de los mismos, facilitan las rupturas de los lazos, lo cual es muy frecuente durante el embarazo o el nacimiento de los hijos.
Feldman	En 1983, señala como aspectos que predicen buenas relaciones entre los hijos y el padre: 1) que la vida profesional no sea más importante, 2) calidad del vínculo madre-padre, 3) anticipación a su rol como padre, 4) calidad de la relación madre del niño con su propio padre y 5) la calidad de relación del padre con su madre (abuela paterna).
G. Poussin y M. Cisse (1998)	Consideran que para los padres, los hijos son vistos como representaciones de sí mismos que permitirán su validación como padres.

---

b) *La parentificación*. Se refiere a los procesos psíquicos que se llevan a cabo en el individuo para que éste se convierta en madre o padre. Winnicott, utiliza el termino de “*preocupacion materna primaria*”(1956) como un estado que se desarrolla desde el embarazo y persiste hasta después del parto, en el que la madre hace a un lado su narcisismo y le brinda al bebé un sentimiento de continuidad de su existencia. Por otro lado, Therese Benedek (citada en Giessmann y Houzel, 2006), expone que existe un reforzamiento mutuo entre los padres y su hijo, en el cual las diferentes

etapas psicosexuales en el bebé son satisfechas por los padres, porque ellos mismos sienten placer al hacerlo.

3. *Práctica de la parentalidad.* Se refiere a las tareas cotidianas que los padres llevan a cabo respecto a sus hijos y que no sólo implican aspectos físicos, sino cuidados psíquicos. Al respecto Lamour y Lebovici (citados en Geissmann y Houzel, 2006), resaltan la importancia de la interacción padres-hijos y distinguen las interacciones de comportamiento (intercambios corporales), las afectivas (interpretación emocional entre los padres y los hijos) y las fantaseadas.

Para Geissmann y Houzel (2006), el éxito de la parentalidad implica el equilibrio entre las investiduras narcisistas y objetales del niño, de la pareja, de la relación conyugal, del rol materno y del rol paterno. Es por tanto, que una integración armoniosa entre los padres es fundamental para el desarrollo de la vida psíquica del menor, una vez que comienza su existencia extrauterina.

### **1.3 Competencias y habilidades parentales**

La tarea de ser padres es complicada, ya que no sólo se necesita establecer el ambiente propicio para sus hijos, también implica llevar a cabo las acciones concretas para lograr proveer de lo necesario en las esferas psicológicas, sociales y biológicas de los menores y lograr favorecer el desarrollo óptimo del menor. Para permitir este desarrollo, es necesario que se pongan en juego las competencias de protección que poseen los adultos.

El concepto de competencia parental (muy relacionado con la autoeficacia), se refiere a la capacidad de los padres para generar y poner en práctica respuestas tanto de afecto, cognición, comunicación y comportamiento, flexibles y adaptadas a las necesidades tanto a corto como a largo plazo. Estas capacidades, se ponen en marcha en los temas referentes a la crianza de los hijos, con las adaptaciones respectivas a lo esperado socialmente y de acuerdo a las necesidades de desarrollo de los menores; siempre haciendo uso de los recursos que los padres tengan a su alcance. Dichas competencias, son el resultado de un ajuste entre el ambiente psicosocial de la familia y el escenario que construyen para llevar a cabo sus actividades parentales. Aquellos que poseen buenas competencias, pueden favorecer el desarrollo de sus hijos y desarrollo de su resiliencia (Masten y Curtis, 2000, citados en Cabrera, Máiquez, Martín y Rodrigo, 2009).

Las competencias que se deben potencializar en los padres, están en función de las características, vulnerabilidades y resistencias que posea el niño. Existen competencias en los padres que mejoran la adaptación a su rol. Algunas de ellas son: la competencia social, inteligencia arriba del promedio, temperamento fácil, locus de control interno, alta autoestima, humor, búsqueda y resolución problemas, iniciativa y toma de decisiones, pensamiento del futuro, entusiasmo y motivación (White, 2005, citado en Cabrera, Máiquez, Martín y Rodrigo, 2009).

Basado en la teoría de la autoeficacia, la eficacia parental se refiere, a las creencias que tienen los padres sobre sus capacidades para lograr ser “*un buen padre*”. Diversos autores han encontrado que la autoeficacia parental es un indicador notable de la calidad de crianza, que a su vez es un importante predictor de comportamientos positivos por parte de los padres. También refieren que mediante las intervenciones psicológicas, se puede influir y modificar dicha eficacia y por tanto, modificar los patrones de crianza en modelos positivo (Raikes y Thompson, 2005; Ontai y Sano, 2008; Coleman y Karraker, 1998 y Jones y Prinz, 2005, citados en Young, 2011).

Los autores que se mencionaran en seguida, han realizado evaluaciones sobre las áreas que se creen son necesarias para que los padres lleven a cabo esta tarea de manera satisfactoria (Gordon, Bradley, Aue y Holman, 2006; Kalil, 2003; Tomison, 1999, citados en Cabrera, Máiquez, Martín y Rodrigo, 2009). Ellos sugieren las siguientes áreas: a) cubrir las necesidades de desarrollo de los hijos, b) contar con situaciones ambientales y familiares que influyen en la parentalidad de manera positiva y c) las competencias parentales. Al evaluar estas últimas, los autores prestan atención a las siguientes actividades:

- a) Proveer de los cuidados básicos.
- b) Brindar seguridad y protección al menor.
- c) Cuidados y atención emocional.
- d) Propiciar la estimulación del menor a través de actividades y conductas.
- e) Establecimiento de normas y límites al comportamiento de acuerdo a la edad del menor.
- f) Contexto que brinde estabilidad.

Azar (2005, citado en Cabrera, Máiquez, Martín y Rodrigo, 2009), divide las competencias parentales en cinco áreas: las educativas, sociocognitivas, autocontrol, manejo del estrés y sociales.

No muy alejados de sus ideas Maiquez y Byrne (2008), proponen un conjunto de habilidades necesarias para ser padres y madres (Ver Tabla 2).

Tabla 2. *Conjunto de habilidades requeridas para la tarea vital de ser padres* (Maiquez y Byrne, 2008)

<b>Habilidad</b>	<b>Características</b>
Habilidades educativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Calidez y afecto en las relaciones y reconocimiento de los logros evolutivos alcanzados a la medida de sus posibilidades.</li> <li>– Control y supervisión del comportamiento del menor, gracias a la comunicación y fomento de la confianza en sus buenas intenciones y capacidades y organización de actividades de ocio con toda la familia.</li> <li>– Estimulación y apoyo al aprendizaje: fomento de la motivación, proporcionar ayuda contingente a las capacidades del menor, planificación de las actividades y tareas, orientación hacia el futuro e implicación en la educación formal (escuela).</li> <li>– Actitud ética ante la vida y educación en valores.</li> <li>– Adaptabilidad a las características del menor, capacidad de observación y flexibilidad para ajustarse a los cambios evolutivos, perspectivismo (capacidad de ponerse en el lugar del otro), autocorrección ante los errores, reflexión sobre la praxis educativa y flexibilidad para aplicar las pautas educativas.</li> <li>– Autoeficacia parental: percepción de las propias capacidades para llevar a cabo el rol de padres.</li> <li>– Locus de control interno: percepción de que se tiene control sobre sus vidas y capacidades de cambiar lo que ocurre a su alrededor que deba ser cambiado.</li> </ul>
Habilidades de agencia parental	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Acuerdo en la pareja: se acuerdan con la pareja lo criterios educativos y los comportamientos a seguir con los hijos.</li> <li>– Percepción ajustada del rol parental: se tiene una idea realista de que la tarea de ser padres implica esfuerzo, tiempo y dedicación.</li> <li>– Reconocimiento de la importancia de progenitores.</li> </ul>
Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Implicación en la tarea educativa.</li> <li>– Responsabilidad ante el bienestar del niño.</li> <li>– Visión positiva del niño y de la familia.</li> <li>– Buscar ayuda de personas significativas con el fin de complementar el rol parental en lugar de sustituirlo o devaluarlo.</li> <li>– Identificar y utilizar los recursos para cubrir las necesidades como padres y como adultos.</li> <li>– Búsqueda de ayuda de personas significativas y/o instituciones cuando tiene problemas personales y/o con los hijos.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Confianza y colaboración con los profesionales e instituciones que le quieren ofrecer apoyo y ayuda.</li> </ul>
Habilidades para la vida personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Control de los impulsos.</li> <li>– Asertividad.</li> <li>– Autoestima.</li> <li>– Habilidades sociales.</li> <li>– Estrategias de afrontamiento de estrés.</li> <li>– Resolución de conflictos interpersonales.</li> <li>– Capacidad para responder a múltiples tareas y retos.</li> <li>– Planificación y proyecto de vida.</li> <li>– Visión optimista y positiva de la vida y crisis.</li> </ul>
Habilidades de organización domestica	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Administración eficiente de la economía doméstica.</li> <li>– Mantenimiento de la limpieza y orden de la casa.</li> <li>– Higiene y el control de salud de la familia.</li> <li>– Preparación regular de comidas saludables.</li> <li>– Arreglo y mantenimiento de la vivienda.</li> </ul>

Nota: Tomado textualmente de Perseveración familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias.

Madrid: Pirámide.

El termino parentalidad positiva se refiere *al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del menor, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del menor* (Martín, Cabrera, León y Rodrigo, 2013, pág. 886). Este término resalta la importancia que tiene el apoyo psicoeducativo que se debe brindar a los padres para que realicen de manera satisfactoria sus obligaciones de crianza y educación.

Para la OMS, el futuro de las sociedades depende del desarrollo físico y psicológico óptimo de los menores. Sólo en un contexto óptimo, los niños serán capaces de poner en marcha todo su potencial. Por este motivo, la autoeficacia parental, es un factor importante que influye en un incremento positivo en la interacción entre el niño y sus padres, lo cual contribuye para promocionar la salud mental en el menor. Así pues, la autoeficacia parental tiene un papel importante en el aumento de la autoconfianza y en la promoción de habilidades que permiten que padres e hijos interactúen de maneras saludables (Abarashi, Tahmassian, Mazaheri, Panaghi y Mansoori, 2014).

Según Bloomfield y Kendal (2007), aquellos padres que sientan que son capaces de ser buenos en su rol, se sienten satisfechos y capacitados para hacer frente a los obstáculos que se les presenten, hasta alcanzar el logro de determinada tarea. Esta percepción de la habilidad se basará en creencias reales de la paternidad y en una evaluación adecuada sobre sus propias capacidades.

Young (2011), hace un recorrido por varios estudios en los que se establecen correlaciones entre las conductas parentales eficaces y los efectos sobre los padres e hijos, encontrando que aquellos padres que se sienten más capaces, son los que enfrentan problemas conductuales o situaciones estresantes, en niños con problemas de conducta, autismo, discapacidad intelectual, etc. Por otro lado, aquellos progenitores que se sienten competentes al generar y coordinar respuestas tanto afectivas, de cognición, comunicación y de comportamiento, son los que se sienten capaces de afrontar y adaptarse al rol como padres a lo largo de sus vidas, es decir, durante las distintas etapas de desarrollo y evolución de sus hijos. De igual manera, a más autoeficacia, existe mayor tendencia a que los padres y madres, aprovechen las oportunidades y apoyos que les brindan sus ambientes sociales para sacar el máximo provecho a sus capacidades (Riquelme, Rojas y Jiménez, 2012).

Aquellos padres que perciben que cuentan con las competencias necesarias para proveer de las mejores condiciones a sus hijos, tienen mayor autoeficacia y con ello aumentan su esfuerzo y compromiso para llevar a cabo las tareas relacionadas con la crianza (Riquelme, Rojas y Jiménez, 2012). Incluso antes de ser padres, las personas ya tienen ideas preconcebidas sobre la paternidad la maternidad y pensamientos sobre su propia capacidad, comúnmente basadas en sus experiencias. La percepción de una baja eficiencia parental, crea un círculo vicioso de pensamientos, en el cual al no percibirse como capaces, las madres y los padres realizan menos intentos y se rinden más fácilmente ante las dificultades, lo cual al mismo tiempo, contribuye a perpetuar y acrecentar las ideas de baja eficiencia (Coleman y Karraker, 1997, citado en Farkas-Klein, 2008).

Los padres que tienden a evitar vincularse afectivamente, pueden percibirse como menos capaces de proporcionar una ayuda eficaz a sus hijos, presentando mayores dificultades para asumir sus roles de cuidado. Esto, debido a que al mantener distancia emocional, pueden llegar a sentir incomodidad cuando existen problemáticas que requieren su ayuda, lo cual afecta a la relación con sus hijos (Moreira, Carona, Silva, Nunes y Canavarro, 2015). Los “buenos padres” son definidos

de manera diferente dependiendo de los distintos grupos sociales y lugares de donde provienen los individuos (Visser, Gideon-Bolt y Van-Kempen, 2015).

#### 1.4 El apego y las diferencias en la calidad del mismo

La conducta de apego es definida como *cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma y se siente aliviada en el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta* (Bowlby, 1983, p. 40). Estas conductas generalmente vistas en el niño pequeño hacia sus padres o figuras parentales, tienen un papel definitivo no sólo en el desarrollo y seguridad en edades tempranas, sino que marcarán de manera importante la forma de establecer vínculos en edades futuras. A partir de las experiencias repetidas con dichas figuras, el menor establecerá expectativas sobre la naturaleza de las interacciones entre él y las personas a su alrededor. Crittenden (1995, citado en Garrido-Rojas, 2006), explica que las interacciones tempranas, influirán en la manera particular de procesar la información acerca de la conducta de las figuras de apego y por tanto tendrán mayor o menor tendencia a ciertos tipos de psicopatología.

Las teorías explican que la regulación de los afectos, así como su desarrollo se fijan con base a la responsabilidad materna. Debido a los diferentes tipos de apego se desarrollarán, siempre apuntalados al tipo de interacción que se establezca entre las figuras de apego y el menor.

Las primeras investigaciones detalladas de las diferencias individuales en apego, fueron dirigidas por Ainsworth quien trabajó con Bowlby, tomando como referencia las observaciones de la *Situación Extraña* (Strange Situation), mostrando las diferencias en las interacciones madre-hijo y (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978, citado en Garrido-Rojas, 2006 y Repetur, 2005) encontrando los siguientes patrones generales (véase Tabla 3):

Tabla 3. *Patrones generales de conducta relacionados con el tipo de apego recibido*

<b>Tipo de apego</b>	<b>Respuestas de las figuras de apego</b>	<b>Resultado en la conducta del menor</b>
Seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responden a la gran mayoría de las conductas controlables del menor, proveyendo retroalimentación a lo que hace.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando el cuidador se va tienen respuestas de disgusto, pero cuando vuelven se transforman en respuestas positivas.</li> </ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anima e interactúa con el niño, es sensible y hábil para identificar las señales emocionales, apaciguar y modificar las respuestas de niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscan consuelo.</li> <li>• Desarrollan conductas de exploración activa y juego (en referencia de la madre).</li> <li>• Placer del bebé por el contacto físico.</li> <li>• Ausencia de ansiedad en separaciones breves.</li> </ul>
Inseguro- evitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Han rechazado las señales afectivas del menor. Ante esto, el niño se inhibe a dichas conductas, evitando la hostilidad o rabia que tienen sus cuidadores.</li> <li>• Se trata de cuidadores que no tiende a la validación de las señales emocionales, no disponibles emocionalmente, rechazo en forma manifiesta y aversión al contacto corporal cercano, así como rechazo parental.</li> <li>• Uso del castigo físico y retirada de amor como forma de crianza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas de distanciamiento e indiferencia ante la separación con el progenitor.</li> <li>• Centrarse en juguetes y evitar el contacto cercano.</li> <li>• Ansiosos.</li> <li>• Permanecen enojados, malestar frente a las separaciones más breves.</li> <li>• No busca el consuelo de la madre.</li> </ul>
Ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La conducta afectiva de los cuidadores es errática, cambiante o inconsistente, no hay respuestas adecuadas. Esto impide que el niño tenga predictibilidad y prevalezcan emociones de enojo, miedo y ansiedad.</li> <li>• Intermitencia en la sensibilidad, accesibilidad y respuestas impredecibles, de modo que las necesidades del menor no logran ser satisfechas (Garrido-Rojas, 2006).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuestas ansiosas ante la separación (llorar y aferrarse) y aún cuando la madre regresa.</li> <li>• No exploran.</li> <li>• Difícil de consolar, interés exagerado por la madre y su paradero.</li> </ul>
Desorganizada Main y Soloon (1986)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinación de las anteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas desorganizadas, pueden incluir autoagresión o paralización.</li> <li>• Falta de estrategias.</li> <li>• Comportamiento estereotipado.</li> </ul>

---



Más tarde, se identificaron las relaciones entre el tipo de apego particular y la presencia e intensidad de ciertas emociones en los infantes, así como los cambios experimentados en la adolescencia y adultez (véase Tabla 4).

Tabla 4. *Emociones asociadas a los tipos de apego*

Tipo de apego	Emociones asociadas
Apego seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angustia ante la separación y calma al regreso.</li> <li>• Interacción cálida, de confianza y seguridad con sus cuidados.</li> <li>• En la adolescencia, son percibidos como menos ansiosos, hostiles y menos estresados, presentan menos ansiedad y depresión. Ante el enojo se controlan y lo expresan, buscando soluciones (Mikulincer, Shaver y Pereg 2003, Muris y Meesters 2000; Mainsworth, 1978; Kobak y Sceery, 1998, citados en Garrido-Rojas 2006).</li> <li>• Baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad con la cercanía del otro, independientes, poseen confianza en la búsqueda de apoyo y utilización de medios constructivos de afrontar el estrés.</li> <li>• En la edad adulta, los que reportan este tipo de apego presentan niveles más altos de afecto positivo, energía, placer y concentración. Manifestando poca tristeza y apatía. Dichas emociones se mantienen en la vejez, permitiendo un repertorio emocional balanceado, apertura para expresar emociones, mayor intimidad y redes sociales más amplias (Kerr, Melley, Travea y Pole, 2003, Consedine y Magai, 2003, citados en Garrido Rojas, 2006).</li> </ul>
Apego ansioso-ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante situaciones extrañas muestran una angustia exacerbada y dificultad para calmarse. Cuando regresa el cuidador, presentan emociones de enojo y preocupación.</li> <li>• Disminución en el desarrollo de emociones positivas.</li> <li>• Se aprecia alta ansiedad y baja evitación, inseguridad en el apego, necesidad de cercanía, miedo al rechazo, así como baja tolerancia al dolor (Mikulincer, 2003, Mikulincer, Gillath y Shaver, 2002 y Lecannelier, 2002, citados en Garrido- Rojas, 2006).</li> <li>• Emociones de rabia, enojo, estrés y afecto depresivo. Personas tendientes al estilo ambivalente, reportan los niveles más altos de afecto negativo, malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo y nerviosismo, así como menores niveles de calma y serenidad (Mikulincer, 1998; Kobak y Sceery, 1998, citados en Garrido-Rojas, 2006).</li> </ul>
Apego ansioso- evitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante situaciones extrañas, se muestran sin angustia o enojo conductual (que no corresponde con los signos fisiológicos), indiferencia ante el cuidador, llegando a evitarlo. Enojo y hostilidad, percibido por los pares. Ante la falta de vínculos seguros, el menor se vuelve autosuficiente y se</li> </ul>

---

mantiene distanciado emocionalmente del otro (Ainsworth, 1978; Mikulincer, 2003 y Kobak y Sceery, 1988, citados en Garrido-Rojas, 2006).

- En general, expresan emociones negativas del tipo ansioso, enojo, hostilidad y rabia o bien presentan emociones positivas con una tendencia a la minimización del afecto, desde temprana edad haciéndose presente aún en la vejez (Kochanska, 2001; Consedine y Magai, 2003, citado en Garrido-Rojas, 2006).
  - En la adolescencia, continua la agresividad, falta de complacencia y conductas de rechazo pasivo, muestran menos tolerancia a la frustración, menor persistencia y poca competencia. Presentan inseguridad, mayores niveles de depresión, ansiedad, resentimiento, alienación y problemas con el consumo de alcohol. Existe correlación con problemas de conducta alimentaria y trastornos de pensamiento. Además, tienden a desarrollar personalidades narcisistas, antisociales e histriónicas, evitando el contacto interpersonal y manteniendo patrones de interacción deficientes (Rosenstein, 1993; Scott 2003; Blatt, 2003, citado en Repetur, 2005).
- 

Es importante tomar en cuenta que la historia de las interacciones entre el cuidador y el bebé, establecen las bases de la forma particular en que se interpretará y regulará la expresión emocional y conductual del menor. Por tanto, podemos asegurar que las relaciones de apego tempranas distorsionadas estarán ligadas con la psicopatología en el transcurso de la niñez y adolescencia, ya que operan como marcadores del comienzo de un proceso de enfermedad o como un factor de riesgo para alteraciones posteriores, en el contexto de una compleja interacción entre variables biológicas y ambientales (Carlson, 1998 citado en Repetur, 2005).

Desde el enfoque psicoanalítico o teoría de las relaciones objetales, Klein (citada en Green, 1983) describió que el pecho omnipotente o la relación con la madre que se presenta destructiva u agresiva ante el menor, propicia que el bebé recurra a la proyección como medio de defenderse de la amenaza de la relación madre-hijo. Por otro lado, respecto a los padres, la teoría psicoanalítica plantea que si estos mantienen un uso predominante de mecanismos de defensa primitivos (escisión y negación), estarán limitados en su capacidad para reflexionar sobre sus propios estados y para regularse emocionalmente lo cual los mantendrá en desventaja para permitir el desarrollo de su hijo en un ambiente psicológico adecuado, pudiendo contribuir en el desarrollo de personalidad y psicopatología (Rosenstein, 1993 y Fonagy, 1993, citado en Repetur, 2005).

## 1.5. El nacimiento de un hijo

La capacidad de ser madre según Deutsch (1945, citado en Geissmann y Houzel, 2006), es un fenómeno complejo, que requiere se cumplan con dos tareas importantes: 1) sentar las bases para que el menor se desarrolle como una unidad armoniosa y 2) desvanecer esas intervenciones más tarde. Este trabajo, es un proceso largo y doloroso, pues implica que la madre se dé cuenta y permita que sus hijos crezcan de manera independiente, lo cual no sólo se logra a un nivel consciente sino también inconsciente. Este proceso conlleva una lucha entre un menor que busca niveles cada vez más altos de independencia y un adulto que busca preservar la ayuda que hasta ese momento había sido necesaria para el menor.

La condición de madre, según Geissmann y Houzel (2006) conlleva un doble parto. Primeramente el nacimiento físico y después continua "*pariéndolo*", meses después para que del ser físico existente surja el ser psíquico. Winnicott (citado en Geissmann y Houzel, 2006), hace referencia al termino *ilusión* como un fenómeno que permite que la madre soporte el trauma que representa la expulsión del feto y que será fundamental para que se cree un espacio transicional, que continúe la percepción por algunos días o meses más, de que la unidad madre-hijo continúa. Esto será fundamental para que el ser que hasta ese momento continua en desarrollo sea aceptado y atendido como un individuo dependiente de su madre.

Para Freud, la madre que en algún momento fue hija reprime durante su desarrollo las pulsiones relacionadas con su "*disposición de perversa polimorfa*", por tanto, la unidad establecida con el hijo, permitirá que por un momento dicha represión sea levantada y dichas pulsiones puedan entrar en juego de manera parcial. Así la capacidad para ser madre, según Freud está relacionada con la capacidad que posee la mujer para regresar a ser hija de su propia madre y vivenciar todo lo que conlleva. Para él, este proceso implica aspectos inconscientes de su pasado, que pueden o bien llevarla a un crecimiento como madre, o a estancarse en las contradicciones. De la misma manera, la regresión permitirá que se revivan experiencias en las que se contrasten: la satisfacción y frustración, las imágenes de la madre amorosa y el niño amado, en contraste con la madre que privó y el niño visto como una amenaza. Es así como con todas estas imágenes inconscientes y conscientes, se remodelan y se proyectan en la madre que es y en la hija que fue, marcando de manera importante el tipo de relación que establecerá con el menor (citado en Geissmann y Houzel, 2006)

## CAPÍTULO 2. LAS NECESIDADES DE LOS HIJOS

### 2.1 Relación madre-hijo

La teoría psicoanalítica pone énfasis en la importancia que tienen sobre el desarrollo de la personalidad del individuo, las condiciones psíquicas de aquellas personas que se hacen responsables de su desarrollo. La interacción más pronta se da con la madre, cuyo cuerpo alberga a un ser diferente a ella, con quien mantiene una relación a través del cordón umbilical. La madre transmite al feto, no sólo aspectos biológicos, sino también la traducción de su mundo afectivo y mental (Lebovici, 1990).

En un primero momento el útero prenatal con sus funciones de protección y sustento permite un perfecto ajuste a las necesidades del feto. Ya en el exterior, la madre proveedora de afectos y técnicas de crianza permiten o no el seguimiento de dicho ajuste en la vida extrauterina. Para lograr el ajuste de la madre a las necesidades del menor será necesaria: 1) identificación profunda (de las necesidades del hijo), 2) la experiencia inconsciente de haber sido bebé y haber requerido esos cuidados, 3) su deseo de brindar dichos cuidados, así como, 4) el apoyo recibido del entorno familiar y social. Este acercamiento y comprensión son llamados por Winnicott “*allegamiento yoico de la madre*” (De Caifa y Ameglio, 2013).

Para Winnicott (1951), una madre no requiere comprender intelectualmente hablando, cuál es su labor como mamá, debido a que existe una orientación biológica hacia su hijo, que la guiará en los aspectos esenciales del cuidado. Para él, la madre suficientemente buena, cumplirá con las siguientes tareas: a) proporcionar el calor y cercanía de un cuerpo vivo, b) la madre presenta el mundo al bebé, a través de la alimentación y de la satisfacción de las necesidades, aprende a conocer que fuera de la relación madre-hijo, existe un mundo capaz de satisfacer sus necesidades, c) su presencia es necesaria para una relación satisfactoria con el mundo exterior y d) permitir la desilusión, dando lugar a la posibilidad creadora del niño (Winnicott, 1945).

Durante el desarrollo del niño se dan dos clases distintas de identificación: a) de la madre con su hijo y b) el estado de identificación del niño con la madre. La madre asocia a su hijo con la imagen de un objeto interno que le pertenece a su cuerpo. El bebé significa muchas cosas dentro de la fantasía inconsciente de la madre, pero uno de los aspectos más importantes es la disposición y la capacidad de la madre para despojarse o hacer a un lado sus propios intereses y concentrar sus

energías en el bebé. Esta actitud materna, forma parte de lo que Winnicott (1958a) denominó “*preocupación materna primaria*”. Este periodo se caracteriza por la presencia de una capacidad especial para hacer lo adecuado para su hijo, ya que ella sabe exactamente cómo se siente el niño.

Existen dos estados que interfieren con el desarrollo de dicha preocupación (Winnicott, 1958a): 1) aquellas madres cuyos intereses personales son demasiado compulsivos e importantes, lo cual, no les permite sumergirse en el estado y 2) las madres que permanecen preocupadas por algo y el niño se convierte en una preocupación patológica. En este grupo de mujeres, la preocupación materna primaria no tiene un fin y continúa mucho más allá de lo que se esperaría.

Winnicott (1967), refiere que el desarrollo emocional del bebé se ve propiciado por el rostro de la madre. Este autor afirma que en las primeras etapas del desarrollo emocional del niño, el bebé ve el rostro de la madre como un medio de verse a sí mismo. A través de este intercambio, la madre lo mira y ella se relaciona con lo que ve en él. Pero aquellos bebés que no reciben retroalimentación a su mirada, miran sin verse a sí mismos. La falta de esta *función de espejo* de la madre tiene dos consecuencias: 1) se atrofia su capacidad creadora y de una u otra manera buscan en derredor otras formas de conseguir que el ambiente les devuelva algo de sí y 2) el niño se hace a la idea de que en el rostro de su madre no hay un espejo o se mantienen hipervigilantes al rostro de ella, con el fin de predecir su estado de ánimo.

En algunos casos, la interferencia de la preocupación primaria puede conducir al desarrollo de un trastorno psicológico en el menor, lo cual puede ser atribuido a la ausencia o la falta de envoltura protectora necesaria en el menor, durante este periodo de la vida. Si la actitud materna no es lo bastante buena, el niño puede convertirse en un conjunto de reacciones frente a las ansiedades, evitando que el verdadero *self* no llegue a formarse, quedando oculto bajo un *falso self* que hace frente al mundo y evita el sufrimiento (Winnicott, 1958a).

Bion (citado en Lebovici, 1990) considera que el seno de la madre es un contingente en el cual el niño proyecta elementos llamados *Beta* y que es la madre, la que metaboliza y trasforma dichos elementos no pensables en pensables (*Alfa*). Así, a través de esa función *Alfa* de la madre, el menor organiza el *aparato para pensar pensamientos*. Dicho pecho materno, es descrito como los cuidados generales que no se reducen a la función alimentaria. Los cuidados en su conjunto envuelven al niño, creando un continente que el menor interiorizará para envolverse psíquicamente.

La madre debe estar presente para que los hijos la abandonen (Geissmann y Houzel, 2006), esto significa que la creciente independencia de niño sólo se llevará a cabo satisfactoriamente en la medida en que su madre pueda vivir sin él y permanecer disponible para el menor en situaciones en que la requiera. Dicha situación es vivida como una mezcla de alegría y amargura, pero pese a los sentimientos negativos que puedan embargar a la madre, ésta debe asimilar la situación positivamente. Si un niño percibe que su madre se niega a ser abandonada, el menor puede permanecer a su lado por miedo o culpa y por tanto negarse a crecer o a hacer nuevas actividades, demostrándole que sigue siendo necesaria en su vida. Actitudes negativas ante este hecho necesario, tendrán repercusiones no sólo en la independencia y autonomía del menor, sino también en las reacciones con sus padres, en su capacidad futura de convertirse en padre y en su sensibilidad a la opinión de los demás. Por el contrario, cuando la madre verdaderamente se presenta para ser abandonada, el bebé disfruta y comparte con ella la satisfacción de su crecimiento.

El desarrollo de los hijos implicara que la madre poco a poco tenga que ser abandonada, lo cual implicará los siguientes aspectos (Geissmann y Houzel, 2006):

1. El crecimiento del niño conlleva una dosis de rechazo hacia la madre.
2. La madre vive este rechazo como agresión dolorosa, pero al mismo tiempo con satisfacción ante la maduración de su hijo.
3. La madre puede soportar ser abandonada cuando maneja el placer, resentimiento, tristeza y la ambivalencia del proceso y no lo ve como un rechazo hacia ella, sino como parte del desarrollo.
4. Si no logra manejar sus emociones y sensaciones, manda mensajes equivocados a su hijo, logrando que éste responda.
5. Si se logra aceptar el abandono, se permite el progresivo desarrollo de aptitudes, acciones y funciones.

### **2.1.1 Madre suficientemente buena**

Winnicott (1960), utiliza el término “*madre suficientemente buena*” para referirse a aquellas madres que en las primeras etapas del desarrollo del niño cumplen con las principales tareas de maternaje:

- a) Sostenimiento/holding. La forma en la que la madre sostiene al niño está relacionada con su capacidad de identificación con él. La falla en el sostenimiento produce una intensa angustia del niño y ansiedades de tipo psicótico, la sensación de desintegración, de caída y un sentimiento de que la realidad externa no es segura.
- b) Manipulación/handling. Contribuye al desarrollo de la asociación psicosomática que le permite al niño experimentar lo real como lo contrario a lo irreal. La manipulación deficiente limita el desarrollo muscular, la coordinación, la capacidad del niño para experimentar el funcionamiento corporal y la experiencia de ser.
- c) Mostración de objetos. Las fallas en la realización o hacer real el impulso creativo del niño, bloquean su capacidad para sentirse real al relacionarse con el mundo externo, con los objetos y fenómenos.

Como profesionales de la salud, nos interesa que el medio en el que se desarrolla el menor sea adecuado para su edad y que le permita en forma gradual y personal, convertirse en una persona capaz de ocupar un lugar en la comunidad, manteniendo su individualidad. Esto se logra cuando existe una madre devota, capaz de comprender las necesidades del niño y activamente adaptada a sus necesidades (Winnicott, 1957).

### **2.1.2 Depresión materna**

Winnicott (1957), refiere que la desintegración de la familia puede ser resultado de la enfermedad psiquiátrica. El trastorno neuropsiquiátrico o psiquiátrico del padre o la madre, implicarán una complicación para el desarrollo del niño y son amenazas para el desarrollo sano del mismo. La depresión genera un círculo vicioso, en el que el caos por la desatención de los hijos, refuerza ese mismo estado afectivo.

En el caso particular de las madres, Geissmann y Houzel (2006), mencionan la importancia de la relación que ellas establecen con sus hijos. Dicho vínculo, cobra vital importancia el equilibrio afectivo de la madre, ya que durante el embarazo el sentido narcisista de ésta sufre un cambio de dirección; deja de centrarse en ella y se enfoca en el feto. El nacimiento irrumpe esta relación y sólo gracias a la *ilusión* y a la posterior *locura materna primaria*, la madre se identifica psíquicamente con el bebé, lo cual le permite presentir las necesidades y el estado de su hijo.

Todas estas acciones son asumidas y controladas por el Yo y dado que las regresiones que se sufren conllevan ciertas crisis de identidad, es necesaria cierta estabilidad afectiva, que permita que dichos cambios sean dirigidos a lograr una maduración psicoactiva en la madre (Geissmann y Houzel, 2006).

Los trastornos afectivos, en particular la depresión, son un problema de salud pública debido a la frecuencia con la que se presentan y el grado de discapacidad que producen. La enfermedad depresiva tiene una alta prevalencia, especialmente en las mujeres en edad fértil, esto es de especial importancia debido a que las madres deprimidas, en comparación con grupos sin síntomas depresivos, interaccionan con sus hijos de manera negativa con mayor frecuencia, tienen menos acercamientos positivos, menos vocalizaciones y más conductas evitativas. También se ha encontrado que, en las familias con un miembro con trastorno anímico, puede provocar alteraciones en la expresividad emocional, con un alto criticismo y sobreinvolucración negativa. Los hijos de padres depresivos, tienen el doble de riesgo de desarrollar tanto una depresión, como otros trastornos psiquiátricos y desarrollar un funcionamiento deficiente en la convivencia y manejo social. En el caso de los niños preescolares, es común que desarrollen trastornos de conducta y ansiedad, mientras que los adolescentes, presentan depresiones y los adultos tienden a manifestar abuso de sustancias y depresión (Fritsch, Montt, Solis, Pilowsky y Rojas, 2007).

Existen múltiples factores implicados en la calidad del apego en el crecimiento del bebé. Así pues, dicho desarrollo está influenciado por factores de la madre, del contexto en el que llegará a ser parte el bebé y la relación entre el apego madre-hijo (Tarabulsky et al., 2005, citado en Quezada y Santelices, 2010).

Uno de los factores más afectados por la depresión materna es el apego infantil. Para desarrollar un apego seguro, es necesario que el cuidador sea sensible, que muestre sentimientos y reacciones positivas, además de sincronía en la interacción con el menor. Estos aspectos son notablemente disminuidos y pervertidos en el caso de las madres deprimidas. Al contrario, las interacciones en este grupo de mujeres, se caracterizan por sentimientos de hostilidad y altos índices de estrés, así como percepciones negativas de la conducta del menor. Las experiencias tempranas tienen un papel importante en el desarrollo de la psicopatología, pues modifican las representaciones negativas de sí mismos y de los otros individuos. Aquellos que establecieron con sus figuras primarias un tipo de apego no seguro, tienden a ser más vulnerables, tanto en un nivel de autoestima como de



relaciones con los demás (Svanberg, Mennet y Spieker, 2010, citados en Olhaberry, Escobar, San-Cristobal, Santelices y Farkas, 2013).

Las experiencias de la madre respecto a su infancia y relaciones de apego, constituyen una fuerte influencia en variables como la sensibilidad y las representaciones que esta se hace del hijo y de ella como madre, lo cual influirá directamente en el tipo de apego que será capaz de proporcionar al bebé (Bowlby, 1980, Atkinson et al., 2005; Raval et al., 2001; Tarabulsky et al., 2005, citado en Quezada y Santelices, 2010). De igual forma, los cambios a lo largo de la vida de las madres, influyen en el apego que establecen con sus hijos, pudiendo producir modificaciones tanto positivas como negativas con el infante. Cambios como el maltrato o abuso, eventos traumáticos, relaciones de pareja insatisfactorias, cambios en el contexto social, pobreza, bajo nivel socioeconómico, monoparentalidad, violencia doméstica y/o aparición de psicopatología en la madre, son factores cuya estabilidad puede modificar de manera permanente el apego establecido con el niño (a) (Weinfield, Sroufe y Egeland, 2000; Buchheim, 2003, citado en Quezada y Santelices, 2010).

Existen madres físicamente presentes, pero depresivas, cuyo estado de ánimo fluctúa continuamente, haciendo que sus hijos vivan múltiples experiencias traumáticas de separación. Para Freud (1926, citado en Lebovici 1990) la angustia se presenta como una reacción ante la pérdida del objeto, para disminuir la tensión (por el peligro que representa el continuo abandono de la madre) y compensar la pérdida.

La relación de sostén con la madre, permite en el niño un estado de bienestar que le permitirá la elaboración de la fase depresiva y organización posterior de su personalidad de un modo neurótico, sin trastornos psicósomáticos, psicóticos o psicopáticos (Lebovici, 1990).

La depresión crónica, puede empobrecer al progenitor respecto a la provisión de afecto que se le provee al hijo, o bien presentarse como una enfermedad grave con fases alternativas (altibajos) más o menos repetitiva en el tiempo en el que el menor necesita que se preocupen más de él. La presencia de depresión, puede resultar seriamente perturbadora por el hecho de ver que repentinamente la madre se ocupa y de manera alternante lo ignora, por tanto el niño puede llegar a sentirse abandonado, ante esta situación, los niños muy pequeños pueden percibir y reconocer los estados de ánimo oscilantes de los padres, y vigilar y mantenerse alerta para saber cómo actuar con ellos (Winnicott, 1958b). En el caso particular de las madres deprimidas, éstas representan un gran

riesgo para la salud del menor, ya que la depresión interfiere de manera importante con su habilidad para darse cuenta y proveer las necesidades tanto físicas como emocionales de sus hijos (Mason et al., 2005; Dozier et al., 1999; Pianta, Egeland y Adam, 2006, citados en Quezada y Santelices, 2010).

Por otro lado, una de las características particulares de este grupo de personas, es que tienden a responder en menor medida a sus responsabilidades, se muestran hostiles, críticas, desorganizadas, son madres poco activas, intrusivas, tienden a evitar tanto el contacto, como el conflicto y en general, se presentan menos competentes con sus hijos. De igual manera, dichas madres no establecen relaciones o conversaciones significativas con sus hijos, por lo que, se muestran limitadas en el reconocimiento y expresión de emociones (Teti et al. 1995; Raikes y Thompson, 2006, citados en Quezada y Santelices, 2010). Winnicott menciona que la preocupación materna primaria, se ve interrumpida por la depresión, impidiéndole olvidarse de todo, menos de su hijo y considerar maravilloso a su niño, asegurando las bases del narcisismo primario en la unidad del bebé con los cuidados maternos (Lebovici, 1990).

Green (1983), utiliza el termino *madre muerta* para referirse al imago construido en la psique del menor, como consecuencia de la depresión de la madre, esta figura lenta e inanimada, afecta las investiduras, el destino libidinal, objetal y narcisista de su hijo. Así, describe las consecuencias en la psique del hijo, por aquella madre que, pese a vivir psíquicamente, se encuentra muerta a consecuencia de una depresión no confesa o no tratada.

Dicho autor, refiere que los hijos de estas madres presentaran la llamada *angustia blanca*, la cual es característica en aquellos estados de vacío experimentado en el narcisismo (junto con la alucinación negativa, psicosis blanca y el duelo blanco), haciendo referencia a la clínica del vacío, que resultan de una *desinvestidura masiva, radical y temporaria, que deja huella en lo inconsciente en la forma de agujeros psíquicos que serán colmados por reinvestiduras, expresiones de la destructividad liberada así, por ese debilitamiento de la investidura libidinal erótica. Las manifestaciones del odio y los procesos de reparación a ellas consiguientes, son manifestaciones secundarias respecto de esa desinvestidura central del objeto primario, materno* (Green, 1983, p. 213).

De igual manera, Green (1983) hace referencia a la necesidad del menor de poseer dos objetos (madre y padre), pero da mayor importancia a la primera persona con la que se establece un vínculo

afectivo: la madre. La depresión materna a la que referencia, es aquella que se produce aún en presencia física de la madre, por lo cual, se arrastra al niño a un duelo, por aquella madre, que pese a su presencia física, no puede atender sus necesidades de menor, produciendo una herida narcisista en él, duelo que se hace más duro, cuando la familia y el padre principalmente no muestran interés a las necesidades de madre-hijo. La desinvertidura brutal del que es víctima el infante, deja marcas en las investiduras eróticas del ser en cuestión, dicho trauma al que es expuesto, constituye una desilusión anticipada, que lleva consigo la pérdida del amor, de sentido (el bebé no entiende el porqué de dicho abandono) interpretando dicha situación como una consecuencia de sus pulsiones hacia el objeto materno. Aunque el bebé se encuentra en una triangulación que hace posible que la reacción del padre palié las reacciones de la madre, provocando una investidura intensa y prematura como una figura salvadora del conflicto, es común que el padre, también se muestre inaccesible tanto para la madre como para el hijo. Green, escribe que ante dichas pérdidas tanto de la imagen de la madre como de la madre misma, el Yo del niño pondrá en juego una serie de defensas como:

1. Desinvertidura del objeto materno y la identificación inconsciente con la madre muerta. La primera permitirá que se mantengan las investiduras periféricas de objeto con la madre, pese a que la relación de objeto con la madre no esté presente, de tal modo que la incapacidad de amar a su hijo, no limite el interés que puede prestarle. El segundo aspecto hace referencia a una especie de mimetismo-simpatía con la madre, para compensar las reacciones de complementariedad madre-hijo. Así, al identificarse con el objeto estará destinado a la repetición compulsiva de la decepción y el rechazo.
2. La pérdida del sentido. El menor no entiende por qué perdió el pecho, el objeto que fue causa y meta de placer, sin motivo –salvo las pulsiones del menor- se derrumbó y se le niega.
3. Desencadenamiento de un odio secundario. Movilizando deseos de incorporación regresiva y posiciones anales sádico-maniacas que buscan dominar el objeto, mancillarlo, vengarse, etc.
4. Excitación autoerótica. Existe una disociación precoz entre el cuerpo y la psique, sensualidad y ternura. Así el objeto se busca como una forma de lograr goce para el sujeto, pero no es visto como la búsqueda de pacer compartido entre dos objetos.
5. El sentido pérdida impulsa el desarrollo precoz de las capacidades fantásmicas e intelectuales del Yo. Así, el juego, el pensamiento constreñido, la ejecución y la

autorreparación, nunca supera el desconcierto de la pérdida del pecho creado cognitivamente para cubrir la desinversión y el vacío creado por la misma. La actividad intelectual, llevará a continuos intentos por parte del niño por adivinar o anticipar las variaciones de humor de su madre, como una manera de sublimación idealizada. Sin embargo, los intentos sobrepasan los recursos del infante, de tal manera que el fracaso constante será revivido tras los intentos maníacos de recuperar el objeto, viviendo bajo el velo de una madre que no le ama y que no le permite vivir su duelo. Así concluye Green, que los objetos del individuo se mantendrán en el límite del Yo, no pudiéndose introyectar, además de ser incapaces de proyectarse completamente.

En la vida adulta, advierte que la noción de un pecho falso que alimentó a un bebé falso y creó a un sí mismo falso, producirá la idea en el individuo de que nunca ha sido amado, por lo cual, se aferrará y esforzará por confirmarla y verificarla en todas las relaciones a las que se enfrente. El autor concluye este tema diciendo que si bien la madre debe *morir* en algún momento para permitir que el hijo ame a otra persona, dicha muerte debe ser lenta y dulce, para que perezca el recuerdo del amor que se le podrá ofrecer a otra persona (Green, 1983).

### **2.1.3 Carencia materna**

La carencia en el cuidado materno, no es fácil de estudiar, ya que como lo menciona Lebovici (1990), está puede abarcar desde la falta cuantitativa de interacción existente entre madre-hijo, la noción de separación física o la insuficiencia de tipo cualitativo respecto a la relación. Por otro lado, Spitz (citado en Lebovici, 1990) hace énfasis en diversos factores que pueden hacer la carencia más o menos traumática, tales como; 1) edad del menor al momento de la carencia, 2) la gravedad de la pérdida del objeto de amor y 3) la cantidad de estimulación que se proporciona después de la separación. Por tanto, las consecuencias de dichas carencias, no son iguales en todos, ya que actúan sobre el momento en el desarrollo por el que pase el niño.

Las carencias relacionales a las que puede verse expuesto el menor en su propio hogar, puede deberse al rechazo, a condiciones de pobreza que dificultan la satisfacción de sus necesidades, por el poco interés que ponen los padres en la satisfacción de sus necesidades o por dificultades psicológicas (depresión o psicosis), manteniendo dificultades para percibir y prevenir lo necesario para su hijo (Lebovici, 1990).

Después de un periodo largo de carencia afectiva, el menor muestra un deseo grande de afecto y al mismo tiempo una incapacidad para establecer relaciones, que logren satisfacer exitosamente este deseo, ya que toda relación reactiva las heridas precoces del abandono vivido por el objeto de amor primario (la madre). De igual manera, la presencia física del objeto, se vuelve necesario para evitar la gran angustia que se vuelve cuando éste desaparece, dicha angustia puede presentarse como comportamientos agresivos (como forma defensiva) hacia la madre o hacia él mismo. Esto se debe a que ningún objeto estable y seguro ha sido introyectado. Por tanto, la presencia física de la madre es necesaria para permitir un sentimiento de continuidad y soporte. La necesidad de compensar la angustia puede llevar a comportamientos como: chuparse el dedo, masturbación, balanceo, robo, entre otras (Lebovici, 1990).

Mary Ainsworth (1961, citado en Lebovici, 1990) indica que: 1) a menor duración de la carencia, mayor probabilidad de presentar un desarrollo normal y 2) los primeros años son los más críticos y los que mayores secuelas dejan en el niño. Además de esto, subraya que la vivencia de carencias durante la infancia, tendrán impacto en el campo motor, lenguaje, emocional y esfinteriano. Estos eventos comprometen el desarrollo del Yo, lo cual a su vez disminuye la eficiencia intelectual del menor. De igual manera, lo precario del lenguaje se presenta como un obstáculo para lograr una comunicación simbólica, lo cual mantiene una fragilidad neurótica que no permite el manejo eficaz de la angustia y lleva a un funcionamiento prepsicótico o psicótico. Lebovici (1990) refiere que en estos casos, el menor no siente placer al actuar de manera independiente y el funcionamiento intelectual queda ligado a la condición de la relación afectiva. La angustia que embarga la vida del menor, impide la asimilación de nuevos estímulos y por tanto el aprendizaje se verá detenido.

Lebovici (1990) indica que la perturbación en la relación madre e hijo durante los primeros años de vida, juega un papel importante en el desarrollo de psicosis infantil, ya que dichas perturbaciones promueven episodios regresivos en el niño, lo cual interfiere con su desarrollo psicoafectivo, así como sobre el proceso de individualización, desarmonizando la evolución del infante y manteniendo fuertes dificultades para manejar la angustia por la ausencia, rechazo o agresión de la madre: *El establecimiento de las relaciones objetales y la integración narcisista, después de fases profundas de desorganización no se da* (Lebovici, 1990, p. 32).

## 2. 2 Relación padre-hijo

Aunque muchos estudios se centran en la importancia de la relación de la madre con sus hijos, en los últimos años con los nuevos roles sociales de las mujeres, se han comenzado a estudiar la forma en que la relación de un hijo con el padre es necesaria para el desarrollo normal del menor.

Winnicott se interesó por el rol del padre, como *holding de la madre*, refiriéndose a sus funciones como *un medio capaz de sostenerla, afrontando los problemas* (Geissmann y Houzel, 2006, p. 825). Sus teorías hacen énfasis en la relación madre-hijo, sin embargo, es gracias a la triangulación, que la elaboración del objeto y de los fenómenos transiciones pueden llevarse a cabo satisfactoriamente.

Respecto al rol del padre, Winnicott (1951) refiere que la tarea del progenitor varón, consistiría en desenmarañar para el hijo, todos los mensajes contradictorios o paradójicos que manda la sociedad y que se insertan en la interacción familiar. De esta manera, logrará el establecimiento de una comunicación eficiente y sin contradicciones. La importancia de dicha labor es que, (retomando la teoría de la comunicación) estos mensajes o tipo de comunicación, son capaces de provocar efectos reales y concretos e incluso modificar la mente y la conducta del que los escucha, por tanto, los dobles mensajes, los mensajes contradictorios, las respuestas tangenciales, las descalificaciones, etcétera, podrían confundir o psicotizar, al niño que está recibiendo dichos mensajes.

El padre cumple un papel llamado *rol decodificador*. Su tarea consiste en rectificar los mensajes paradójicos emitidos por la madre y por los demás miembros de la familia. La presencia del padre en la familia, no garantiza que su rol paterno se esté cumpliendo. Es necesario que el padre provea la atención afectiva y psicológica, lo cual resultará en un adecuado *holding*, es decir, cuando su presencia existe tanto psicológica como físicamente. Otra de las labores necesarias del rol paterno, es que el sexo masculino cumple una función que permite y facilita la identificación sexual masculina, es decir diferencia los sexos y permite así la culminación evolutiva en la que se logra una identificación hacia lo exterior y lo interior, una diferenciación del *Yo* y del *Tú* y el establecimiento de un espacio físico en el que el vacío es reemplazado por una noción psicológica que sirve para diferenciar entre el exterior el interior (Winnicott, 1951).

Conforme el niño logre separarse de su madre y se conciba como una unidad independiente, se permitirá la entrada a la relación con el padre, el cual se colocará progresivamente como miembro de la triangulación y de esta manera, al elaborar el Complejo de Edipo se volverá un compañero más activo (Geissmann y Houzel, 2006). La presencia del padre que niega y conflictualiza en la triangulación, también permite la existencia viva y diferenciada de ese tercero. La madre estando orientada hacia el marido y con la presencia del mismo, permite que el menor logre la separación de ella. Dando paso a la interiorización del Súperyo y del Ideal de éste, al mismo tiempo que da lugar a las identificaciones secundarias resultantes, y por último, da paso a la elección del objeto (Lebovici, 1990).

### **2.2.1 Funciones paternas**

Muchos autores han demeritado la imagen del padre y sus funciones en el desarrollo del menor. Sin embargo, Geissmann y Houzel (2006) describen una serie de funciones que sólo el padre puede cumplir:

1. Testigo que mira desde fuera las relaciones establecidas entre la madre-hijo, siendo o no partícipe.
2. Embajador de la realidad: protege y perturba la relación simbiótica entre ambos. Impone límites y prohibiciones.
3. Como figura diferenciada de la madre, fuente de representaciones organizadoras de deseos e identificaciones.
4. Objeto pulsionalmente investido.
5. El padre es el estructurador de la conducta social y la forma de llevar la cultura al menor, ya que establece la normatividad de la misma.
6. Al padre se le exigen cualidades de protección y defensa de la histeria, violencia, percepción y abandono de la madre, lo cual puede estar presente en la realidad, pero que se mantiene en el mundo fantasmagórico (pues existe la presencia de una madre devoradora que puede buscar engullirlo y poseerlo).
7. Como agente castrante, se convierte en una figura idealizada, que permitirá la posición genital masculina, que fundamente el Ideal del Yo (desarrollado a partir de la elaboración del complejo de Edipo).
8. Si bien prohíbe, también protege y exhorta al Ideal del Yo.

9. Las prohibiciones, escisiones y proyecciones parentales permiten salvaguardar la buena imagen de la madre, que se percibe como amante, protectora y poderosa ideal.
10. Como pareja, el padre evita la realización del deseo de que madre e hijo se fundan en una relación fusional.
11. Instauración del tercero y la elaboración de las primeras relaciones de objeto.
12. La intimidad establecida entre padre y madre, impulsa la actividad del pensamiento, el deseo de saber y al mismo tiempo lo enfrenta a lo desconocido.
13. Como ser diferente, presenta a la madre como alguien distinto: La madre que mantiene relaciones con un hombre.
14. El padre en ocasiones se presenta como una doble madre, en ocasiones no sexualmente diferenciado.

Como es evidente, la presencia paterna y el cumplimiento de sus funciones en la vida de los hijos, resulta crucial para el funcionamiento armónico de los niños. La falta de una figura paterna o la inconsistencia de ésta, puede afectar de manera importante el desarrollo físico, psicológico y emocional de los niños.

### **2.2.2 Carencia paterna**

El rol paterno en realidad no existe en sí, sino que es un proceso en el que se crea, se aprende y que probablemente no termina jamás. En este desarrollo, el hombre cambia y se modifica a partir de las necesidades que percibe desde el menor. Se trata de una contención de los afectos, de las angustias y de los temores; dicho rol es complementario e indisoluble del rol materno (Winnicott, 1951).

Winnicott describe que el padre debe estar disponible para recibir las identificaciones proyectivas y devolverlas codificadas, mostrándose resistente a las identificaciones proyectivas invasoras o parasitarias. Además, la presencia del padre resulta de utilidad cuando satisface las necesidades que conlleva cada una de las etapas de desarrollo del menor, es decir, que sus actividades variarán y serán útiles según la edad y la etapa en la que está desarrollando el niño. También menciona que inicialmente el apoyo será hacia la madre en forma material y emocional, más tarde su labor será directamente en la relación con su hijo (Winnicott, 1951).



Lebovici (1990), menciona que la carencia paterna -de manera cualitativa- se refiere a la insuficiencia de interacción entre un padre y su hijo (pudiendo o no haber distorsiones en dicha interacción), mientras de manera cuantitativa se refiere a la discontinuidad que existe entre el intercambios padre-hijo. Anna Freud (1968, citada en Lebovici, 1990) refiere que la ausencia del padre produce angustia y culpabilidad en la fase fálica del hijo varón, ya que no está presente el rival edípico, manteniendo la fantasía que el padre ha sido castigado por su agresividad masculina, lo cual trastorna los procesos de identificación, elección de objeto, masculinidad y deseos heterosexuales.

En relación con la madre, la función paterna puede verse alterada si no se complementa la función materna, es decir, si ella es la única representante de la autoridad, utilizando sólo de manera eventual al padre como portador del pene, negándole la función paterna con su hijo. El narcisismo materno no da lugar al padre, impidiendo que desempeñe sus funciones. Por ello, debe existir un equilibrio entre la función materna y su feminidad de tal manera que se dé entrada al padre (Lebovici, 1990).

La constancia del rol y la estabilidad afectiva que proveen los padres, permitirá que el niño desarrolle un sentimiento de credibilidad de dicha constancia. Cuando esto no sucede, se producen desilusiones o traumas que pueden llegar a difuminar o incluso, borrar las introyecciones previamente establecidas por el menor (Winnicott, 1945).

Como puede verse, ambos padres tienen distintas funciones en el desarrollo de sus hijos. Se requiere que estén presentes y disponibles afectivamente en la medida en que sus hijos los requieran, pero al mismo tiempo es necesario que sean sensibles a su continuo desarrollo de habilidades y aptitudes, para permitirles crecer emocional y físicamente. En el siguiente capítulo, se presentan algunas de las principales teorías del proceso de independencia y separación por los que pasan los niños y cuál es la función de los padres en estos momentos, para lograr que se lleven a cabo con éxito.

## CAPÍTULO 3. TEORÍAS DE LAS RELACIONES OBJETALES

### 3.1 Proceso separación- individuación según Mahler

Mahler (citada en Lebovici, 1990), describe la importancia de la relación entre la madre e hijo. Dicha relación es descrita por esta autora, como una membrana simbiótica, que envolverá al niño y mantendrá cerca los objetos buenos, proyectando los malos al exterior de la relación. Dicha fase será necesaria para lograr la independencia a través del proceso de separación-individuación.

Winnicott (1958a) establece que el primer año, es fundamental para el desarrollo emocional de los niños, por lo cual, es necesaria la presencia de un cuidador. El bienestar de la madre, que incluye, si se siente segura, amada y el tipo de relación que mantiene con el padre del niño, con su familia y también si es aceptada o percibe redes de apoyo dentro de la sociedad, influirá fuertemente en la relación de la madre con su hijo(a).

El espacio transicional, descrito por Winnicott (citado en Lebovici, 1990) juega un papel importante, pues es usado como un espacio de ilusión, capaz de contener la proyecciones del niño y le permiten pasar de la dependencia a la independencia. La evolución pulsional, así como la integración de la personalidad, revivirá la satisfacción de las relaciones con la madre y la capacidad de tolerar la separación.

Mientras que el nacimiento biológico, es un acontecimiento que se observa y se establece claramente, el nacimiento psicológico es un proceso a nivel intrapsíquico, que lleva un proceso lento y que no es directamente observable. El nacimiento y desarrollo psíquico, permite que podamos experimentarnos como alguien presente, alguien que está en un lugar determinado en el mundo; dicha experiencia lleva tiempo para desarrollarse. Según Mahler (1977), nacer psicológicamente conlleva un proceso de separación- individuación, es decir el establecimiento de un sentimiento de separación respecto del mundo de realidad y de su relación con él.

También existe un proceso gradual hacia la independencia en la madre, ya que ella debe poder adaptarse a las necesidades variables y crecientes de su hijo. Pese a que hay una tendencia innata al crecimiento, la adaptación hacia la independencia, no puede lograrse al menos que haya alguien que haga una adaptación sensible a las necesidades del niño. Según Winnicott, es la madre la que está capacitada para cumplir esta función de manera adecuada. Su tarea requiere constancia y

delicadeza y se debe de llevar con naturalidad y sin resentimiento. No se trata de un proceso puramente neurofisiológico, sino que también depende en gran medida de las condiciones ambientales que dependen de la madre (Winnicott, 1945).

Este aspecto sólo es posible, cuando el menor es capaz de funcionar separado de la presencia de la madre y cuando la madre se encuentra disponible emocionalmente para el niño. Esto permite, que él logre funcionar de manera independiente y disfrutar de la actividad de ella. Cualesquiera que sean las adaptaciones que necesitará el menor para desarrollarse y volverse independiente, su madre debe mantenerse accesible, sensible y empática, así como estar completamente convencida de que el menor la necesita, pero que también es capaz de realizar diversas actividades por él mismo (Mahler, 1977).

En un inicio, la madre es la que debe adaptarse casi exactamente a las necesidades del niño, a fin de que la personalidad de éste se desarrolle sin distorsión, también debe permitir y contribuir al desarrollo de la mente, mediante la categorización de los acontecimientos y almacenamiento de recuerdos, ya que ésta clasificación le permitirán organizar el tiempo, medirlo y encontrar relaciones de causa y efecto. En la mayoría de los casos, las madres pueden adaptarse a la capacidad mental, buena o deficiente de su hijo y seguir el ritmo que tienen (Winnicott, 1950).

Durante el primer año de vida, las experiencias instintivas permiten el desarrollo de la capacidad del niño para relacionarse con los objetos. Es una capacidad que culmina en una relación de amor entre dos personas completas, es decir entre el bebé y la madre. Es importante, porque este proceso se convierte en un hecho, cuando las condiciones del desarrollo del individuo son suficientemente buenas. La integración gradual de la personalidad infantil como una totalidad, se hace posible cuando el objeto parcial se experimenta como una persona total y ajena al individuo, lo cual provoca ansiedades específicas como la capacidad de preocupación (Winnicott, 1960).

Según Winnicott (1945), los niños tienen debilidades y fortalezas que serán desarrollados en mayor o en menor medida por la capacidad de la madre para proporcionarles apoyo a través de la sintonización madre-hijo. Aquellas madres que no proporcionan un apoyo yoico o que esté es débil o con altibajos, producen ciertos patrones de conducta poco adaptativos como lo son la inquietud, la suspicacia, ser apáticos o individuos sometidos. Cuando el Yo del menor no se desarrolla, no existe una diferenciación del Yo y del No Yo, eso se produce porque no solamente no hay una

identificación con la madre, sino que en la poca convivencia o interacción con la madre, esta no existe ni como persona ni como objeto externo.

El uso de objetos transicionales en el sentido que describe Winnicott, será un objeto que permitirá conservar cierto control en la necesidad que mantienen los niños del contacto con el cuerpo de la madre y que se expresan de manera conmovedora con la insistente preferencia del menor un objeto particular blando o flexible cálido o con ciertas características que podrían relacionarse con los afectos. Una de las principales diferencias que existen entre un infante con desarrollo normal y uno que presenta ciertas perturbaciones, como la psicosis o estados patológicos fronterizos, está representada por la cualidad, la presencia y el uso de objetos transicionales (Winnicott, 1952b).

### 3.1.2 Fases de la teoría de separación-individuación

Para una mayor comprensión, es importante explicar que la individuación consiste en una evolución de la autonomía en el menor. Esta incluye, la percepción, la memoria, la cognición y la prueba de realidad. Mientras que la separación, se refiere al distanciamiento, al establecimiento de límites y la desvinculación con la madre.

Mahler establece una serie de fases que muestran la evolución desde la dependencia a la independencia del menor (Ver, Tabla 5).

Tabla 5. *Fases de la teoría de separación-individuación de Mahler (1977)*

Fase	Características
Fase autística normal (Objetal) 0-1 mes	En los primeros meses de vida, el menor se encuentra como encerrado en un huevo, en el que la madre sólo provee las necesidades biológicas del menor. No hay catexias hacia el exterior por parte del bebé, sino que solamente se altera y sale del estado de semivigilia cuando necesita ser cumplida dicha necesidad. Esta fase, permite un equilibrio homeostático en el cual el organismo mantiene por un periodo más largo un sentimiento de permanencia de la vida extrauterina en la que los mecanismos predominantes son somatopsíquicos fisiológicos.
Fase simbiótica normal	Se presenta cierta conciencia de objeto que satisface las necesidades biológicas. En esta fase el infante se comporta como sí la madre y él fuera un sistema omnipotente, dual y con un límite en común. El cascarón que

---

(Preobjetal) 1-5 meses	<p>los cubría empieza a resquebrajarse y permite que se establezca una diferencia entre el interior de la unidad simbiótica y fuera de ésta, sin embargo, el infante es absolutamente dependiente de la madre, que se percibe aún como parte de él. Es decir que el menor aún no logra diferenciar el Yo del no Yo.</p> <p>Hay un cambio que se produce en la catexia, la cual se dirige hacia la periferia, lo que es fundamental para el desarrollo del yo corporal. Habrá un continuo aumento en la conciencia de la separación del sí mismo y del otro, lo que depende de la compatibilidad entre madre-hijo y la capacidad de la madre de ser suficientemente buena y entender las señales que emite su hijo.</p>
Fase de separación- individuación  (Objetal)  10-36 meses	<p><i>Subfase de diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal.</i> Periodos más largos de vigilia, le permiten tener más atención en la figura materna y asimilar gradualmente que las idas y vueltas de la madre conllevan experiencias buenas y malas. El menor comienza apartarse y acercarse a manera de juego del rostro en la madre y de su cuerpo logrando así diferenciar su propio cuerpo.</p> <p><i>Subfase de ejercitación locomotriz.</i> Dividido en dos partes: a) la primera se llama fase de <i>ejercitación</i> en la que el infante se aleja físicamente de su madre gateando o realizando los primeros intentos de caminata y 2) el segundo, que se caracteriza por la caminata propiamente dicha. Durante este periodo se permite una rápida diferenciación corporal de la madre se establece por tanto un vínculo específico con ella y se logra un funcionamiento de los aparatos autónomos del yo, siempre en relación cercana con la madre. Si bien el menor buscará alejarse de la madre, también buscará en ocasiones regresar, por tanto, la madre siempre será necesaria, como un punto base de operaciones en la que el menor logrará el reabastecimiento, a través del contacto físico, que le permitirá lograr la seguridad y una recarga emocional para continuar con las exploraciones y seguir disfrutando el placer de su funcionamiento independiente.</p> <p><i>Subfase de acercamiento.</i> En ella, se constituye una entidad individual separada en las facultades cognitivas y la creciente diferenciación de la de su vida emocional. Existe un interés por conocer dónde se encuentra la madre y por una conducta activa de acercamiento. El desarrollo cognitivo del menor junto con el desarrollo físico y permite una mayor independencia de la madre, sin embargo en esta fase hay un deseo de que la madre comparta las nuevas habilidades y experiencias. Por tanto, es necesario que la madre acepte la ambivalencia característica del periodo. Este proceso se podría subdividir en tres períodos: el acercamiento, la</p>

---

---

<p>Fase de camino a lograr la constancia objetal (Objeto internalizado) 22-36 meses.</p>	<p>crisis de acercamiento y las soluciones individuales de la crisis de acercamiento, las cuales darán pautas y características de personalidad. Los elementos de la creciente individuación que posibilitan la capacidad del menor para funcionar sin la presencia de la madre son: 1) el desarrollo del lenguaje que le permite designar objetos y expresar sus deseos con palabras, 2) el proceso de internalización identificando a la madre y a los padres buenos, que proveen satisfacciones, internalizar reglas y exigencias que permitirán posteriormente el desarrollo del súper yo y 3) la capacidad creciente de expresar deseos y fantasías a través del juego simbólico.</p> <p><i>La consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal</i>, dependerán de la internalización de una imagen constante y positiva. La constancia de objeto implica además la unificación de los aspectos buenos y malos en una representación total. Para lograrla dos aspectos importantes deben ser cubiertos: la confianza y la fe en que a las tensiones serán satisfechas por la madre. Así, la presencia de la madre puede ser sustituida físicamente por parte de una imagen interna confiable que se mantiene relativamente estable de acuerdo a la necesidad instintiva o de la incomodidad interna.</p> <p>El creciente uso del lenguaje gestual y verbal, permite también mayor desarrollo del juego, volviéndolo planificado, constructivo y fantasioso. Hay un mayor interés por jugar con los compañeros y por otros adultos diferentes a la madre. Se desarrolla también un sentimiento del tiempo y una creciente capacidad de tolerar la gratificación y soportar la de la separación.</p>
--	--

---

### 3.2 La Transicionalidad según Donald Winnicott

La dependencia del infante se refiere a aquellos fenómenos que comprenden una necesidad tanto física, como emocional de parte del bebé hacia su madre. Conlleva que ambos estén involucrados en una relación que resulta en un entorno o ambiente facilitador para el desarrollo del menor. Winnicott hace mención del desarrollo emocional, como un proceso que permite pasar de la dependencia absoluta a la dependencia relativa y que sólo se da en medio de un entorno facilitador y cálido (De Caifa y Ameglio, 2013).

Hablar de transicionalidad nos remite a Winnicott y sus términos de *holding* y *handling*, que se relacionan con el vínculo materno y que por tanto son de gran importancia para el desarrollo psíquico del menor. Este autor utilizó el término de *objetos transicionales* para referirse a un

aspecto que abarca: objetos subjetivos, transicionales y objetivos, los cuales dan lugar a un proceso que va desde la independencia relativa a la absoluta (De Caífa y Ameglio, 2013):

- Objeto subjetivo, se refiere a la relación inaugural del recién nacido. En la cual las experiencias subjetivas respecto a la relación con la madre permiten, la vivencia de omnipotencia y la oportunidad de experimentar su capacidad creadora. La ilusión de que el bebé puede crear, sólo es posible en la unión madre-bebé.
- Objetos y fenómenos transicionales: se trata de la zona intermedia de la experiencia subjetiva y consiste en la verdadera relación de objeto.
- Objeto objetivo: zona de la experiencia que permite distinguir entre el Yo y el no Yo. Ámbito en el cual se desarrolla la estructuración psíquica.

Llegado su momento, el objeto que permitió el paso de la realidad subjetiva a la objetiva, pierde su función y con ella, el interés y el amor que sentía por él, siendo olvidado, reprimido o decatextizado, para posteriormente ser abandonado (De Caífa y Ameglio, 2013).

El espacio transicional, representa un puente que une lo exterior con lo interior. El psiquismo no es algo que se genere de manera automática, tampoco es algo que el exterior proporcione en un determinado periodo de tiempo, sino que es producto del vínculo entre aspectos pertenecientes a la subjetividad del individuo y la subjetividad que proporciona el medio en que se desarrolla.

El proceso de transicionalidad requiere la experiencia de la ilusión, que la madre favorece en la medida en que su estado mental le permite la identificación con su hijo, (preocupación materna primaria) y en que el bebé puede percibir a su madre como parte de él, formando la unidad simbiótica madre-hijo. Según Pelento (2004) para que esto se produzca es necesario un par de condiciones: 1) que el bebé perciba que sus tensiones y necesidades son captadas por su madre y 2) que exista una madre suficientemente buena, capaz de captar las necesidades de su hijo.

El primer ambiente facilitador, lo provee la madre y para la madre su propio ambiente facilitador está constituido por la relación que mantiene con padre del niño, la familia y la sociedad, ya que estos le proveen reaseguros libidinales y afectivos, amparos contra las exigencias de la realidad externa, calman sus temores y ansiedades y garantizan un clima que le permiten a la madre ser “*suficientemente buena*”. Cualquier interferencia entre este ambiente facilitador entorpece el surgimiento de un bebé sano (De Caífa y Ameglio, 2013).

### 3.2.1 Transicionalidad y su patología

En momentos de gran angustia de separación de los objetos significativos, como despedidas nocturnas, traslados, amenazas de depresión, entre otros, el objeto tendrá la función de representar la ausencia y la presencia del objeto disminuyendo la ansiedad.

Un trauma para Winnicott (citado en Pelento, 2004), es aquello que no se hizo debido a una deficiencia materna. Cuando la persona se expone a ello: a) experimenta una ruptura con los demás, b) vive angustias de tipo esquizoparanoide, c) la ausencia del objeto es visto como una experiencia letal, d) presenta psicosis como defensa y e) perturbación en la vida imaginaria, fantaseando para mantener el falso self y mantener la disociación. Aquellos niños que son privados de los objetos transicionales o son perturbados en dichos fenómenos, serán conducidos a la división de su personalidad: a) una parte que se relaciona con los aspectos subjetivos y b) sometimiento al mundo externo (Winnicott, 1920, citado en Zirlinger, 2004).

La función de la madre suficientemente buena, radica en posibilitar que después de la separación intrauterina continúe la adaptación, dando lugar a la constitución psíquica del menor. Sin embargo, aunque los objetos proporcionan tranquilidad al menor, tras largos periodos de ausencia, dichos objetos se vuelven carentes de sentido y dejan de proporcionar protección (Zirlinger, 2004). En aquellos casos en los cuales las necesidades no son satisfechas a tiempo, existe en el menor, una ansiedad anticipatoria por separación que será acompañada por la experiencia dolorosa de indefensión -agonías inconcebibles-.

Las angustias extremas hacen al menor vivir (De Caifa y Ameglio, 2013):

- La sensación de caer sin sostén alguno.
- Sensación de desmembramiento.
- Pérdida de la relación corporal.
- Aislamiento.

Estas angustias, representan la materia prima de las angustias psicóticas y las vivencias de aniquilamiento. Así que, cuando éste proceso no se logra adecuadamente, existen fallas en la transicionalidad que crean condiciones que podrían desembocar en psicopatología. Aquella transicionalidad obstaculizada o distorsionada, puede dar lugar al desarrollo de psicosis, estructuras borderline, adicciones, falsos self, etc.



Por el contrario, las madres que logran llevar a cabo la función continente, permiten a sus hijos el paso al uso de objetos transicionales; dándoles la oportunidad de mitigar las angustias, abriendo paso a la tercera zona de la experiencia. La adaptación de la madre a las necesidades del self del niño, posibilitarán el espacio de ilusión de éste, desarrollando la noción de su propia existencia (De Caifa y Ameglio, 2013).

### **3.3 Teoría de las posiciones esquizoparanoide y depresiva de Melanie Klein**

Otra de las teorías que debemos considerar y estudiar para entender el presente caso, es la obra de Melanie Klein referente a las posiciones esquizoparanoide y depresiva.

Klein (citada en Segal, 1994) describe que a través del análisis de las tempranas relaciones objetales se encuentran fantasías de objetos introyectados en el Yo. Entre las más importantes se encuentra la introyección de lo que Klein llamo pecho bueno o ideal y el pecho persecutorio, refiriéndose a las características de los objetos totales –madre, padre y la pareja parental-. La importancia de estas introyecciones radica en que la personalidad, se determina en gran medida por las fantasías que permanecen respecto al Yo y los objetos que contiene. Dicha autora, menciona que al analizar estas relaciones con los objetos internos y externos y modificar las fantasías de estos objetos, es que se puede influir esencialmente sobre la estructura que ha permanecido en el Yo.

Las fantasías inconscientes están presentes en cada individuo en todo momento, sin embargo esto no es un signo de enfermedad ni representa una falla en el sentido de realidad. Lo que determina el estado psíquico de cada sujeto, es la naturaleza de dichas fantasías y la relación que guardan con la realidad externa. Las fantasías están a cargo del Yo, pues representan la expresión mental de los instintos, por lo que suponen cierta organización yoica (Segal, 1994).

Para Winnicott (1958a) el desarrollo de la fantasía sigue las siguientes clasificaciones:

1. Simple elaboración de la función.
2. Separación entre anticipación, experiencias y recuerdo.
3. Experiencia en términos del recuerdo de la experiencia.
4. Localización de la fantasía dentro o fuera del self como un intercambio y el enriquecimiento recibo.
5. Construcción de un mundo personal interno con un sentido de responsabilidad de lo que sucede en su mundo interno.

## 6. Separación de la conciencia de lo que es inconsciente.

El mundo interno de un niño tras al final del primer año, se vuelve una organización definida que deriva de los patrones de experiencia personal. Winnicott (1960), establece que dicha organización tiene diversos propósitos:

1. Preservar lo que se siente como bueno o aceptable y permitir la formación o el fortalecimiento del self.
2. Aislar las experiencias malas.
3. Preservar un área de la realidad psíquica personal.

Klein (citada en Segal, 1994) establece que desde el momento del nacimiento, el bebé se encuentra con un fuerte impacto contra la realidad externa; por tanto, serán las experiencias de gratificación y frustración de sus deseos, lo que influirá en las fantasías inconscientes del individuo. La relación entre la fantasía inconsciente y la realidad externa, debe ser tomada en cuenta cuando se busca evaluar la importancia del ambiente sobre el desarrollo la salud del individuo, ya que sí bien es necesario conocer el factor ambiental, éste sólo se puede entender en relación con la forma en que es interpretada por el infante, en función de sus instintos y sus fantasías. Las malas experiencias se hacen más importantes cuando se suman a las fantasías coléricas de persecución del pecho malo, ya que confirman la idea de que el mundo es inseguro para el niño, mientras que las experiencias buenas disminuyen esa ira y modifican las experiencias persecutorias estimulándolo a mantener sentimientos de amor y gratitud, a percibir y creer en el objeto bueno.

Es importante considerar que la gratificación que proviene de las fantasías representan una defensa contra la realidad interna como externa, ya que cuando la fantasía realiza los deseos no solamente se evita la frustración y el reconocimiento de la realidad externa no provee esa complacencia, sino que también defiende al individuo contra la realidad de sus propias emociones negativas, es decir contra su realidad interna.

Klein describe dos posiciones respecto al desarrollo del infante: La primera posición llamada esquizoparanoide y la segunda posición es llamada, posición depresiva (Ver Tabla 6 y Tabla 7).

Tabla 6  
*Posición esquizoparanoide: Características (Segal, 1994)*

<b>Factor</b>	<b>Características</b>
Nombre	Se llama posición esquizoparanoide porque se presenta ansiedad, que es predominantemente paranoide y el estado del Yo y de sus objetos que se caracteriza por la escisión, que es esquizoide.
Origen	Al nacer, el individuo presenta cierta ansiedad que lo lleva a utilizar mecanismos de defensa y establecer relaciones objetales en la fantasía. Para lograr integrarse de manera satisfactoria, es necesario que tolere la ansiedad, ya que si esta es demasiada, la tendencia a la integración es poco efectiva y puede producirse una desintegración defensiva. En esta primera posición la autora define que el niño escinde y proyecta hacia el exterior parte de su instinto de muerte, poniéndolo en el objeto original -el pecho- experimentándolo como malo y amenazador para el Yo, al mismo tiempo que se establece una relación ideal con el objeto. A través de las fantasías, Klein refiere que el bebé atribuye la persecución percibida y las experiencias reales (tales como la privación y dolor) al ambiente y a los objetos persecutorios. De igual manera las sensaciones de gratificación y amor satisfacen la necesidad que tiene respecto a la realidad externa y permiten mantener a raya la ansiedad y los sentimientos de persecución.
Objetivo de la fase	Tratar de adquirir y apropiarse de un objeto ideal con el cual identificarse para mantener a raya la ansiedad.
Mecanismos de defensa	<p>Le ayudan a lidiar con la ansiedad que presenta y que debido a su normalidad, son necesario para dar lugar a usos más adaptables en la vida adulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introyección. Le permite apropiarse de las características buenas de los objetos.</li> <li>• Proyección: Poner en los demás lo malo para no abrumarse por la ansiedad.</li> <li>• Escisión. Consiste en dividir las características buenas y malas del objeto. Se relaciona con la creciente idealización del objeto para mantener alejado las características persecutorias de las características buenas y así hacerlo invulnerable. Este mecanismo, permite que el niño aprenda a emerger del caos y a ordenar sus experiencias, ordenando el universo de las impresiones emocionales y sensoriales, lo que es una condición previa para la integración posterior y constituye la base la capacidad de diferenciar entre lo bueno y lo malo, prestando atención, discriminar estímulos y suspender la emoción para realizar juicios</li> </ul>

---

intelectuales. La escisión también representa la base sobre la que se desarrolla la represión.

- Negación mágica. Se requiere cuando la persecución es demasiada o la ansiedad es intensa e insoportable. Permite sobrellevar la realidad al negar completamente la realidad.
- Idealización del objeto, corresponde otra forma de la utilización de la negación omnipotente en la que a través de la persecución excesiva se idealiza al objeto y se le trata como ideal. La idealización igualmente se conservará en la vida adulta y nos permitirá reconocer, evaluar y reaccionar frente a situaciones peligrosas.
- Identificación proyectiva, en esta se escinden partes del Yo y del objeto interno, las cuales se proyectan hacia objetos externos. Una vez proyectados en dicho objeto, este queda poseído y es controlado por las partes proyectadas y se identifica con ellas. Su propósito es evitar la separación del objeto, obtener control sobre el objeto malo, proyectar partes malas del yo y así librarse de ella o para destruir el objeto proyectando partes buenas, para evitar que se separe del objeto o para mantenerlo a salvo de la maldad interna o para mejorar el objeto externo. La identificación proyectiva representa una forma temprana de empatía.

---

Para que la posición esquizo-paranoide de lugar de forma gradual y no perturbada a la posición depresiva, las experiencias buenas deben predominar, permitiendo que el menor crea que el objeto ideal prevalece sobre los objetos persecutorios y que su instinto de vida predomina sobre la muerte. Así piensa en la bondad del objeto y en la bondad del Yo y refuerza su mayor y creciente capacidad para enfrentarse con las ansiedades sin recurrir a los violentos mecanismos de defensa. Las partes buenas y malas entran en mayor contacto, disminuyendo la escisión del yo, tolerando de manera creciente su propia agresión y disminuyendo la necesidad de proyectar los aspectos negativos. El bebé tolera mejor el instinto de muerte dentro de sí, disminuyendo sus miedos paranoides y permitiendo la integración del yo y del objeto.

Tabla 7. *Posición depresiva: Características (Segal, 1994)*

<b>Factor</b>	<b>Características</b>
Nombre	La posición depresiva es la fase del desarrollo en el que bebé reconoce al objeto total y se relaciona con él. Este proceso es fundamental para el desarrollo infantil. De esta manera entiende que una madre a veces puede ser buena y a veces mala, que puede estar presente o ausente y que se puede amar y odiar al mismo tiempo, la reconoce como un individuo con una vida propia, qué tiene relaciones con otras personas y descubre que depende totalmente de ella.
Origen	Las ansiedades surgen de la ambivalencia y el motivo de la ansiedad es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o puedan destruir al objeto, ya que depende totalmente de él.
Objetivo	La posición depresiva marca un proceso crucial en el desarrollo, ya que durante ella, el bebé cambia su concepción de la realidad; al integrarse su Yo disminuyen los procesos de proyección y empieza a percibir con mayor claridad la dependencia hacia el objeto externo y la ambivalencia de sus propios instintos. Además descubre la realidad psíquica, advirtiendo su propia existencia y le da sus objetos la cualidad de seres distintos y separados de él. Diferencia sus propios impulsos y fantasías y comienza a distinguir entre la fantasía y la realidad externa, haciéndose más significativa la realidad externa y su vinculación con la realidad psíquica. La posición depresiva cambia la calidad del pensamiento, desarrollando la capacidad para establecer vinculaciones de abstracción, la cual es la base del pensamiento que se espera del Yo maduro.
Mecanismos de defensa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introyección. En la posición depresiva se intensifica el uso de este mecanismo, debido a la necesidad de poseer el objeto, de guardarlo dentro de sí y de ser posible protegerlo dentro de su propia destructividad. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación. El bebé sufre pues ama a su madre y porque continuamente se ha identificado con ella, así que al mismo tiempo él está sufriendo por haberse lastimado.</li> <li>• Represión. Reemplaza la escisión. Los mecanismos psicóticos gradualmente ceden su lugar a mecanismos neuróticos: inhibición, reparación y desplazamiento.</li> <li>• Reparación. Esta experiencia de depresión en el bebé hace que surja el deseo de reparar ese objeto destruido, compensando los daños que se ocasionan a través de sus fantasías omnipotentes, de manera que se restaura y recupera sus objetos de amor perdidos y les devuelve la integridad que poseían.</li> </ul> </li> </ul>

- 
- Inhibición. El bebé inhibe sus instintos al desplazarlos sobre sustitutos distintos y sublimarlos.
  - Sublimación. El deseo de proteger a sus objetos de amor de sus propios impulsos destructores, lo llevan a sublimar (creativamente) sus impulsos, cambiando así los fines instintivos y produciendo la inhibición de los impulsos.
- 

A lo largo del desarrollo y la elaboración de la posición depresiva el Yo se hace más fuerte y logra la asimilación de los objetos buenos introyectados en el Yo y el Superyó.

Una vez revisadas las teorías de Margaret Mahler y Melanie Klein con relación a las relaciones de objeto primarias, a continuación se abordarán las principales explicaciones sobre el origen de las psicosis infantiles, los tratamientos psicológicos de mayor uso y el pronóstico que presentan.

## CAPÍTULO 4. PSICOSIS INFANTIL

### 4.1 Las grandes organizaciones psicopatológicas

Los trastornos de personalidad representan entidades que han creado disputas entre las diferentes corrientes teóricas en la psicología clínica. En un intento por sistematizar el diagnóstico de estos trastornos, diversos autores han creado y estudiado sus características particulares, esto con el fin de diferenciarlas y mejorar el diagnóstico y por tanto, el tratamiento de los mismos (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2002).

Desde un modelo psicoanalítico, Lebovici (1990) refiere que los cuadros psicopatológicos más frecuentes son:

- Trastornos instrumentales.
- Trastornos neuróticos. Se trata de organizaciones patológicas tardías, en las cuales existe una larga evolución, así como una diferenciación del Ello, Yo y Superyó y la integración de la personalidad. En ellas están presentes la angustia como modo de respuesta habitual a las frustraciones y dificultades de la existencia. Dichas frustraciones expresan en modo somático, se mantienen ansiosos, catastrofistas y con trastornos del sueño, apetito, etc. Cuando hay altas cantidades de ansiedad, se ve obligado a negar y recurre a mecanismos de defensas arcaicos y poco válidos. Pueden presentarse aspectos obsesivos como modos de controlar la angustia interna.
- Trastornos de personalidad: se distinguen los siguientes cuadros:
  - Psicosis infantiles precoces. Se trata de desorganizaciones que no son secundarias, sino producto de una no-integración primaria. En ellas, el niño nunca ha tenido una personalidad bien integrada y diferenciada y además sin adaptación social. Mahler (citado, en Lebovici, 1990), utiliza el término de *psicosis simbióticas*, para referirse a esos estados en donde el niño oscila entre un deseo de fusionarse con la madre como objeto parcial bueno y evitar ser absorbido como un mal objeto parcial.
  - Prepsicosis. Organizaciones psicopatológicas que se caracterizan por angustia y mecanismos defensas arcaicos, similares a los presentes en estructuras psicóticas, pero en la que no existe una confusión entre la realidad interna y la externa.
  - Las desarmonías evolutivas.

- Trastornos psicosomáticos

Aunque existen variadas formas de clasificación, para el análisis del presente caso, nos basaremos en la expuesta por Kernberg, Weiner y Bardenstein (2002), quienes explican las tres grandes clasificaciones que caracterizan tres tipos de organización de la personalidad y que engloban los trastornos de personalidad:

- Organización neurótica.
- Organización psicótica.
- Organización limítrofe.

#### **4.1.1 Diferencias entre las organizaciones neurótica, psicótica y limítrofe.**

En sus trabajos Kernberg, Weiner y Bardenstein (2002), aseguran que los componentes de la personalidad se pueden evaluar a través de la entrevista. Para ello desarrollaron la *Personality Assessment Interview* (PAI). Dicho instrumento busca extraer los componentes básicos de la personalidad y principios de organización y funcionamiento de la misma, al enfocarse en distintas variables:

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

Debido a que podrían presentarse problemas en la comprensión de las preguntas al aplicarse en niños más pequeños. Kernberg et al., (2002) refiere que los mismos componentes estructurales pueden valorarse a través del juego en los niños más pequeños.

A continuación se resumirán de forma puntual las características que Kernberg describe como propias de la organización neurótica, psicótica y limítrofe (Véase Tabla 8).



Tabla 8. *Características principales de la organización neurótica, psicótica y limítrofe Kernberg et al., (2002)*

Área	Organización neurótica	Organización limítrofe	Organización psicótica
Cognición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta un discurso organizado y lógico, que se mezcla con omisiones de aspectos importante.</li> <li>• Dichas omisiones pueden ser reconocidas y elaboradas cuando son señaladas.</li> <li>• Muestra capacidad para concentrarse.</li> <li>• Puede ahondar en temas y clarificar su relato.</li> <li>• Presenta ausencia o exceso de detalles para relatar algunos temas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relato con contradicciones que se reconocen al ser señaladas por el entrevistador.</li> <li>• Tendencia a describir aspectos de manera extremista (blanco o negro).</li> <li>• El pensamiento se presenta rígido, convencional y ensayado.</li> <li>• Relato discontinuo y tangencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mueve de temas concretos a abstractos y viceversa.</li> <li>• Uso inadecuado de pronombres.</li> <li>• Discurso ilógico, en el que se mezclan estados internos con eventos externos.</li> <li>• Se manifiesta el bloqueo, rigidez y la confusión entre lo inanimado y lo animado.</li> <li>• No hay relación consistente entre las palabras que utiliza y el concepto usual al que se asocia.</li> </ul>
Afecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posee una amplia variada de afectos y ellos son adecuados al contenido como de interacción.</li> <li>• Puede identificar su estado afectivo y el de los demás.</li> <li>• Su rango de respuestas afectivas es estrecho.</li> <li>• La descripción de los estados afectivos de terceros es más detallada que el propio estado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento adecuado al contenido pero no a la interacción.</li> <li>• Expresiones afectivas fluctuantes abruptas que son evidenciadas en la conducta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por momentos inadecuado al contenido y a la interacción.</li> <li>• No predecible.</li> <li>• Desconectado del contenido e interacción, pareciendo incomprendible.</li> <li>• Puede haber aplanamiento y rigidez.</li> <li>• Algunos afectos intensos y explícitos involucran la coordinación motora gruesa (acción).</li> <li>• Afectos indiferenciados y difusos.</li> </ul>
Representación de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se muestra consciente sólo de un amplio esbozo de quién es.</li> <li>• Discrimina lo que es básico y lo que es secundario para él.</li> <li>• Reconoce aspectos contradictorios de sí mismo.</li> <li>• No reconocer de manera espontánea modificaciones en su autoconcepto, pero puede hacerlo si se le señalan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La relación consigo misma es contradictoria.</li> <li>• Se puede describir en su totalidad tomando en cuenta un sólo aspecto de sí mismo. Sin embargo, puede exponer un punto de vista más integrado, si se le señalan dichas polaridades.</li> <li>• Tiende a describirse en términos de cómo lo describen otras personas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En un inicio puede parecer restringido y vigilante en su autopresetación.</li> <li>• Posteriormente se mostrará una representación rígida, restringida y caótica de sí mismo.</li> <li>• Experiencia de sí mismo evasiva y cambiante, puede incluir características parciales de los demás como propias.</li> <li>• Puede expresar un sentimiento de pérdida de sí mismo, o pensar que es</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poco curiosos para explorar más allá.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se evitan, evaden reconocer sus experiencias subjetivas.</li> <li>Poca curiosidad de sí mismos y les resulta menos relevante en comparación con su actitud crítica hacia los demás.</li> </ul>	<p>controlado por “algo o alguien más”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para evitar el deterioro del sentido de sí mismo, puede definirse por medio de la negación de la fuente externa.</li> <li>No puede determinarse claramente, no puede distinguirse las representaciones de objetos o de personas.</li> </ul>
Representación del objeto (Representaciones internas de las relaciones con los demás)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Describe a los demás clara y dinámicamente.</li> <li>Descripciones indistintas de las personas, invalidando cosas negativas y positivas, físicas y psicológicas (poco elaboradas).</li> <li>Tendencia a categorización de las personas según unos pocos rasgos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ven y describen a los demás en términos de lo que pueden obtener de ellos, “el me da”.</li> <li>Deben a los demás de manera general, simple y polarizada, sin atender a las contradicciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fusión de objetos unos con otros y de los simbólico y lo concreto.</li> <li>Extrañas mezclas de objetos con personas u objetos animales e inanimados.</li> <li>No muestra habilidad para distinguir entre objetos.</li> </ul>
Capacidad de reflexibilidad yoica o del sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad de reflexionar del propio comportamiento, verbalización, afecto, pasado y presente, dejando discrepancias ocasionales.</li> <li>Ante la contracción puede reflexionar y encontrar significado y conclusiones si se le invita a hacerlo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No reflexionará en su comportamiento, al menos que se le pida hacerlo.</li> <li>Cuando se le lleva a reflexionar, lo obtenido no tiene ningún impacto posterior.</li> <li>Puede o no estar de acuerdo sobre las observaciones que se hacen de él, pero no hay mayor elaboración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechazo de insinuaciones de la autoobservación.</li> <li>Puede hablar de su comportamiento para llamar la atención del entrevistador, no por interés hacia sí mismo.</li> <li>Las observaciones de la persona se refieren sólo a la entrevista o al ambiente.</li> </ul>
Empatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>La empatía se observa en la mayor parte de las áreas.</li> <li>Mantiene capacidad para registrar temas cognitivos y afectivos con el entrevistador.</li> <li>Restricciones en la empatía hacia los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se muestra polarizada; contexto en los cuales se mantiene empático otras donde no hay empatía. Además presenta fluctuaciones abruptas.</li> <li>Por sí solo no logra integrar dichos aspectos discordantes, pero al confrontarlo puede reconocer la incongruencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los esfuerzos del entrevistador por entender, no son aceptado por el individuo.</li> <li>Al confortarse se muestra confundido.</li> <li>Puede malinterpretar totalmente los objetivos del entrevistador.</li> <li>No hay evidencia de que el paciente este consciente de la presencia del entrevistador.</li> </ul>

## 4.2 Psicosis infantiles

Las perturbaciones psicóticas están caracterizadas por una desintegración de la personalidad, una evaluación defectuosa de la realidad exterior, una capacidad disminuida para relacionarse con los demás y la ineficacia en el trabajo en cuanto al rendimiento. Algunas de las manifestaciones más importantes incluyen graves alteraciones e incongruencias en el estado de ánimo, desilusiones, alucinaciones y conducta caprichosa (Eisenberg, 1978).

Feuchtersleben introdujo el término psicosis en 1845, con el fin de separar los trastornos neuropsiquiátricos (neurosis) de los trastornos psiquiátricos (psicosis). Por otro lado, Kaplan, Sadock y Grebb (1994, citados en S/A, 2001) destacan tres parámetros para delimitar las psicosis: la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la evaluación de la realidad deteriorada y la creación de una nueva realidad.

Por otro lado Dallal y Bodeck (1974), pueden distinguir tres etapas históricas en los conceptos clínicos de la psicosis en niños:

- ETAPA 1: enfocada a la organicidad de la psicosis. Retoma los trabajos clásicos de Kraepelin quien describió una entidad nosológica llamada demencia precoz. Bleuler Arelys intentó establecer un trastorno primario en un grupo común de enfermedades, confirmando el concepto de demencia precoz. Heller describió los primeros casos de lo que él llamó *dementia infantilis* y Sancte que acuñó el término *dementia praecocissima* describiendo una forma temprana de esquizofrenia.
- ETAPA 2: La segunda etapa comienza a partir de la década de los cuarentas y podría llamarse de diversificación de las teorías explicativas de la psicosis infantil. En ellas se incluyen las teorías de Bowlby, Bakwin y Goldfarb con sus términos y conceptos sobre el hospitalismo y Kanner con sus descripciones respecto a la psicosis de tipo agudo, insidioso o lento.
- ETAPA 3: En ella, se desarrollan conceptos clínicos sobre el tema. Las teorías de Mahler, Ekstein, Anna Freud, Winnicott y otros, logran una etapa de correlación sistematizada entre las psicosis infantiles y el conocimiento del desarrollo dinámico de la personalidad. De esta manera ya no se habla de un fenómeno demencial, ni de cuadros clínicos estáticos, sino que se entiende al paciente psicótico en términos de etapas no cubiertas en su desarrollo y de

incapacidad funcional de su personalidad, de no maduración o de interferencias de todo tipo, lo cual permite un mejor abordaje clínico.

#### 4.2.1 Reagrupamiento de las psicosis

Debido a la variedad y variabilidad de los cuadros clínicos, no se debe dejar de lado que existen distintos reagrupamientos de la psicosis. Aubin (1977) propone la siguiente clasificación (ver Tabla 9):

Tabla 9. Cuadro de las psicosis (Aubin, 1977)

Tipo	Características	Forma de presentarse
I Déficits	El sujeto no accede a un modo de organización intelectual suficiente: a) de entrada, b) o por un proceso progresivo, debilidades adquiridas, c) esta organización se funde.	Oligofrenias. Psicosis de evolución deficitaria. Demencias.
II Psicosis de desintegración	a) El sujeto se encierra en un mundo irreal. b) El sujeto se desliza en una renuncia a la autonomía. c) El sujeto percibe un mundo abusivamente orientado. d) Sobre un fondo irrealizante se inserta un cuadro de aire neurótico.	Psicosis autísticas. Psicosis simbióticas (o de hiperdependencia). Psicosis delirantes. Psicosis pseudoneuróticas.
III Esquizofrenias	La personalidad se construye sobre un mundo discordante: b) tras (según la edad). a) de entrada evolución psicótica (según la edad).	Paidofrenia. Hebefrenia.
IV Prepsicosis y casos marginales (border line)	El proceso se fija sobre un modo de organización: - que comporta elementos psicóticos. - que permite incluso una inserción suficiente en la realidad. - susceptible de evolucionar: ▪ hacia la degradación. ▪ hacia la normalización.	Disarmonías evolutivas psicóticas. Prepsicosis. Casos marginales. Formas parcelarias.

V	Las alteraciones se fijan electivamente sobre la esfera tímica y evolucionan por acceso:	Psicosis:
Psicosis tímicas	a) De entrada. b) Según cuadro híbrido.	- hiperasténicas. - hipoasténicas. - - Maniaco depresivas.
VI	El sujeto:	- Perversos o (psicópatas).
Antisociales	- No accede a relaciones afectivas normales, - No acepta reglas morales, - Se opone al mundo social.	- Algunos desequilibrados.
VII	Las alteraciones sobrevienen en ocasión:	Psicosis agudas.
Psicosis de reacción	- De un choque emocional o de una situación insuperable. - De una agresión orgánica (intoxicación, infección, trauma, etcétera).	Explosiones delirantes. Accesos confusos oníricos.

Nota: Tomado de Aubin, H (1977) Psicosis infantil. España: Planeta.

#### 4.3 Fijación de las enfermedades psicóticas

Algunos autores (Kohut, 1971; Balint, 1968; Bowlby, 1969 y McDougall 1982 citados en S/A, 2001) resaltan la importancia de las primeras relaciones objetarles, del amor primario y del apego respetivamente. En estos postulados se expone sobre aquellas figuras de las cuales se depende durante la infancia y como el hecho de que su presencia y sostén sea deficiente, ambivalente o inconstante tendrá como resultado un déficit en el desarrollo. Pero si se logra responder a las necesidades del menor, permitirá que el bebé sea, que se sienta real, creativo, que logre su vivir en su propio cuerpo y que con el tiempo siga siendo el mismo. El peligro, por tanto, está en la falla de estos objetos, en donde se podría producir una fisura en la mente que llevaría al individuo a recurrir a un falso self, con el único fin de evitar el caos que existe en su realidad.

En la psicosis, se encuentra insuficiencia en las identificaciones primarias y secundarias, presencia de una madre deficiente en trabajar con las ansiedades esquizoparanoides del bebé, devolviéndole la misma cantidad de ansiedad que él depositó en ella, lo cual impide que el menor elabore sus ansiedades y produce un efecto paralizante en él. Del mismo modo, en la psicosis no se logra una adecuada reinscripción de la triangularidad edípica, lo cual influye en su identidad y en conferir a su propia existencia poca profundidad e irrealidad de sí mismo, así ante el déficit, el

individuo acude a delirios y restricciones fantasmales, que constituye en el mundo alucinatorio lo que necesitó y no le fue dado en la realidad (S/A, 2001).

Para Winnicott (1951), la enfermedad psicótica se produce cuando el ambiente en una fase temprana del desarrollo emocional del individuo, es incapaz de proveer de brindar la oportunidad el desarrollo, por lo cual, este fracaso el individuo recurre a la regresión como una forma de tener confianza en el ambiente. De esta manera, podemos llegar a la conclusión de que la perturbación constante e intensa en las satisfacción de las necesidades del self del menor, generan las condiciones básicas para el desarrollo de psicosis. Como consecuencia de este ambiente no propicio, el paciente huye de la realidad, que le resulta intolerable y establece o restablece un mundo delirante autista que tuvo en la lactancia.

Winnicott (1975, citado en Obando, 2012) escribe que el origen de la psicosis infantil, se puede rastrear en los conflictos de la relación existente entre madre- hijo, en los momentos de desilusión que vive respecto a su madre. Una madre suficientemente buena es capaz de lograr que su hijo logre crear una ilusión de omnipotencia, sin embargo, una madre que no es suficientemente buena, al no proveer dicha ilusión, lleva al bebé a vivir angustiado, llevándolo a un retorno a un estado de no integración, la sensación de caída incesante, la falta de impresión de residir en su cuerpo o la pérdida del sentido de la realidad (De Ajuriaguerra, 1996, citado en Obando, 2012). El niño reacciona ante la ansiedad y el temor que siente utilizando diferentes mecanismos de defensa, como la desintegración, despersonalización, estado autista y exacerbación del narcisismo primario, llevando así a una organización desviada y patológica.

Las formas de las psicosis precoces fueron descritas por Mahler (1984), la autora hace referencia a la fase simbiótica del desarrollo, la cual fue distorsionada, por lo que, el niño no logra diferenciarse de la madre, siendo incapaz de ver a la madre como un objeto externo y distinto a él, manteniendo una visión fragmentada de objetos bueno-malo, llevando al menor a un estado de fijación o regresión a esta simbiosis que se vuelve patológica.

*Según Mahler, este grupo de infantes raramente presentan trastornos de conducta durante el primer año de vida salvo quizás por los trastornos del sueño, las reacciones patológicas se manifiestan durante el tercer o cuarto año de vida. El crecimiento madurativo de la coordinación motriz, que lleva inherentemente el desafío de la independencia, provocará una ruptura con la realidad que lleva a la vulnerabilidad del Yo ante la más mínima frustración (1984, p. 76).*

El niño al verse indefenso ante los objetos malos, intenta mantenerse y conservar la unidad simbiótica madre- hijo. Sin embargo, ante todos estos cambios y las ansiedades el menor se ve obligado a refugiarse en la conducta autista. Manteniéndose en la búsqueda de un sentimiento de continuidad, lo cual lleva al niño a buscar por medio de mecanismos arcaicos como la negación, cualquier discontinuidad entre lo que sucede en su cuerpo y lo que pasa en el exterior, intentando mantener la continuidad de su existencia (Mahler, Pine y Bergman, 1977; Tustin, 1977, citados en Obando, 2012).

En el estudio de las psicosis, se hace referencia a las llamadas desarmonías psicóticas, las cuales buscan explicar aquellas patológicas intermedias de organización neurótica-psicótica. *Estas se caracterizan por mantener un contacto con la realidad está parcialmente preservado; se caracteriza por una naturaleza particular de relaciones afectivas (lábiles), mecanismos defensivos y una vivencia fantasmática del cuerpo. Aquí, la extrema ansiedad de mutilación, la incapacidad para tolerar la frustración, la utilización de mecanismos defensivos de tipo primitivo (escisión, negación, omnipotencia y proyección) y la presencia de procesos primarios, son factores que no pueden evolucionar conjuntamente con la catexis del tiempo y del espacio y con el descubrimiento del placer que el Yo del niño siente al programar y planificar una acción que involucre el dominio de su cuerpo* (Obando, 2012, p. 27).

Respecto a la teoría de Melanie Klein, ésta refiere que en la fase esquizoparanoide los mecanismos de defensa no alcanzan a dominar la ansiedad, ésta invade al Yo fragmentándolo y se escinde en pedazos para evitar la experiencia de la ansiedad. Klein describe que la desintegración, consiste en el más desesperado de los intentos que posee el Yo para protegerse de la ansiedad a fin de que no sufra. Los objetos ideales persecutorios introyectados durante la posición esquizoparanoide formaron las primeras raíces del Superyó, siendo vivenciado como autor de castigos crueles. Por otro lado, el objeto ideal con el que busca identificar, se va a convertir en la parte del Superyó que corresponde al Ideal del yo y que también resulta de cierta manera persecutorio por las exigencias de perfección que implica. A medida que el objeto ideal, ya persecutorio se aproxima durante la posición depresiva, el Superyó se integra más y se vivencia como algo interno y total (Segal, 1994).

Cuando las experiencias buenas no dominan sobre las malas -por razones internas o externas- esto perturba las experiencias dando lugar a lo que Bion (citado en Segal, 1994) describe

como *identificación proyectiva patológica*. Cuando la ansiedad y los impulsos hostiles y envidiosos son muy intensos, la identificación proyectiva sucede de otro modo; la parte proyectada es hecha pedazos y desintegrada en fragmentos diminutos y son estos fragmentos, los que proyectan en el objeto desintegrándolo a su vez en partes diminutas. Estas violentas identificaciones, en la realidad se experimentan como aspectos persecutorios, por lo que se odia toda la experiencia de la realidad ya sea externa o interna, y se fragmenta el Yo, en un intento por deshacerse de esa percepción. Como consecuencia de esa disociación, el objeto escindido en diminutos pedazos, contienen en cada parte aspectos violentos y hostiles (a los que Bion describe como objetos extraños) que hacen que la realidad se vuelva cada vez más persecutoria y dolorosa.

El bebé esquizoide tiene su aparato perceptual dañado, ya que siente que todos los objetos que lo rodean son hostiles y desintegrados, sus vínculos con la realidad están cortados y representan aspectos dolorosos, así como su capacidad de establecer vínculos integrales se ha desbaratado, lo cual hace que el bebé -un objeto bastante bueno- escinda, aparte y conserve un objeto ideal protegido de los devastadores efectos de la identificación proyectiva (Segal, 1994).

Las desarmonías psicóticas de la segunda infancia, son una continuación/prolongación de una sintomatología que dio inicio de forma precoz, durante los cuales, los síntomas psicóticos pueden aparentar normalidad y que se hacen presentes en diferentes síntomas tales como la anorexia, trastornos graves del sueño, etapas de extrema ansiedad, docilidad o sumisión excesiva y rituales obsesivos persistentes. Estas formas de psicosis, se desarrollan en personalidades más estructuradas, que se encuentran en un nivel maduración superior, ya que en estos casos, el lenguaje se encuentra mayormente desarrollado, hay un desarrollo de los procesos cognitivos y se desligan del pensamiento mágico, logrando un cierto grado de diferenciación entre lo real-mágico. Así, las conductas regresivas aparecen como conductas desestructuradas en relación con lo que se esperaba de su crecimiento evolutivo (Ajuriaguerra, 1996, citado en Obando, 2012).

#### **4.3.1 Relaciones de objeto primario determinantes para la psicosis**

Lebovici (1990) refiere que la enfermedad de los padres tiene efectos en los niños, tales como:

- Producir una desorganización importante en la vida familiar.
- El niño puede ver la enfermedad como un comportamiento desviado que justifica su negligencia en sus obligaciones familiares y educativas.



- El niño puede considerar que la enfermedad impide a sus padres desarrollar su rol tradicional familiar.
- Puede entenderlo como una crisis de adaptación.
- La enfermedad le impide hacer contacto con sus padres.
- La enfermedad es visto como un terreno para reconstruir su familia y el niño puede luchar para hacerlo.

Por otro lado, Lebovici (1990) menciona que también los hijos psicóticos provocan en sus padres aquellas reacciones por las cuales se les tacha de “*padres fríos y desafectivos*”. El autor escribe que estos modos de comportamiento surgen como una defensa al comportamiento y formas de comunicación de sus hijos. En aquellas instituciones con menores gravemente perturbados, los niños prepsicóticos con desarmonías evolutivas, frecuentemente tienen padres con psicosis frías o blancas, manifiestan en forma de neurosis de carácter grave, estados límites, trastornos de comportamiento, etc., dichos padres rara vez obtienen ayuda y si les es ofrecida, la rechazan.

La identificación no es la única explicación de la esencia de las psicosis. Las identificaciones proyectivas y la fragmentación del Yo son igualmente importantes. Otros modos para comprenderla, se encuentra en las fisuras de las simbiosis primitivas (Geissmann y Houzel, 2006).

Algunos autores refieren que las madres de las personas con psicosis, poseen características peculiares, describiéndolas como madres asfixiantes, madres que no permiten la independencia ni física ni emocional de sus hijos, obligándolos a vivir como una extensión de sí mismas. Es así como el psicótico, se ve en el dilema de quedarse dentro de una madre asfixiante o salir a un exterior vacío. Un exterior en donde no hay un padre, ya sea porque se encuentra ausente o sus funciones no son cubiertas por cualquier motivo (Lebovici, 1990).

Arieti (1967, citado en S/A, 2001) plantea un modelo de vida que puede llevar a la transformación esquizofrénica, la dividió en tres etapas:

- Estadio 1: El niño se encuentra en una familia que no le ofrece ni mínimamente seguridad, ni confianza básica. Sus primeras relaciones se caracterizan por ser ansiosas, devastadoras y hostiles, así el niño interpreta su entorno con la inmadurez de sus procesos cognitivos, simbolismos y mecanismos arcaicos. Estas imágenes que resultaron devastadoras,

permanecen en la vida del niño. En este punto, pocos niños llegan a la psicosis, sino que la mayoría avanza al segundo estadio.

- Estadio 2: Los mecanismos inhibitorios del proceso secundario se desarrollan y detienen el funcionamiento de los mecanismos del proceso primario. El niño presentara dificultades para identificarse con adultos significativos, formando una self superficial. Introyecta, distorsiona y magnifica sentimientos y actitudes. Se logran ciertas mejorías, debido a la creciente independencia del niño, siendo percibido de manera normal. Podría lograr un ajuste y no llegar a la psicosis.
- Estadio 3: (pre psicótico) con la ampliación de los círculos en donde interactúa el adulto, los mecanismos surgidos en etapas anteriores resultan ineficientes. Ante esta ineficiencia, aumenta el malestar y la inadaptación al medio. Se ve vencido ante la ansiedad y la falta de herramientas que le den la oportunidad, pierde la esperanza, disolviendo la psique en el proceso secundario.
- Estadio 4: Comienza la psicosis. El proceso secundario se disuelve de distintas maneras, con reemergencia del proceso primario y aspectos regresivos.

#### **4.3.2 Conflictos básicos en la psicosis**

En los pacientes psicóticos se pueden presentar las siguientes dificultades en el funcionamiento de la personalidad (S/A, 2001):

- Intolerancia a la frustración y la constante ansiedad que produce su incapacidad para lidiar con la frustración.
- El predominio de los discursos confusos.
- El odio a la realidad externa e interna, que se hacen evidentes cuando se llega a la desintegración del pensamiento y al rechazo de la realidad.
- Las relaciones afectivas se caracterizan por ser ambivalentes.
- La regresión psicótica, como resultado de la capacidad disminuida para lidiar con la ansiedad.
- Es notoria la invasión/interrupción del material inconsciente sobre el preconscious y consciente, debido a fracaso de los mecanismos de represión.
- Presencia de “*estados confusionales*” que le imposibilitan la diferenciación de los objetos buenos malos, presentes cuando se ven disminuidos los procesos disociativos.

- Presencia de fijaciones narcisistas primitivas y sadomasoquistas, que los llevan a mantenerse hostiles.
- Ante la inminente disolución de su estructura psíquica, presenta retiro de la realidad exterior, desarrollándose síntomas claros de psicosis.
- Dificultad básica para discriminar al Yo del Yo no.
- Pérdida de la conexión verbal para unir o mantener una secuencia de recuerdos.
- Pensamiento regresivo; primitivo, no lógico, regido por las emociones y sustentado por el deseo.
- Superyó arcaico regresionado, explica también la culpa extremadamente persecutoria que sienten los pacientes.

La aparición de episodios psicóticos puede ser repentina, pero en la mayoría de los casos se presenta un desarrollo lento y de forma gradual. Entre aquellos signos y síntomas que pueden aparecer, están el retraimiento social, pérdida del interés en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y el cuidado personal, conducta poco habitual, episodios bruscos de enfado y otros (Barriguete, 2011).

#### **4.3.3 Factores de riesgo y detección precoz de psicosis**

Las experiencias adversas en la infancia y la adolescencia, como el abuso sexual, físico emocional y psicológico, así como la negligencia física y emocional, además de otras formas de victimización constituyen un riesgo para el desarrollo de psicosis. Se ha encontrado relación entre un suceso traumático y la posterior sintomatología psicótica, mientras que no hay evidencia de una relación inversa. Dicha relación existe ya que el trauma interpersonal puede resultar en una disrupción de los procesos de apego y en la creación de esquemas cognitivos negativos o disfuncionales, que contribuyen a la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno psicótico (Obiols y Barrantes-Vidal, 2014).

Basados en los estudios sobre adopción, se ha encontrado que hay una fuerte relación entre el ambiente familiar y el desarrollo y progreso de la psicosis. Dichos estudios dan seguimiento a los hijos de madres esquizofrénicas en sus ambientes adoptivos y planean la probabilidad de desarrollo. Por ejemplo, Tienari (Citado en Obiols y Barrantes-Vidal, 2014) encontraron que el ambiente conflictivo en niños con alto riesgo genético, aumenta la probabilidad de desarrollar el trastorno. Así se concluye, que el ambiente familiar puede actuar como un factor de protección, así como de

riesgo en las alteraciones de la salud mental. Además de que el riesgo de desarrollar psicosis depende de la interacción entre vulnerabilidad genética y ambiental. Por otro lado, las características familiares tales como, la calidez y la implicación predice mejoras en los síntomas y el funcionamiento (Schlosser, et al., 2010, citado en Obiols y Barrantes-Vidal, 2014). Polanczyc (2010, citado en Obiols y Barrantes-Vidal, 2014), encontró que en la población general, los síntomas de tipo prepsicótico, estaban mayormente presentes en familias con antecedentes de trastornos del espectro psicótico, mayores niveles de emociones negativas, así como familiares que requieren de atención psiquiátrica, suicidio, etc.

#### **4.4 Signos y síntomas**

Aubin (1977) refiere que estos niños presentan tal vulnerabilidad que incluso una caída puede provocar el abandono de la locomoción durante meses. Se separan bruscamente de la realidad como consecuencia de experiencias corrientes. El mundo les parece hostil y amenazante, por lo cual viven con mucha angustia y buscan restaurar la fusión narcisista con su madre. Las psicosis simbióticas, pueden seguir un rumbo cambiante a lo largo del desarrollo del menor: el primer año de vida parece normal, incluyendo la respuesta afectiva, posteriormente, se observa una desorganización, seguida de una reorganización en los 3 o 4 años, en la cual, se observa una pérdida de las fronteras del Yo, gestos mágicos, mímica de rechazo al entorno humano, ecolalia, ecopraxia, preocupación por objetos, adopción de fetiches, signos de catatonía, mutismo, etc.

Los estudios de diversos autores como Bowlby (citados en Aubin, 1977) han encontrado que niños con estas dificultades, presentan afectaciones principalmente en:

- Área intelectual: apatía, dificultades atencionales y de concentración.
- Área afectiva: desequilibrio emocional, cólera en exceso, búsqueda de contacto afectivo y compensación.
- Área de comportamiento: inestabilidad, excitación/inhibición y posibles reacciones antisociales.

De manera particular, los niños con estas dificultades, presentan problemas en el ámbito escolar. Las actividades escolares pueden representar una debilidad, debido a diversos obstáculos como lo referente al uso del lenguaje, la organización perceptivo-motriz, los intereses y los estímulos afectivos e intelectuales que corresponderían a su edad (Aubin, 1977).

## 4.5 Diagnóstico

Aubin (1977) indica diferentes técnicas e instrumentos para la evaluación del funcionamiento psíquico del menor y las características presentes en los niños psicóticos (véase Tabla 10):

Tabla 10. *Técnicas e instrumentos para la evaluación de la psicosis*

<b>Técnica</b>	<b>Resultados</b>
Clínico	Se refiere a las dificultades para establecer un diagnóstico diferencial. Considera todos los posibles padecimientos que podrían confundirse.
Examen somáticos y para clínicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incluyen modificación del tonus.</li><li>• Alteraciones de la coordinación motriz, torpeza o estereotipias.</li><li>• Lateralización mal establecida.</li><li>• Alteraciones psicomotrices.</li></ul>
Test del dibujo	Difíciles de practicar y de interpretar. Es difícil obtener un buen contacto, salvo en aquellos que muestran hiperdependencia y cooperación sostenida. Puede manifestar dificultades para mantener su atención, se evaden en los ensueños, no escucha las instrucciones, responden con cualquier cosa y sigue un discurso fantasioso.
Test de eficiencia	Se encuentran distancias importantes entre los coeficientes verbales e intelectuales. Según Dallal y Bodeck, (1974), las escalas Weschler arrojan que: <ul style="list-style-type: none"><li>• Las escalas que tienden a ser más bajas son, comprensión, aritmética y figuras incompletas, lo cual muestra la falta de juicio e incapacidad para contenerse.</li><li>• El vocabulario y la información son más altos y en general representa la capacidad intelectual real del menor.</li></ul>
Test de proyección	Evidencia las tendencias agresivas contra él y su madre, reacciones ambivalentes frente a su progenitora o el medio familiar. Manifestaciones de angustia de gran intensidad.

En los años preescolares, el juego será la forma principal, mediante la cual el niño expresará sus problemas emocionales, (Winnicott, 1951). Dallal y Bodeck, las características del juego en estos niños son (ver Tabla 11):

Tabla 11. *Características del juego en niños con psicosis (Dallal y Bodeck, 1974)*

<b>Técnica</b>	<b>Características</b>
Hora de juego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades en la comprensión de la consigna en la hora de juego y necesidad de ser estimulados para iniciar la acción.</li> <li>• Preferencia por elementos lápiz-papel, plastilina o juguetes de su uso común.</li> <li>• Otras actividades lúdicas prácticamente ausentes.</li> <li>• Uso indiscriminado de color o falta del mismo en los dibujos.</li> <li>• Presencia de estereotipias verbales o de acción.</li> <li>• Temáticas referidas a los componentes del núcleo familiar, con posibilidad de simbolización.</li> <li>• Actividad lúdica paralela con escasa o nula participación (etapa de 2-3 años).</li> <li>• Irrupción de fantasía vivida como peligro y desorganización de la conducta.</li> </ul>

Sumado a lo anterior, Aubin (1977) indica que en la interacción con el niño, es posible observar la predominancia de ciertos mecanismos de defensa, como:

- Rechazo. Falta de aceptación en la conciencia de pulsiones intensas o de acontecimientos del exterior considerados como censurados o generadores de angustia. Sin embargo, lo rechazado sigue actuando de manera inconsciente.
- Denegación. Negación que lleva a negar/ahogar en la nada, las manifestaciones paternas de rechazo y los malos tratos que ha vivido.
- Anulación mágica. Impulsa al menor a la repetición de manera indefinida de un gesto o palabra que en su inconsciente hace desaparecer este error o falta.
- Compensación adlerianos o de formación reaccional, que lleva al menor a experimentar odio hacia alguno de sus progenitores y a aferrarse de manera desesperada a él, acentuando su dependencia.
- Aislamiento. Se trata de la pérdida de la huella o conexiones de la memoria de los traumatismos patógenos, así como su significado emocional, siendo el inicio del comportamiento obsesivo.

Por otro lado, Dallal y Bodeck, (1974) proponen una serie de puntos que durante la evaluación podremos observar y que nos ayudarán a establecer este diagnóstico:

- Electroencefalografía para identificar patología cerebral.
- Yo sin defensas contra la ansiedad.
- Inmadurez afectiva, perturbada e intensa en relación con los demás.
- Predominio de la fantasía sobre la realidad.
- Intolerancia a las frustraciones.
- Fijación a niveles primitivos y tendencia a la regresión a ellos.

#### **4.6 Tratamiento**

Diferentes tratamientos han sido utilizados para el manejo de las psicosis. Sin embargo, a consideración de este trabajo en particular, en donde se encontraron múltiples evidencias de un descuido en las relaciones tempranas y aspectos caóticos en el funcionamiento del grupo familiar, optamos por trabajar desde un enfoque psicodinámico, con el fin de promover cambios tanto a nivel individual como familiar, con el fin de lograr modificaciones en los síntomas del menor.

La intervención dependerá de la teoría con la que se intente explicar la psicosis. Las ideas de Lavietes (1978) sobre el origen del funcionamiento psicótico:

1. El niño se retrae como resultado de una gran carencia emocional o contacto doloroso con la gente que lo rodea.
2. El niño es incapaz de construir una imagen interna de la madre y por tanto, no puede desarrollar el Yo; el Superyó, tampoco hace buen uso de la introyección y no encuentra sentido a la realidad, lo que lo lleva a retirarse de este mundo omnipotente y a restituir el objeto materno perdido.
3. El autismo es una defensa psicótica en la que el menor restaura la unidad con el objeto, como una defensa contra la separación de la madre.
4. La ausencia de experiencias importantes en el período crítico, causa incapacidad de otorgar una significación apropiada a las personas.

Según Dallal y Bodeck, (1974) el propósito del tratamiento fundamentalmente es la estructuración de las partes de la vida del niño psicótico, a través de la enseñanza de las funciones pérdidas o de las que no se adquirieron. El tratamiento no puede ser estructurado de manera rígida. Por el contrario, debe considerar diversos factores, tales como:

- Si bien el individuo tiene una patología que se ha encontrado durante un trabajo diagnóstico, también en su personalidad se encuentran funciones sanas que pueden ser utilizadas en la labor terapéutica.
- El niño psicótico forma parte de una familia, en donde se debe evaluar la situación intrafamiliar como una parte esencial del problema clínico y es necesario incluirla en el tratamiento.
- El niño psicótico está inmerso en una situación escolar, socioeconómica, familiar y de tradiciones.
- Los recursos terapéuticos deben englobar tanto los ideales, como del tratamiento y los recursos que ya existen para lograr que se ejecute un trabajo realista.

Al considerar los factores mencionados anteriormente, nos damos cuenta que al mismo tiempo que existen partes sanas y factores que nos ayudarán durante el tratamiento, también existen factores que complican el tratamiento de la psicosis en la infancia, los cuales, según Lavietes (1978) son tres:

- La gran variedad de síndromes de conducta que incluyen un tipo de diagnóstico, es decir, todos los posibles diagnósticos que podrían darse.
- La diferencia de opiniones en cuanto a la causa de la psicosis y que de cierta manera depende de la teoría causal sustentada por el terapeuta.
- El pronóstico deficiente, lleva a que se haga una mezcla de técnicas y de alguna manera a la experimentación terapéutica en la búsqueda de mejores resultados.

Así, al considerar estos factores es posible elaborar un programa terapéutico integral que incluyan intervenciones en tres aspectos: psicoterapia, terapia familiar y una manipulación ambiental. El tratamiento de los niños con psicosis es largo e incierto, por tanto, implica un fuerte trabajo en equipo clínico y diversas intervenciones. Autores como Dallal y Bodeck, (1974) proponen una serie de tratamientos que podrían resultar efectivos en estos casos (véase Tabla 12):



Tabla 12. *Tratamientos propuestos por Dallar y Bodeck (1974)*

<b>Tratamiento</b>	<b>Función</b>
Tratamiento farmacológico	<p>En algunos casos es necesario el tratamiento con medicamentos tranquilizantes, pero siempre se busca que el niño aprenda a manejar de forma realista los estímulos. La administración de medicamentos está condicionada por la existencia o no de problemas serios de hiperquinesia, destructividad, insomnio, terrores u otras manifestaciones de ansiedad que no es posible manejar.</p> <p>A este punto, Aubin (1977), añade que los medicamentos que se usan con mayor frecuencia son los neurolépticos, los cuales tienen el fin de permitir y hacer más provechosa la psicoterapia, para facilitar la reanudación de las relaciones interpersonales. Menos frecuente se utilizan timoanalépticos, tranquilizantes (sólo en casos donde hay un componentes fuertes de angustia) y psicotónicos (reducir inestabilidad, hiperestesia, ansiedad, hipocondría).</p> <p>La prescripción de medicamentos atiende a las necesidades y características particulares de cada individuo; guiándose por la edad, el estado clínico actual del paciente, las preferencias del paciente, curso, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como la eficacia del medicamento hacia los síntomas positivos y los efectos secundarios que tenían los mismos. Para este propósito es necesario realizar una evaluación médica (Lehman et al., 2004; Buchanan et al., 2009, citado en Escudero, Gil, Pina, &amp; García-Cabeza, 2010).</p>
Modificación de conducta	<p>Buscan sustituir sistematizar su conducta y estimular un aprendizaje coherente.</p>
Tratamiento a la familia	<p>Los tratamientos que incluyen a la madre o familia, intentan establecer características que ayuden al paciente a sentirse seguro internamente. La labor con la familia también irá orientada a que ésta entienda la situación tanto familiar como del paciente, dar seguimiento a los cambios y por tanto de la familia y otros factores dinámicos que se siguen en las sesiones sistemáticas, de revisión, de orientación y en las sesiones de crisis.</p>
Manipulación ambiental	<p>Se trata de prolongar los recursos familiares. Esto se logra a través de la apertura de canales de comunicación entre maestros y paciente, miembros de la familia extendida, otras personas que interactúen con el paciente o con su familia nuclear, etc. Busca que estos factores propicien el desarrollo yoico del paciente y como una fuente de retroalimentación.</p>
Terapia psicoanalítica	<p>Se busca establecer una relación en la que el paciente se estructure, se fortalezca y desarrolle su Yo.</p>

Lavietes por su parte refiere varios tipos de intervenciones para ayudar a los niños psicóticos (ver Tabla 13):

Tabla 13. *Terapias propuestas por Lavietes (1978) para el tratamiento de la psicosis infantil*

<b>Terapia</b>	<b>Función</b>
Terapia grupal	<p>El trabajo grupal permite que los niños empiecen a tomar conciencia los unos de los otros, también da lugar a la introducción de actividades y la estructuración del grupo permite el desarrollo de periodos cada vez más prolongados de tolerancia entre los menores. Generalmente es acompañada por terapia individual o grupal de los padres y en niños escolares puede disminuir la evasión de los aspectos sobreprotectores de los padres.</p> <p>Dallal y Bodeck (1974), añaden que las intervenciones en grupo permiten la reducción de la agresividad o críticas de tipo negativo, mayor contacto con la realidad, disminución de las estereotipias en la comunicación con otros niños, control en la ideación, mayor contacto atencional y perceptual, adquisición de habilidades de independencia, así como mejor asimilación de conocimientos.</p>
Terapia ambiental	<p>La importancia del medio en el que se tratan los niños cada vez recibe más atención. Dichos programas integran todas las experiencias del niño, tales como el cuidado físico, la educación, la recreación y la psicoterapia. Permiten que el infante se desarrolle en una atmósfera en el que es aceptado y querido y donde no es visto como anormal, lo cual le provee de oportunidades múltiples. Estos programas no requieren de un esfuerzo prolongado en casa, ya que se trabaja para que los padres y la comunidad toleren la conducta y proporcionen los servicios necesarios.</p>
Terapia ocupacional	<p>Se encuentra en manos de los maestros y psiquiatra. El peso de éstas intervenciones recae en las exigencias de la realidad externa, la estructura de la situación del aula y el funcionamiento del Yo. A los niños se le enseña a discriminar las percepciones, establecer relaciones en el tiempo y en el espacio, funcionamiento corporal y las realidades de las relaciones sociales. Se estimulan las capacidades de juego, de aprendizaje, de participación activa. En ellas, el maestro se dirige a aspectos más sanos del funcionamiento del niño imponiéndole una serie graduada de desafíos a su alcance. Esta terapia está fundamentada en que ya que el menor tiene efectos irreversibles en la personalidad las intervenciones debe desarrollar los campos de funcionamiento que están menos dañados.</p>

---

Terapia conductual      Para esta corriente, la conducta psicótica es una reacción aprendida que originariamente se estableció como una barrera contra el mundo hostil o como defensa de un organismo incapaz de hacer frente a las experiencias de la vida. Al proporcionar nuevas formas de gratificación que sean más adaptativas, la conducta psicótica no será necesaria y se eliminará. En pocas ocasiones se llega a utilizar como un instrumento terapéutico y generalmente se le combina con psicoterapia ambiental o educacional.

A través de ella, se tratan conductas como: el mutismo, la falta de contacto visual, los gestos o vocalizaciones grotescas, evitación de interacción humana, conducta estereotipada, los berrinches y la insistencia en la repetición. Dichas conductas constituyen la conducta social del niño psicótico y le sirven para aumentar la regresión y aislamiento.

Una variante de esta intervención, son las cognitivos-conductuales, las cuales se centran en el manejo de los síntomas psicóticos resistentes a la medicación y buscan que el paciente logre el entendimiento de su enfermedad. Como objetivos específicos (Flowler et al., 1995; Garety, Fowler y Kuipers, 2000, citados en Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 2002) tiene:

- Reducción de los delirios y de las alucinaciones (respecto a la frecuencia, intensidad y/o duración).
- Disminución del sufrimiento y la incapacidad asociada a la percepción de pérdida de control respecto a los síntomas.
- Manejo de la ansiedad y depresión que comúnmente coexistente con la enfermedad.
- Prevención de recaídas y de incapacidad social.
- Favorecer la colaboración entre el paciente y el terapeuta.

Entre las intervenciones utilizadas destacan aquellas que permiten la potenciación de las “*estrategias de afrontamiento*” o las “*técnicas para promover el autocontrol de los síntomas psicóticos*”. Los cuales buscan movilizar las estrategias personales para el manejo de los síntomas.

Tratamiento con los padres      Tratamiento a las actitudes psicopatológicas por parte de los padres, en especial de las madres, quienes desempeñan un papel importante en la génesis de la enfermedad, por lo tanto, se recomienda psicoterapia directa o psicoanálisis para aquellos padres, ya que ellos son considerados los responsables de la distorsión de la realidad y de la enseñanza de la irrealidad de los temores y deseos primitivos de destrucción. Debido a la necesidad inconsciente de tener un niño psicótico y la incapacidad para percibir las necesidades de éste, se recomienda orientación a los padres para adaptarse a la enfermedad del niño, se les enseña a hacer frente a las reacciones de confusión, de ansiedad, culpa, aislamientos, etc., reduciendo la impotencia y

---

ayudando a movilizar los recursos de la comunidad para satisfacer dichas necesidades. El trabajo con los padres, también consiste en proporcionar información al terapeuta, sobre los avances del menor, sobre el estado del niño y también como aquellas figuras que crean o no un ambiente de acuerdo a las necesidades identificadas en la psicoterapia.

Terapia familiar	En general, la terapia familiar permite que el terapeuta encuentre detalles de la interacción familiar y grado en la cual los miembros de la familia reconocen sus propias necesidades, los métodos de comunicación en las distorsiones de realidad que existen y establece en qué medida las características de la familia pueden interferir en la conducta destructiva o autoagresiva del niño y no menos importante, romper la costumbre de los padres de tratar al niño como si no comprendiera lo que pasa a su alrededor.
------------------	---

Aubin coincide con las intervenciones anteriormente mencionadas, aportando un par de intervenciones más, las cuales se describen en la Tabla 14.

*Tabla 14. Intervenciones propuestas por Aubin para el tratamiento de la psicosis infantil (1977)*

<b>Intervención</b>	<b>Función</b>
Reeducación de las funciones corporales	<p>El niño psicótico presenta perturbaciones en la imagen corporal. Por tanto, la tarea terapéutica implicaría la normalización de la relación cuerpo-espíritu en la personalidad y cuerpo-personalidad-mundo exterior. Dichas experticias están relacionadas con la experiencia emocional y libidinal.</p> <p>Esta intervención se da con base en la premisa de que el desarrollo de la motricidad juega un papel importante en la evolución psicológica del niño. La reestructuración de ésta, se dará a través de ejercicios variados, buscando la consolidación de la lateralidad, la orientación espaciotemporal, la coordinación motriz, el ajuste postural y el equilibrio, así como la percepción de estructuras rítmicas, sumando las actividades al aire libre.</p>
Condiciones de vida, socioterapia, reeducación: Acción sobre las familias	<p>Refiere a las modificaciones conductuales necesarias para reforzar aquellas conductas deseables y disminuir las conductas problemáticas. De igual manera, incluye los contactos físicos en los que se incluyen las caricias que un niño carente de afecto necesitará de manera lenta y prudente. Dichas caricias, permitirán definir límites, autonomía corporal y será una forma de comunicación infraverbal. Estos cambios tendrán un impacto en las relaciones familiares preexistentes. Además de estimular la participación del menor en su entorno.</p> <p>Considera 3 puntos de vista respecto a las intervenciones:</p>

- 
- Las curas en el seno de la familia.
  - Las curas fuera de la familia.
  - La acción sobre los familiares.
- 

Para Lavietes (1978), cuales sean los tratamientos impartidos al paciente, las intervenciones psicoterapéuticas de manera general, pasarán por tres fases, que se basan en el nivel funcional del niño y que el paso por ellas, representa un avance en la intervención y que requerirá cambios en el tratamiento y estrategias del terapeuta:

- Superación de la barrera autista: En ésta fase se busca penetrar la fortaleza de los niños retraídos regresivos, esto se logra al brindar cuidados físicos, aceptación incondicional, aprovechamiento de los canales receptivos del niño, remover lo que se puede obstaculizar la gratificación y permitir la expresión de sus impulsos brindándole seguridad. En esta fase el terapeuta puede hacer uso de las actividades rítmicas, de la música, la comida, el contacto físico, la comprensión y la participación en el lenguaje mágico primitivo del niño, sus gestos y fantasías como herramientas que le permitan introducir un modelo de conducta e incluso intentar revivir estadios primitivos.
- Desarrollo de las funciones del Yo: el terapeuta actuará como un Yo auxiliar, también fungirá como un traductor de los impulsos primitivos a lenguaje, la interpretación de acontecimientos, etcétera. En este caso, la terapia se concentrará en desarrollar las funciones del Yo que le permiten relacionarse con otras personas, de la percepción de la realidad –que incluye la conciencia de sí mismo y de la realidad externa-, aplazamiento de la gratificación y elucidación de los impulsos y sentimientos. Entonces el terapeuta comenzará a establecer sus propios límites permitiendo que el niño aprenda a establecer los propios.
- Resolución de problemas intrapsíquicos e interpersonales: Se busca la comprensión del conflicto que originó el retraimiento en el menor. Esta fase requiere la participación activa del terapeuta en las fantasías y al mismo tiempo la limitación de las mismas para que no resulten demasiado amenazantes. Para lograrlo, es necesaria la regulación de la vida fuera de la terapia, para que lo logrado respecto al desarrollo del Yo se mantenga intacto. Además de utilizar la relación con el terapeuta para proporcionar comprensión de las experiencias anteriores, solucionar conflictos internos y aliviar la ansiedad concerniente con las fantasías

primitivas. Esto dará como resultado la liberación de las fuentes de energía del Yo y el desarrollo de gratificaciones más adaptables.

Sumado a lo anterior, Maeder (citado en Aubin, 1977) de manera más general, propone que las intervenciones en los niños pueden ofrecerse en el seno de la familia o en instituciones y que éstas pertenecen a dos grandes categorías de psicoterapias individuales.

1. Las técnicas que buscan la reestructuración: Bajo la premisa de que aún en las personalidades más perturbadas, existen características sanas, a través de las cuales podemos reconstruir de manera progresiva para ayudar a que el menor se acerque a lo real, mientras que los fantasmas desaparecen progresivamente.

- Fin: transformar los significados de su existencia que causan una ansiedad profunda.
- Medio: un clima de simpatía-participación y recompensas del contacto físico que afectan las diferentes esferas de funcionamiento del menor.
- Charlas individuales: con las personas que lo rodean en su vida diaria.
- Charlas improvisadas: aquellas actividades poco frecuentes, pero de gran contenido interactivo.

2. Técnicas interpretativas /psicoanalíticas

Anna Freud y Melanie Klein (citado en Aubin, 1977) insisten en la importancia de dar interpretaciones directas y profundas al niño desde la primera sesión con él. Melanie Klein usa la técnica de juego natural en el niño, realizando interpretaciones profundas y directas de dicha actividad. Los juegos y juguetes, por tanto, variarán dependiendo de las necesidades y el desarrollo del menor. El fin de las intervenciones es perseguir y lograr el desarrollo, crear conciencia de sus enfermedades y darle un clima de confianza (empatía terapéutica), permitiendo la exteriorización de la agresividad.

Para Nemirovsky (1999, citado en S/A, 2011) la terapia psicoanalítica, tendrá como objetivo principal establecer un nuevo vínculo, uno reparador del vínculo patológico que se estableció a principios de la vida del paciente. Siguiendo a Winnicott, este autor llega a la conclusión de que será necesario buscar establecer un vínculo adecuado y específico, que sacie las necesidades tempranas que permanecieron insatisfechas. Dichas necesidades son categorizadas por Winnicott, como: sostén (holding), manipuleo (handling) y presentación del objeto (object-presenting), las cuales requieren intervención de una madre

suficientemente buena. Para este enfoque, la transferencia debe ser utilizada como una forma que posee el analista para influir de manera directa sobre el paciente. Sin embargo, su labor implica que debe aceptar los requerimientos narcisistas con respecto al amor, apoyo y satisfacción (logrando una transferencia narcisista) que nunca fueron satisfechos y por tanto, tomar el papel de la madre tierna y dádiosa. Esto lo logrará al ser empático emocionalmente, por tanto, dará la oportunidad de que una vez satisfechas dichas necesidades se reanude el crecimiento que se había visto obstruido. Segal (1950, citado en S/A, 2001) indica que el tratamiento de un paciente con psicosis, consiste principalmente en proporcionar compasión y brindar seguridad, esto a través de la transformación del analista en el primer objeto bueno (S/A, 2001).

Dopchie, (citado en Aubin, 1977) agrega una tercera intervención:

3. Terapia por dibujo (de relación e interpretativa). El dibujo constituye un medio de comunicación privilegiado y eficaz con el niño. Su uso está justificado por poseer las siguientes características:

- Toda producción implica la exposición de su estadio perceptivo. La percepción está alterada en el psicótico y esto contribuye a sus dificultades para insertarse en la realidad, favorecer a lo imaginario y deformar el mundo sensible.
- Estadio motor, presencia de estereotipias con valor mágico que dadas las intervenciones se espera se eliminen poco a poco.
- Nivel expresivo, expresando con confianza su mundo interno.
- Contenido de la proyección del universo psicótico.
- Aspecto de la relación, en la que el niño comunica lo que está dentro de sí mismo.
- Aspecto estético, el placer que confiere al menor expresarse mediante el discurso.

#### **4.7 Pronóstico**

El pronóstico ha cambiado gracias al desarrollo de intervenciones, las cuales pueden conducir a curaciones auténticas, favoreciendo la evolución en otro sentido a la demencia o estados psicótico o neurótico neto, sino hacia híbridos con elementos de debilidad mezclados con cierta tendencia autística residual.

El estudio de los niños menores de 7 años, explica que entre más precoz es la aparición de las alteraciones mentales, mayor será la desorganización que cause y peor el pronóstico general del paciente. La evolución puede seguir hacia un autismo total o a través de la psicoterapia hacia una organización menos disociada, por inversión del objeto bueno o parte de él y conservación de la distinción de la realidad interna y externa. El comportamiento psicótico, puede verse como una búsqueda desesperada que realiza el pequeño por encontrar su identidad e integrarse en el mundo externo, comprobar sus percepciones, tranquilizarse al corroborar su pensamiento mágico (Aubin, 1977).

Existen opiniones encontradas respecto a la eficacia de la psicoterapia en el caso de los niños con psicosis, aunque frecuentemente existen mejorías respecto a la disminución de los síntomas. Por otro lado, está claro que la resolución del conflicto intrapsíquico produce alivio de la ansiedad y reducción de las defensas. El pronóstico dependerá de la gravedad de la enfermedad, de la capacidad para cambiar los factores provenientes de los padres que contribuyen a la disfunción del menor, de la edad en la cual inicia el tratamiento, de la calidad del mismo y de las características personales del terapeuta que resultan necesarias para hacer psicoterapia con niños psicóticos –tales como el optimismo, la perseverancia, la fortaleza y la capacidad para oponerse a las situaciones de contratransferencia- (Laviertes, 1978).

Hasta aquí se han presentado los aspectos teóricos más relevantes para la comprensión del caso que se presentará a continuación. En el siguiente capítulo, se expone cual es el objetivo del presente trabajo y la importancia que tiene recibir atención psicológica, así como los resultados de la evaluación realizada con el menor.



## **CAPÍTULO 5. MÉTODO**

### **5.1 Justificación**

El trabajo psicoterapéutico con los niños siempre está matizado por múltiples fantasías inconscientes y conscientes. De esta manera, sabemos que el uso de la fantasía forma parte normal del desarrollo del niño. Si bien en edades tempranas esta tiene un papel preponderante, conforme hay un mayor desarrollo emocional, psíquico e intelectual, la realidad toma un papel prioritario en el funcionamiento psíquico del menor. Así, conforme el niño se desarrolla, la realidad externa demanda mayor contacto externo y menor predominio de la fantasía por parte del niño, esto con el fin de que logre adaptarse satisfactoriamente al entorno.

Cuando las necesidades del bebé no son atendidas satisfactoriamente, no se permite una adaptación adecuada y se corre el riesgo de desarrollar dificultades en la organización de la personalidad, pudiendo llegar al establecimiento de características limítrofes o psicóticas.

Para el psicólogo infantil resulta de gran importancia, el conocer los aspectos tanto parentales como familiares que pueden intervenir en el surgimiento o mantenimiento de la sintomatología, lo cual no sólo permitirá conocer, sino programar intervenciones que tengan un mayor impacto sobre la salud y el bienestar del infante. Por tanto, el presente trabajo busca analizar a la luz de la teoría, los aspectos que permitieron que el menor desarrollara dichas dificultades y de la misma manera hacer una revisión de las intervenciones terapéuticas que se llevaron a cabo para mejorar el funcionamiento psíquico del menor.

### **5.2 Pregunta de investigación**

¿Cómo influye la psicopatología de los padres y el funcionamiento familiar, en el funcionamiento psíquico de un niño de 5 años?

### **5.3 Objetivo general**

Describir cómo es el funcionamiento psíquico de un niño de 5 años dentro del proceso terapéutico y determinar si está influido por la psicopatología de los padres y el funcionamiento familiar.

## **5.4 Objetivos específicos**

- Realizar la evaluación psicológica del menor para conocer cómo es su funcionamiento psíquico.
- Realizar una evaluación psicológica a los padres del menor, con el fin de conocer su dinámica intrapsíquica y cómo es que ésta se relaciona con el funcionamiento psíquico del niño.
- Realizar intervenciones psicológicas adecuadas para trabajar los focos terapéuticos tanto con el menor como con sus padres, a partir de lo encontrado en la evaluación.

## **5.5 Tipo de estudio**

El presente trabajo se realizó bajo un enfoque de investigación cualitativo, realizándose para ello un análisis de caso. Como refiere Stake (1994), los estudios de caso desde este enfoque tienen la ventaja de que al centrarse en aspectos individuales de los participantes, es posible comprender con mayor profundidad los aspectos de un caso en particular. Esto permite una comprensión detallada de las características del paciente y de las problemáticas que presenta.

Según Kratochwill, Mott y Dodson (1989, citados en Roussos, 2007), el estudio de caso único tendrá dos usos principales; la evaluación diagnóstica y la intervención terapéutica. De tal manera, que su uso permitirá conocer mediante el diagnóstico el funcionamiento del menor y las relaciones que guarda con su contexto, para posteriormente lograr adecuar las intervenciones al mismo. Así, la profundidad de los hallazgos desde el enfoque cualitativo, sentarán las bases para realizar intervenciones que se ajusten a la particularidad del paciente y del entorno en el que viven.

Este tipo de diseño nos permite establecer un vínculo entre las líneas de investigación y la práctica clínica. La importancia de este tipo de práctica radica en que puede ser utilizado para probar que una intervención psicoterapéutica dio resultado, de tal manera que se comprueba la validez del tratamiento (Roussos, 2007).

## **5.6 Participantes**

El caso clínico que se analizó fue el de Johan (se ha modificado el nombre del menor para garantizar la confidencialidad del mismo), un niño de 5 años que recibió tratamiento psicológico en el Centro

de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. Acude por recomendación de la escuela ya que durante segundo grado de preescolar, presentaba dificultades en la interacción con pares (jugar, conversar, trabajar en equipo), le resultaba complicado ejecutar actividades que involucraban actividades de motricidad gruesa. Se identificó que no lograba responder coherentemente las preguntas que se le realizaban y que en lugar de ello contestaba utilizando diálogos de caricaturas, además de presentaba dificultades en la tolerancia a la frustración, pedir ayuda y resolver problemas. Existían complicaciones para comenzar, comprender y finalizar actividades, requiriendo apoyo en repetidas ocasiones. Después de realizar la evaluación, se observó que el niño mantenía contacto visual limitado, que tendía a ensimismarse, se aislaba y presentaba conductas autoestimulatorias (movimiento, llevarse cosas a la boca, mecerse) cuando se angustiaba. Dichas dificultades le impedían mantener contacto con la realidad externa, dificultándole realizar actividades, entender temas o participar en la interacción con el otro.

De igual manera y debido a las características del caso, fue necesaria la evaluación de los padres (por separado) a los cuales les fueron aplicados pruebas psicológicas. Esto con el fin de conocer como sus características personales y los conflictos entre ellos que propiciaban, mantenían o agravaban la sintomatología del menor.

## **5.7 Escenario**

El presente caso fue atendido en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, perteneciente a la Coordinación de Formación para la Atención e Investigación en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Inicialmente se trabajó en una Cámara de Gesell dentro del Centro, se trataba de una habitación de aproximadamente  $4.5 \times 3.5$  metros, en donde una de sus paredes más grandes tenía un espejo que cubría casi su totalidad y que permitía la visión sólo en una dirección. Sus paredes eran blancas y sólo había un par de sillas y una mesa en donde poníamos los juguetes. El piso de azulejos era cubierto en la mayoría de las sesiones por un tapete de Foami para que pudiéramos sentarnos. Más adelante en la intervención, nos trasladamos a un cubículo individual en el mismo centro, debido a que se tuvo que cambiar el horario de la terapia, ya que Johan ingreso a la primaria. Este espacio era más reducido que el anterior, con aproximadamente  $2.5 \times 3.5$  metros. El mobiliario eran, dos sillones, uno individual y uno doble, también había un escritorio en el que colocábamos los

materiales. Igual que en el otro espacio, se cubría el suelo con el tapete de Foami para trabajar. Ambos espacios estaban bien iluminados y ventilados.

## **5.8 Materiales**

- Caja de juguetes propuesta por Arminda Aberastury.
- Tapetes para piso
- Títeres de mano de diversos animales
- Hojas blancas
- Colores y crayolas
- Lápiz y goma
- Pelota de plástico mediana
- Pelotas de plástico pequeñas
- Dos trozos de tela (aproximadamente 1 metro) de color azul y color blanco
- Panderero
- Maracas
- Guitarra de juguete
- Aro de plástico
- Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender.
- Manual del Test del Dibujo de la Figura Humana de Elizabeth Koppitz.
- Test de Apercepción Temática Infantil con Figuras Animales
- Escala Wechsler de Inteligencia para Nivel Preescolar III

## **5.9 Procedimiento**

El trabajo de intervención siguió el orden establecido en Centro:

1. Solicitud de servicio. La madre de Johan acudió en los días establecidos por el centro a llenar un formato de solicitud describiendo brevemente la problemática del menor, proporcionar algunos datos socioeconómicos y firmar el consentimiento informado.
2. Entrevista de admisión. Se realizó una primera entrevista, en la que se indagó de manera más profunda la problemática del menor, tocando temas a nivel personal, familia, problemas

médicos, emocionales, etc. a través de esta entrevista se canalizó el expediente al programa de intervención en niños y adolescentes.

3. Derivación al programa de la Especialización en Intervención Clínica en Niños y Adolescentes. El menor fue atendido en co-terapia en una Cámara de Gesell, por medio de la práctica supervisada de dicho programa.

Así, se realizó una evaluación psicológica, cuyos resultados permitieron establecer que se trabajaría terapia de juego desde un enfoque psicodinámico. Por tanto, se utilizó una caja de juego y la posterior inclusión (por las características del caso) de otros juguetes como medio principal de trabajo.

## **5.10 PRESENTACIÓN DEL CASO**

### **5.10.1. Identificación del paciente**

- Nombre: Johan
- Sexo: Masculino
- Fecha de nacimiento: 18/05/2010
- Edad: 5 años
- Escolaridad: Preescolar
- Nacionalidad: Mexicana
- Nivel socioeconómico: Bajo

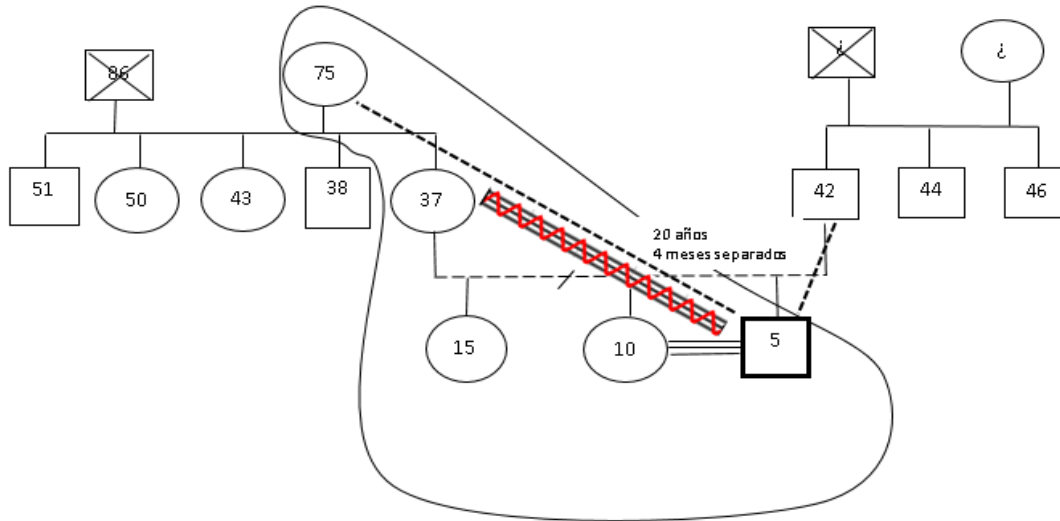
### **5.10.2. Descripción clínica del paciente**

Johan era un niño de tez morena clara, cabello oscuro, de complexión media. Se presentó poco aliñado, presentaba mal olor, la piel y el cabello denotaban que no se bañaba frecuentemente y las uñas de las manos largas y sucias, mostrando poca limpieza. Su vestimenta se encontraba sucia a primera hora de la mañana, con restos de comida y tierra. Dentro de su arreglo personal, frecuentemente su ropa se encontraba mal acomodada, llegando a sobresalir su ropa interior. Su hábito para limpiarse la nariz o acomodarse la ropa estaba poco desarrollado.

Durante las sesiones, se mostró distraído en varias ocasiones. Al inicio de las actividades se le veía concentrado, pero conforme se avanzaba en las tareas, comenzaba a responder las actividades verbales sin sentido ni coherencia y las de ejecución, las contestaba de manera impulsiva y desinteresada. Mostró disposición hacia las tareas que se le plantearon, especialmente cuando conllevaban material manipulable, pero en las cuales sólo requería que diera una respuesta verbal, se le veía distraído, inquieto y poco motivado a continuar, aunque casi siempre permaneció sentado y siguió las instrucciones.

Ante los juegos y actividades que requerían permanecer quieto, frecuentemente no hablaba con los otros, sino que su discurso era para sí mismo, por lo cual, en ocasiones no era comprensible, era incoherente y mantenía una mirada perdida, evitando ver a los ojos a las terapeutas.

### 5.10.3. Familiograma



**Tabla 15. Composición familiar**

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	E. C.	Ocupación
Rosa	Abuela	75	Primaria	Viuda	Pensionada
Juve	Padre	44	Primaria	Soltero	Taxista
Gabriela	Madre	37	Carrera téc.	Soltera	Venta de flores
Guadalupe	Hermana	15	Secundaria	Soltera	Estudiante
Bere	Hermana	10	Primaria	Soltera	Estudiante
Johan	Paciente	5	Kínder	Soltero	Estudiante

*Nota: Se cambiaron los nombres para guardar la confidencialidad*

### 5.10.4. Motivo de consulta

El Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) junto con la maestra del menor, identificaron dificultades en la interacción con pares (manifestadas en el juego, conversaciones y trabajo en equipo), limitaciones para ejecutar movimientos de motricidad gruesa y expresar sus necesidades y deseos. Además se observó que el menor respondía de manera incoherente con pararrespuestas, mantenía lapsos en los cuales no era capaz de discriminar formas que ya conocía, presentaba problemas para comenzar actividades y comprender las instrucciones.

Por lo tanto, la institución envió la solicitud al Centro de Servicios Psicológicos para la realización de una evaluación psicológica y de ser necesario proporcionar el tratamiento adecuado al menor

Por su parte, su mamá refirió que dichos problemas le preocupan debido a que cuando los otros niños no quieren jugar con él, generalmente se ponía triste. Por otro lado, comentó que el menor presentaba conductas extrañas como “*hablar solo*” (soliloquios) y tener temas de conversación extravagantes. Además comentó que es “*muy nervioso*” y que frecuentemente se arañaba los brazos y se movía o inquietaba cuando estaba solo o desesperado. Por otro lado, expresó que era berrinchudo y llegaba a gritar y golpear a las personas cuando no le ponían atención.

## **5.11 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

De acuerdo con el motivo de consulta proporcionado por la escuela y por su madre, se consideró necesario realizar una evaluación psicológica completa, esto con la finalidad de establecer un diagnóstico confiable. Se aplicaron las siguientes técnicas e instrumentos psicológicos:

- ❖ Entrevistas individuales con los padres.
- ❖ Sesión de juego diagnóstico.
- ❖ Dibujo libre.
- ❖ Entrevista de juego familiar con títeres (madre, hermana menor y Johan) de Patricia Ross.
- ❖ Test Gestáltico Visomotor de L. Bender. Interpretación por la técnica de Elizabeth Koppitz.
- ❖ Escala Wechsler de Inteligencia para Nivel Preescolar III (WPPSI-III).
- ❖ Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Elizabeth Koppitz.
- ❖ Test de Apercepción Temática Infantil con Figuras Animales (CAT-A).

### **5.11.1 Antecedentes familiares**

A continuación se presenta una reconstrucción de los principales antecedentes familiares de Johan. Debido a las diferencias en lo referido por la señora Gabriela y el señor Juve, fue necesario colocar ambos puntos de vista para tener un relato más amplio de lo acontecido:

La señora Gabriela vivió durante toda su vida de soltera y aún casada con sus padres, con quienes siempre mantuvo una relación de *cortesía y de respeto*. Ella pese a tener varios hermanos, no tenía una relación cercana con ellos, por lo cual, no contaba con apoyo ni físico, ni emocional, ni



económico para cuidar de sus padres. Refirió que sus padres fueron estrictos, la educaron para ser “ama de casa”, además comentó que no consideraba que ellos hubieran sido cariñosos con ella.

Por otra parte, la reconstrucción de algunos aspectos de la vida del señor Juve se realizaron con lo comentado por él mismo y por la señora Gabriela. El papá de Johan, refirió que es huérfano de padre desde muy pequeño, lo que lo llevó a sentir una gran admiración hacia su madre, quien lo cuidó desde entonces. En su narración dejó en claro que él veía a la mujer “*como cuidadora principal de los hijos y como la persona que los educa*” recalcando que el papel de los hombres es el abastecimiento económico.

Por otro lado, la señora Gabriela comentó que el padre del señor Juve murió cuando él era un niño. Su madre, que era muy joven, decidió irse a vivir a la Ciudad de México con sus hijos. Sin embargo, uno de sus cuñados le impidió llevarse a su hijo menor (señor Juve), el cual fue regalado con una familia que no lo cuidaba. Luego de ser regalado, se escapó y vivió en la calle por un periodo aproximado de dos meses, antes de que su madre lo encontrara y lo llevara a vivir a la Ciudad de México con ella. Sin embargo, ya en la Ciudad, el niño, desarrollo problemas de conducta, por lo que fue ingresado a una escuela militar en donde recibió una instrucción severa.

Con respecto a la formación de la pareja parental, los padres de Johan decidieron irse a vivir juntos “*estando enamorados*” (sic. de la madre). Su primer embarazo no fue planeado, pero fue aceptado. La señora Gabriela se enteró que estaba embarazada cuando su esposo estaba en Estados Unidos y su mamá y papá se encontraban muy enfermos (su madre acababa de perder la pierna y su padre tenía un precario estado de salud). Menciona que aunque la situación era complicada porque había muchos conflictos en su casa y porque no contaba con apoyo de nadie, siempre encontraba tiempo para estar y disfrutar de su bebé (Guadalupe), después de trabajar y atender a sus padres.

Al regresar su esposo, él comenzó a trabajar en un taxi, por lo cual sus ingresos fueron menores y la muerte de su papá complica el estado de ánimo de la señora Rosa, la cual no se levantaba de la cama. Aunado a esto, la señora Gabriela se embarazó de su segunda hija (Bere), con la cual refiere su relación fue muy diferente a la primera, ya que tenía muchos problemas económicos y se sentía abrumada. Ya no tenía energía para jugar o convivir con ninguna de sus hijas, limitándose a asearlas y a darles de comer. Comentó que su pareja, siempre se limitó a

aportar dinero, pero nunca la apoyo con sus hijos, ni con su madre, al contrario era ella quien le ayudaba económicamente.

La situación familiar se complicó aún más debido a la violencia física y emocional que la señora Gabriela vivió con su pareja, a ello se sumó el quedarse sin trabajo y la disminución de los ingresos en el hogar, además de su embarazo por tercera ocasión. Pese a que la pareja había decidido separarse, este embarazo los hace permanecer juntos y tener al bebé (Johan). Esta vez desde el embarazo tuvo dificultades para mantener una relación con su bebé, dichas dificultades de interacción, apego y cuidado continuaron a través del crecimiento de su hijo.

### **5.11.2 Historia de desarrollo y nacimiento**

Johan fue producto de la tercera gestación, su madre refiere que el embarazo no fue planeado, ni aceptado por el padre ya que había diferencias en la pareja que los llevaron a pensar en terminar su relación. Sin embargo, al enterarse del embarazo y ante la renuencia de la señora Gabriela de no tener al bebé, el papá de Johan se hizo cargo de él. Durante el embarazo, la madre reporta problemas con su pareja, junto con “*cambios de humor y dolores*”, padeció lo que describe como “*calambres*” que provocaron una amenaza de aborto a los 7 meses. Sin embargo, el embarazo logró llegar a término, naciendo el niño a los 9 meses por cesárea. La mamá de Johan refiere que el menor tuvo un peso de 3,100 kg.

La mamá de Johan describe que de bebé, Johan tuvo un comportamiento “*muy tranquilo*” y que tuvo retraso en la bipedestación debido a que “*era muy gordito*”, refiere que era muy sano y que no presentó mayores complicaciones en el desarrollo. Sin embargo conforme creció, comenzó a notarlo “*ansioso*” ya que movía sus piernas y presionaba sus manos de manera particular.

Debido a sus múltiples actividades, su madre refiere que no tenía mucho tiempo para cuidar al niño, por lo cual lo sentaba en su silla y le prendía la televisión, esto lo entretenía y le permitía hacer sus actividades. Esta situación, para ella era la explicación de que Johan pasaba la mayor parte de su tiempo, en lo que la madre refiere como estar “*en su mundo*”.

El niño continuamente jugaba solo, tenía dificultades para interactuar con los otros y hablaba para sí mismo, además repetía los diálogos de las caricaturas como si las estuviera viendo, incluso

cuando estaba con su familia. Pocas veces convivía con los demás y mantenía poco interés por interactuar con otros.

- *Relación parental*

Luego de aproximadamente 20 años de relación, la señora Gabriela decidió separarse del señor Juve, el cual no tomó bien esta decisión y continuó insistiendo en que retomaran su vínculo de pareja. Incluso en una ocasión llegó a la casa donde vivía la señora Gabriela y la agredió físicamente. Ante esta situación, la madre de Johan lo denunció y fue encarcelado. Cuando salió le fue impuesta una orden de restricción, que no se respetó ya que la señora Gabriela permitió que su expareja viera a sus hijos y le proporcionara dinero.

La madre de Johan refirió que en cada oportunidad, el señor Juve intentaba regresar con ella. Para ella su expareja, sólo utilizaba las necesidades de sus hijos y su aparente interés por ellos, como una forma de acercarse e insistirle que retomaran su relación de pareja.

Aproximadamente un año después de su separación, la señora Gabriela volvió a salir con una persona (ex amigo de la escuela) con el que se sentía muy cómoda y feliz. Sin embargo, al mantenerse el acoso por parte de su expareja, la nueva pareja decidió terminar la relación, lo cual le “*molestaba y le dolía*” a ella.

- *Relación madre-hijo*

La relación de Johan con su madre tenía características de dependencia excesiva. El menor se mostraba ansioso cuando su madre no estaba, mantenía una constante necesidad de permanecer a su lado, de saber que estaba presente y frecuentemente se aferraba físicamente a ella. En la mayoría de los casos, le pedía ayuda aún en actividades que él sabía realizar, sólo para permanecer a su lado y obtener su atención, expresaba temor a que su mamá lo dejara, que no estuviera, que le pasara algo, etc., este temor constantemente lo hacía estar ansioso y permanecer hipervigilante de lo que pasaba a su alrededor. Por otro lado, su madre, se mostraba desesperada con la conducta y dificultades de su hijo, ante la frustración o enojo tendía a alejarlo física y emocionalmente. Se mostraba cansada ante las situaciones tanto en casa, como en la escuela y casi siempre le hablaba con un lenguaje frío y duro, exigiéndole que supiera hacer las

cosas y castigándolo cuando no lo hacía (desde los golpes, las amenazas de golpearlo, hasta no comprarle lo que le gustaba o ignorarlo).

Además refirió dificultades para hacer contacto tanto físico como emocional con su hijo, mostrándose desesperada y con pocas ganas de interactuar con él. Lo describió como miedoso y voluble, lo cual la cansaba y provocaba que en ocasiones cediera a los berrinches y a las demandas del menor con tal de no lidiar con él. Expresó que le costaba trabajo abrazarlo y saber cómo tratarlo.

- *Relación padre-hijo*

Johan buscaba constantemente el contacto físico con su papá, sin embargo, no recibía la aceptación del mismo. La madre del menor refirió que cuando Johan era más pequeño, buscaba al señor Juve físicamente, aferrándose y llorando cuando no estaba, pero con el paso de los meses y al sentir su rechazo, el menor comenzó a buscarlo para que le comprara alimentos chatarra y al igual que sus hermanas, lo comenzó a ver como “*el que compra y da dinero*”. En la versión del padre de Johan, comentó que tenía una relación cercana con sus hijos, ya que los llevaba a comprar dulces y veía televisión con ellos.

- *Relaciones fraternas*

Con su hermana más grande, Johan no interactuaba demasiado y si lo llegaban a hacer, el contacto se limitaba a tareas específicas sin que se involucraran emocionalmente. Sin embargo, con su hermana de 10 años, el menor mantenía un vínculo semejante al que tenía con la madre, sin embargo, la niña era capaz de brindar las atenciones físicas y emocionales del menor: solía ayudarlo, abrazarlo, era cariñosa con él y él con ella. No obstante, la señora Gabriela comentó que al igual que una madre, la niña presentaba ansiedades y preocupaciones respecto al desarrollo y dificultades que presentaba su hermano, las cuales no correspondían a su rol como hermana.

- *Antecedentes patológicos*

La madre de Johan refirió que cuando éste tenía 2 años se enfermó del estómago (presentando náuseas, vómito y dolor), desde ese momento, el menor se rehúso a comer, manteniendo desde entonces una dieta que se basaba principalmente en “*tacos de sal, salchichas, quesadillas, hot-dogs, caldo de pollo y golosinas*”. Comentó que cuando se le ofrecía otra cosa se negaba a comerlo y si se le obligaba llegaba a vomitar.

En ningún momento este problema fue tratado medicamente y la madre de Johan lo alimentó bajo esas demandas desde entonces.

- *Desarrollo escolar*

Al ingresar al preescolar, Johan presentaba diferentes dificultades escolares, entre las que destacaban: problemas de concentración y dificultades para la realización de tareas, limitaciones para hacer deporte y seguir indicaciones. Sus maestras comentaban que era necesario repetirle 2 o 3 veces las indicaciones. Por estas razones fue canalizado al Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP), donde se detectó que presentaba dificultades para aprender las vocales y demás contenidos escolares acordes a su edad. Ante estos problemas fue enviado a terapia psicológica y además contaba con el apoyo psicopedagógico en el preescolar al que acudía.

Al ingresar a la primaria Johan presentaba dificultades respecto a la lectura, copiado, la atención y en general el funcionamiento social y académico dentro de la escuela. Su madre se mostraba preocupada, pues observaba que muchos de los compañeros de Johan aprendían rápidamente y a ella le frustraban las dificultades que su hijo mantenía, por lo cual, en ocasiones lo amenazaba con golpearlo para que pusiera atención e hiciera su tarea adecuadamente.

- *Área social*

Johan era un niño que disfrutaba de jugar. La mayoría de las veces su juego era solitario, en el que las otras personas actuaban como instrumentos para sus actividades. Además, frecuentemente su conducta extravagante como: la presencia de soliloquios, pararrespuestas y su ensimismamiento, etc., le impedía interactuar con sus pares.

- *Independencia personal y emocional*

Las actividades en la que requería ayuda constantemente eran: tener orden en sus cosas, elegir su ropa, bañarse, vestirse (ropa, zapatos, etc.), ir al baño, asearse y peinarse. La madre refirió que su hijo sabía hacerlo, pero que simplemente no lo hacía porque estaba distraído, porque era flojo o porque no le interesaba verse bien.

Ella lo bañaba, en ocasiones le ayudaba a voltear la ropa o le indicaba cómo se hacía, pero casi siempre buscaba que lo hiciera de manera independiente (lo lograba de vez en cuando). Por otro lado, la hermana del niño (Bere) era la que regularmente cedía llegándolo a vestir, ponerle los zapatos, acompañarlo al baño, etc. De esta manera, Johan mostraba una clara dependencia hacia su madre y hermana, ya que cuando se negaban a ayudarlo, este reaccionaba con berrinches que consistían en gritos, llanto y golpes.

En varias ocasiones Johan acudió a las sesiones de atención psicológica, llegaba sin bañarse, enfermo de gripa, se observaba que poseía pocas habilidades de autocuidado (como el limpiarse la nariz, manos, rostro, etc.).

- *Área emocional*

Al principio, Johan se mostraba temeroso de la ausencia de su madre en las sesiones. Cuando ella o su hermana estaban presentes se mantenía a su lado abrazándolas y besándolas constantemente. En las situaciones en las que estaba solo, inicialmente se mostraba preocupado porque su madre se fuera sin él, pero con el paso de las sesiones esa angustia disminuyó.

La mayoría de las sesiones ingresó contento y disfrutando del juego, reía continuamente, pero en pocas ocasiones llegaba a platicar sobre su día o contestar las preguntas que se le hacían.

Cuando se emocionaba respecto a cualquier tema, apretaba los puños y tensaba su cuerpo. Por el contrario, cuando no quería o no le interesaba hablar de algo, miraba al vacío y comenzaba a hablar solo.

## **5.12 Resultados de las pruebas psicológicas aplicadas**

### **5.12.1 Área perceptomotora**

Al revisar los resultados de Johan en el **Test Gestáltico Visomotor** de **L. Bender** con la interpretación propuesta por **Elizabeth Koppitz**, se encontró una puntuación de 13 errores, lo cual indicaba que su desempeño se encontraba en los parámetros esperados para su edad, ya que esta puntuación corresponde a una edad madurativa entre 5 años y 5 años 5 meses.

Tabla 16. *Test Gestáltico Visomotor de L. Bender*

<b>Tipo de error</b>	<b>Figura</b>
Distorsión de la forma	Figura A. 1y 3
Desproporción	Figura 7
Rotación	Figura A, 3,4
Integración	2, 3, 4, 7,
Perseveración	6
Línea continua	5
	<i>Total: 13 errores</i>

En cuanto a los aspectos cualitativos se observó poca capacidad de planeación y confusión mental manifestada en el orden de los dibujos. Se presentaron indicadores de acting out y conductas impulsivas y agresivas.

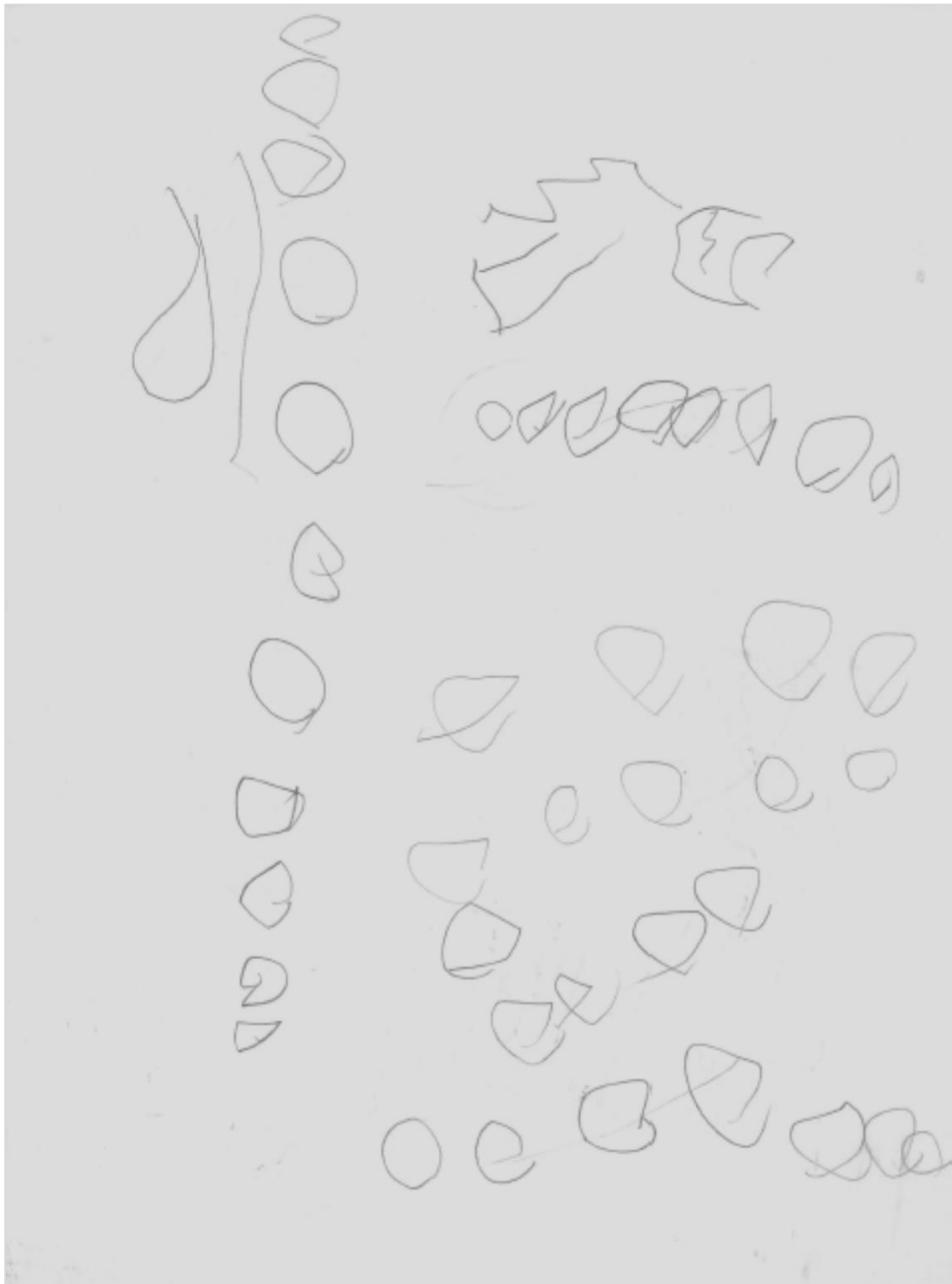
Respecto a las dificultades percibidas en la escuela, se observaron problemas para entender la consigna y seguir las instrucciones, así mismo presentaba dispersión en la atención, baja tolerancia a la frustración, así como presencia de la ansiedad manifestada en movimiento motor recurrente.

**Figura1. Ejecución del Bender**





**Figura 2. Ejecución del Bender (continuación)**



### 5.12.2 Área intelectual

Tabla 17. *Análisis de la puntuación CIT y Puntuaciones índice del WPPSI-III*

Escala	Puntuación escalar de las subpruebas	Puntuación compuesta	Diagnóstico
CIV	26	92	Promedio
CIE	25	89	Debajo del promedio
VP	14	82	Debajo del promedio
CIT	58	87	Debajo del promedio

Los resultados de Johan mostraron un C.I. Total de 87, lo que indicó poseía una capacidad intelectual equivalente a la categoría de **Debajo del promedio** de acuerdo con media poblacional. Su rendimiento era similar tanto en aspectos que requerían de la comprensión del lenguaje, como en las actividades que implicaban la percepción y manipulación de objetos. Sin embargo, su desempeño en el área verbal se ubicó en el promedio esperado para su edad. Por lo tanto, se observó un predominio de la inteligencia cristalizada, lo que implicaba que Johan poseía facilidad para desempeñar aquellas tareas que requerían de conocimiento léxico, información general y el uso de la memoria a largo plazo, las cuales representan el nivel de desarrollo cognitivo que el sujeto ha logrado a lo largo de su vida (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007).

Sus puntuaciones más altas, las obtuvo en las tareas que implicaban conocimiento de palabras y formación de conceptos verbales, memoria a largo plazo, percepción y comprensión auditiva (subtest de Vocabulario), así como en las que requieren procesamiento de la información visual y razonamiento en tareas visuales que implican poco tiempo para su conclusión (subtest de Matrices).

Teóricamente, comprendía lo que debía hacer, sin embargo, no era capaz de ponerlo en práctica ya que en ocasiones se ensimismaba y mantenía un pensamiento mágico y fantasioso. Su juicio social estaba limitado, debido a que no entendía del todo las normas sociales y requería que se las repitan de manera constante para llevarlas a cabo.

Su desempeño más bajo, se encontró en aquellas tareas que implicaban explorar, ordenar y discriminar rápida y correctamente información visual simple, lo que pone en evidencia debilidades en su capacidad de memoria a corto plazo, razonamiento, su capacidad atencional y la coordinación visomotora. Las dificultades en esta última lo limitaba en actividades que implican trabajar con rapidez, coordinar ojo-mano y realizar movimientos corporales.

### **5.12.3 Área socioemocional**

Se pudo constatar que Johan era un niño inestable emocionalmente, presentaba dificultades para establecer contacto con la realidad y tendía a ensimismarse continuamente. Lo anterior, se encontraba relacionado con sus dificultades para establecer relaciones interpersonales.

Esto pudo ser constatado a través de las dos sesiones de **juego diagnóstico**, que tuvieron una duración de entre 50 y 60 minutos y que fueron realizados bajo un enfoque psicodinámico.

**Dio Bleichmar** (2005) establece tres dimensiones a analizar en el juego de un niño, la dimensión evolutiva, la interpersonal y la psicoanalítica. Tomando en cuenta dichas dimensiones se encontraron los siguientes aspectos:

En la primera sesión, Johan se negó a entrar sin la compañía de su madre, comenzó a llorar y se aferró físicamente a ella para evitar la separación. Durante esa primer sesión, la madre controló la conducta del menor, impidiéndole jugar y limitándose a ayudarlo a observar los objetos de la caja y pedirle que los nombrara uno a uno. Pese a que no hubo juego, se observó que la madre se negaba a establecer contacto físico con su hijo, portándose hostil ante las demandas de afecto del menor.

Cuando comenzamos a hablar con ella, empezó a mirar al vacío y a hablar para él mismo, siendo su dialogo sin sentido. Movía las manos como si sus dedos fueran juguetes y en ocasiones hacia sonidos guturales que combinaba con palabras y cambios de voz.

En la segunda sesión de juego diagnóstico, Johan logró entrar sin compañía de su madre. Al inicio se mostró inseguro y preocupado porque ella se fuera sin él. El acercamiento a los juguetes comenzó luego de que intentara sin éxito abrir la caja (no pidió ayuda), cuando la caja estuvo abierta, volcó su contenido en el suelo y comenzó a hablar de una especie de juego de persecución,

en la que ocupaba sus manos como participantes (hablándoles), incluso se refirió a uno de sus dedos como “Johan”. El juego era desordenado y sin sentido, no había una secuencia lógica en éste, cambiando continuamente y dejándolo inconcluso.

Esquivel (2010) expone que las condiciones del juego exigen que los niños sean capaces de concentrarse en los objetos, en los pares, en el contenido del juego y el argumento de éste. Si el menor no es capaz de prestar la atención necesaria, no recordará las condiciones del juego y quedará expulsado de la actividad. De esta manera, vimos que existía una clara relación en la tendencia a ensimismarse, no mantener contacto visual, hablar solo, etc., con las dificultades que Johan presentaba para interactuar con sus pares y participar en actividades que involucraban interactuar con otro.

A través del juego, se encontró una dificultad importante para mantener contacto con la realidad, problemas para identificar aspectos referentes al Yo y al No Yo, a lo cual se suma la dificultad para identificar al otro y hacerlo partícipe del juego.

Se decidió además aplicar un **Dibujo libre**, cuyos resultados después de la interpretación correspondiente son los siguientes:

Para Esquivel (2010) los dibujos de los menores y cualquier otro tipo de expresión artística, proporcionan el material para poder interpretar el contenido simbólico. A través de estos, el menor emite los conflictos internos y externos ya que este le proporciona la posibilidad de relacionar el simbolismo expresado en sus juegos y dibujos con las situaciones que vive, lo cual le permitirá poner en palabras sus dificultades y las emociones, dándole la oportunidad de elaborarlas.

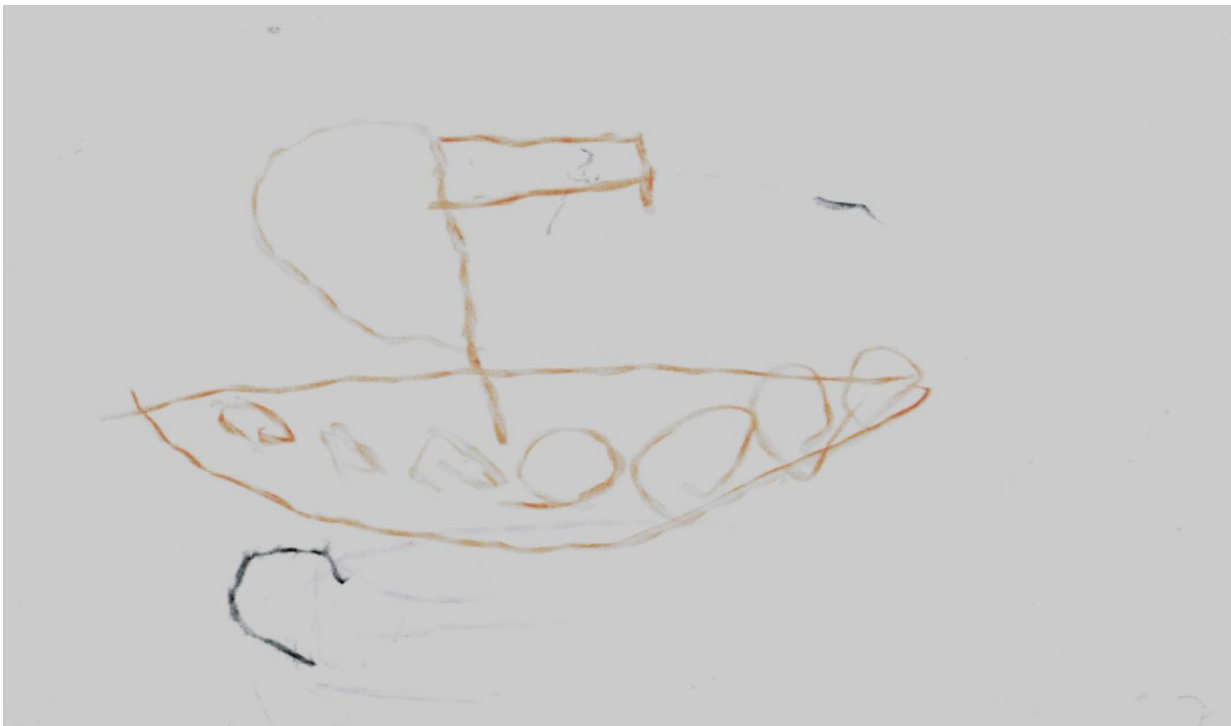
En los dibujos realizados por Johan, sobresalen simbolismos como lo son: el mar, un pez (al cual llamo “*monstruo*”) y el barco, cuyas características son la soledad, el distanciamiento y la pasividad.

Por otro lado, los colores utilizados principalmente por Johan fueron el azul, el amarillo y el naranja. Al respecto **Heller (2005)** indica que el color azul es color de la fantasía, de la lejanía, del anhelo, lo irreal, la ilusión, el espejismo y la pasividad. Mientras que el amarillo es característico de estados de contradicción, es un color llamativo que denota impulsividad e impertinencia. No

muy lejano, el naranja, indica sentimientos de inadecuación, desentono, indiferencia e indica peligro y excitación.

Sobresalen los colores azules que denotan cierto grado de tristeza o depresión controlada, sin embargo, en el segundo dibujo predomina el color naranja, el cual se relaciona con la presencia de emociones a nivel patológico. Por otro lado, la distribución del dibujo y las explicaciones de éstos indican, confusión de pensamiento y dificultades para mantener contacto con la realidad y falta de coherencia. Las descripciones que Johan hace de sus dibujos, muestran una confusión de pensamiento y dificultades para mantener un discurso coherente y apegado a la realidad.

**Figura 3. Dibujo Libre**



**Figura 4. Dibujo Libre**



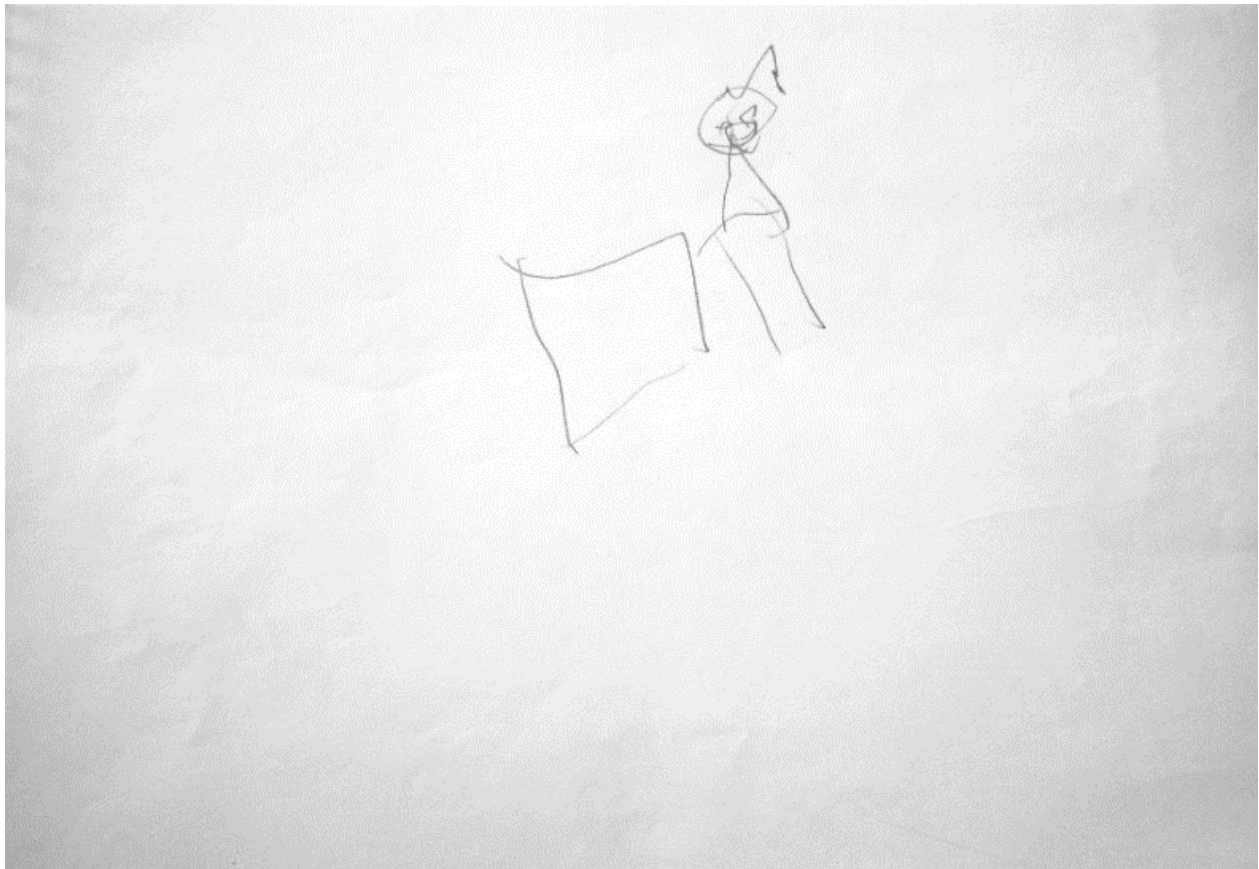
Según los criterios del **Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Elizabeth Koppitz**, el menor en su dibujo representó un niño, no dando más detalles del mismo. De acuerdo a los criterios establecidos por Koppitz, Johan tuvo una puntuación de 4 puntos alcanzando un nivel maduracional **Nivel normal bajo a Normal**.

Se observó un dibujo poco integrado, lo cual, está relacionado con inestabilidad emocional, personalidad pobremente integrada, impulsividad o dificultad psicomotriz, relacionados con factores emocionales o daño neurológico. De igual manera, la presencia de un dibujo inclinado y la falta de línea base, indican percepción de inestabilidad, falta de equilibrio, de seguridad emocional. Aunado a esto, la omisión de pupilas y la falta de brazos, indican problemas para contactar con la realidad, para conectarse con el mundo exterior y tendencia al retraimiento (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007).

Respecto a la secuencia en la que se dibujó a la persona y las palabras utilizadas para describir el dibujo, permitieron la observación de impulsividad, incoherencia y la desorganización en el

pensamiento que presentaba el niño. Por tanto, los dibujos de Johan indican que percibía un ambiente externo desorganizado, inseguro y amenazante, que lo obligaban a ensimismarse como una defensa en contra de la ansiedad que le producía.

**Figura 5. DFH**



Con el fin de conocer más acerca de la manera en que Johan percibía su ambiente, sus relaciones con sus padres y el clima familiar, se aplicó el **Test de Apercepción Temática Infantil (CAT-A) de Bellak**.

Aunque Johan se mostró dispuesto a participar en la actividad, se hizo evidente la dificultad que presentaba para mantener la atención en las tareas, por lo cual, se le preguntó continuamente sobre el desarrollo de las historias y se le repetía lo que había dicho, esto con el fin de que volviera a concentrarse, ya que constantemente comenzaba a mirar al vacío, hablar solo o cambiar el tema de la historia, mostrando poca lógica y coherencia.

Para la interpretación de esta prueba, se analizaron los temas esperados de cada lámina descritos por Esquivel, Heredia y Lucio (2007).

En las **láminas 1, 2 y 4** los temas se centraban en cuestiones orales, en las que el alimento, los cuidados y la interacción se entre los hijos y la madre. Se observó la necesidad de que la madre estuviera cerca para que dichas necesidades fueran satisfechas.

#### Lámina 1

*“Ahhh... había mesa... unos patitos que comían... helado... (silencio comienza a mirar al vacío, ¿Qué paso luego?)... les mostraré una gallina llegó, si eran patos y (silencio)... aparece una niña, am ya sé, todos querían helado ya. Y ya”*

#### Lámina 2

*“Están tres osos y un hijo... (¿qué están haciendo?) y luego se rompió... oso y osito osita se cayeron y fueron a comprar otra cuerda... ya jalaban... (¿por qué se cayeron?)... se llevaba los osos... se los compró su mamá”*

#### Lámina 4

*“mi mamá me cuenta cuentos... llevaban comida, luego fueron se cayó y compró otra y ya (¿para qué otra?) para que cuidara, es un canguro, otro bebé (¿a dónde iban?) fueron de compras, no, no de campo. Se van a comer todo lo de la canasta. El grande es una rayita...porque va a ir a comer... fueron a un lugar donde los áaaarboles... ya, ya... la historia”*

Las representaciones paternas y sus símbolos presentes en la **lámina 3** indicaban que Johan percibía a su padre como un ser indefenso, cansado y sin autoridad sobre él. Lo anterior, estaba relacionado con el tipo de relación que Johan mantenía con su padre, la cual se caracterizaba por la poca interacción entre ellos y la falta de cuidados e interés del padre hacia sus hijos, incluso cuando sus padres vivían juntos.



### Lámina 3

*“Hay un tigre... estaba muy cansado... fue a comprar una nueva silla ya... esta madera... no hay un agujero, no veo... (se refiere al rato de la lámina) es un perrito y que nace ahí ya (se distrae)...silla nueva porque se cayó, porque le dolía la piernita y quiso un helado, porque le dolía hacía frío”*

Los contenidos en las **láminas 6 y 8** indican que Johan se encontraba preocupado y atento a los estados de ánimo de sus progenitores. Por tanto, los refiere como personas poco enérgicas, cansadas, poco activas, preocupadas sólo en cubrir algunas de sus necesidades físicas, pero sin ánimo suficiente para atender otras necesidades igualmente importantes.

### Lámina 6

*“Había un osito, una osita y compraron una linda cueva los dos se compraron, un osito y el oso van con él y él para que dormían antes de una casa y la convirtieron en cueva (¿qué más?)... están durmiendo, tienen sueño, siempre tienen sueño, nace y descansa y así (se acuesta)... comenzaron comieron y se cansaron comieron y se durmieron rápido”*

### Lámina 8

*“Había tres gorilas... éste está haciendo y su hijo gorila y mamá y papá gorilas pero se fue a trabajar (tapa al papá) quien se quedó con la mamá, abuela y hermana gorila... Fueron a cenar (yum yum) comía banana, fueron a jugar... papá gorila preparaba latina hicieron barcos de papel y se mojaron la cara. Papá gorila tenía el agua y luego se durmieron... se durmieron”*

En la **lámina 7**, el menor percibía que sus impulsos agresivos y sentimientos de enojo, al ser expresados volvían hacia él y lo lastimaban. Esto se encontraba relacionado con los estilos de crianza, en los cuales Johan era castigado, regañando, golpeado e ignorado cuando llevaba a cabo conductas que no eran vistas como aceptables por parte de su madre. Por lo cual, cualquier reacción de enojo o agresión finalizaba en castigos físicos y emocionales.

### Lámina 7

*“Tigre de bengala... pero se cayó... se lastimó y luego el tigre se lanzó así... se lastimó la garra de la altura y el mono se volteó... luego el tigre se lastimó... le mordieron la colita y se pasó hielo y fueron a su casa y tomaron... se puso hielo la garra y la colita”*

Las **láminas 5, 9 y 10** relataban temas de temores nocturnos, en las que existían ideaciones de monstruos y figuras persecutorias (manifestadas también en lo observado en el juego) que lo acechaban y de las cuales tenía miedo. Por otro lado, se presentaban sentimientos de inseguridad respecto a la presencia ambivalente de la madre, a quien percibía como fuente de cuidado y amor, pero que también representaba a una figura que lo agredía, lo abandonaba y no estaba disponible para cubrir sus necesidades emocionales.

### Lámina 5

*“Ah las dos camas... las dos fueron a dormir a las personas, pero alguien quién se escondía... tenía miedo... Esta es una cama, es mi mamá... tenía miedo a los monstruos y a los fantasmas... los asustaban y ahhhh (se distrae)... no tenía medio, prendía la luz, podía dormir con la luz prendida, esta grande y pequeña (señala las camas)... mamá y Johan están juntos en la cama se dormía”*

### Lamina 9

*“Luego es un conejito que se sentó y cerró la puerta y se quedó atrapado en la casa y después... y luego se liberó con la puerta es un agujero y salto (enseñó) es que se sentó en la cama... ya sólo la mamá de los niños se fue... se fue a su casa pero de repente la mamá llegó y lo vio en la cama y lanzó el conejito... porque estaba en su cama.... y luego llegó a su madriguera y luego se durmió en la camita y ahora la mamá está feliz porque el conejo se fue... ya terminé”*

### Lamina 10

*“Había perritos que fueron al baño y luego fin (se le motiva a contar la historia)... a la pipí la perrita y el perrito hacía caca y luego se fueron a comer y comía era... amarillo... pero de pronto el perrito colocó se puso morada y se fueron a jugar minions... fueron juntos al baño porque fueron el uno en una taza y luego con dos y ya ya ya terminé... de contar la historia (se le*

*pide que termine de contar la historia) y antes comieron y comieron y después un día de campo fueron a comer una ardilla... llegó y se comió el pan se asustaron... y vieron a un monstruo y luego se sienta y luego empezaron a gritar... se fué a donde es el centro por la calle y luego se bañaron y tomaron la toalla y terminó... y ahora toca bañarse”*

En los resultados de las pruebas, el tema de las relaciones con los padres es significativo ya que el menor percibía que estos no proveían la seguridad necesaria para que él pudiera disminuir su ansiedad frente a las exigencias del entorno.

Por esta razón, se consideró necesario realizar una sesión de juego familiar y una evaluación del estado afectivo de los padres para confirmar que éstos tenían influencia en los síntomas del menor.

Para obtener información sobre la interacción familiar, se llevó a cabo una sesión de juego familiar a través de la técnica de **entrevista de juego familiar con títeres** que establece **Patricia Ross**.

Para esta Ross (2000) la entrevista familiar con títeres es una técnica capaz evaluar las dimensiones afectivas en las interacciones cooperativas entre los miembros de una familia, sus relaciones y las actitudes respecto a los demás miembros de la familia. Con niños pequeños permite la observación de las áreas problemáticas relevantes, las relaciones padres e hijos, prácticas parentales, entre otras.

Respecto al caso, la sesión se llevó a cabo con la participación de Johan, su madre y su hermana de 10 años. En ella se encontraron los siguientes aspectos relevantes:

La madre se mostraba con poca energía para coordinar y para interactuar con sus hijos. En éste juego, Bere coordinó el juego y se encargó de cuidar a Johan, calmarlo ante la ansiedad y proveerle seguridad. Mientras que la madre se presentaba como mera espectadora de la actividad de sus hijos.

Al reflejarle este aspecto, la madre de Johan confirmó que son sus dos hijas las que se encargan del cuidado del niño, esto debido a que ella tenía que trabajar desde que se separó del señor Juve, ya que éste se negaba a apoyarla económicamente.

Respecto a los aspectos emocionales, el juego denotaba contenidos depresivos no sólo en la madre, sino asimilados por los hijos a través de la interacción familiar, así cada miembro a su manera se disociaba de su realidad sin hablar de sus emociones.

Al preguntarle, la señora Gabriela refirió que ante las dificultades con el esposo, evitaba hablar del tema para no preocupar o involucrar a sus hijos. Sin embargo, estos (quienes estaban presentes) informaron que estaban al tanto de los conflictos y de lo triste y enojada que en ocasiones estaba su madre por dichas situaciones. Del mismo modo, tanto Johan como Bere y su hermana mayor presentaban evasión de la expresión de enojo y tristeza.

### **5.13 Evaluación psicológica de los padres**

Se pudieron observar dificultades emocionales y cambios abruptos en el estado de ánimo de su madre. De igual manera, según lo referido por la señora Gabriela, el papá de Johan tenía un comportamiento particular con sus hijos, que estaba relacionado con lo que él había vivido en su infancia. Dichas características fueron referidas por la madre del menor e igualmente surgieron en los resultados de la evaluación, lo cual despertó el interés por conocer un poco más las características de personalidad de los padres y sí existía una relación de estas con la sintomatología de Johan.

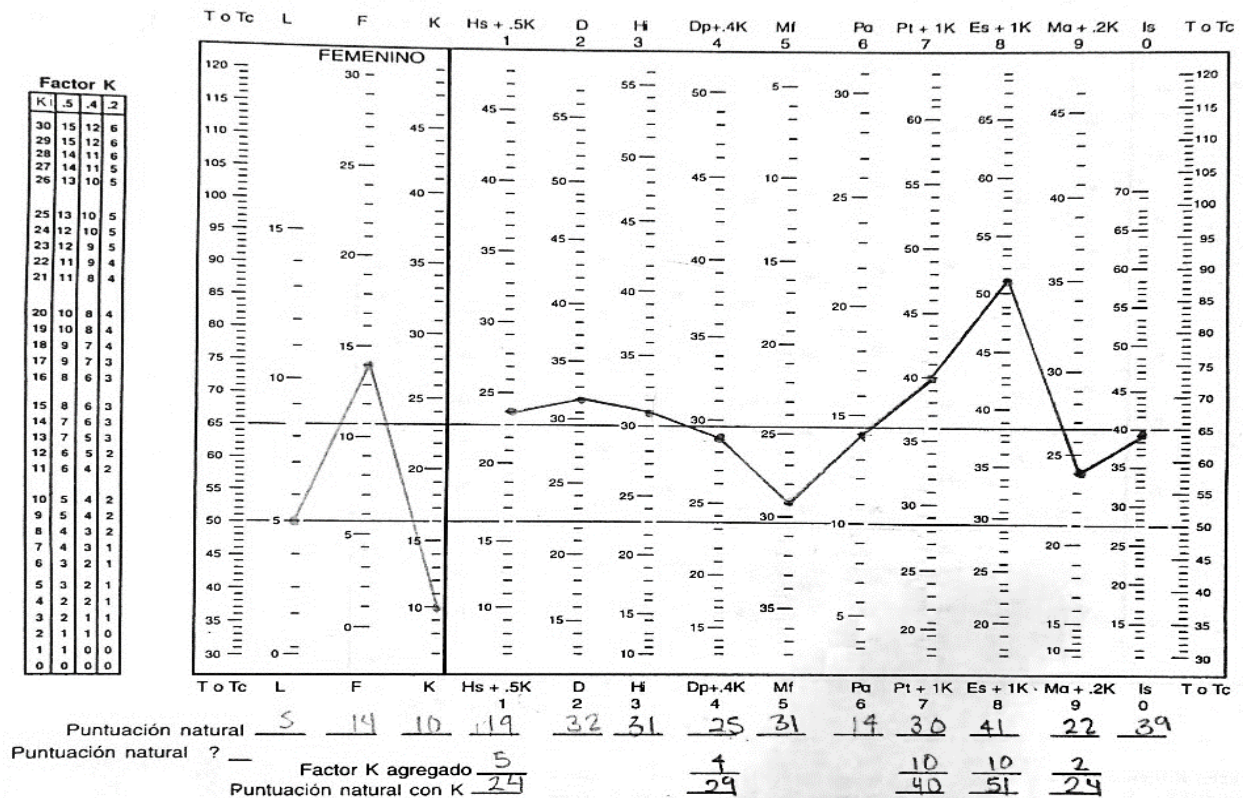
Esta evaluación en un inicio contemplaba la aplicación del MMPI-2 y del Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Karen Machover, a ambos padres. Sin embargo, sólo en el caso de la madre de John fue posible, ya que su padre afirmó no tener suficiente tiempo y no saber leer ni escribir, por lo cual sólo realizó los dibujos de la Figura Humana.

A continuación se presentan los resultados de la breve evaluación realizada a los padres de Johan.

#### **5.13.1 Madre de Johan**

Debido a las descripciones y observaciones en las sesiones que se habían realizado con la madre del menor, se decidió evaluar su estado afectivo, para tener certeza de cómo estaba afectando el desarrollo del paciente. Para esto se aplicó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 creado por **Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer** en su versión en español. Para su interpretación se utilizó el texto de Emilia Lucio Gómez-Maqueo y María Ivonne León Guzmán (2003).

Según la interpretación propuesta por esta autoras, el perfil obtenido en la aplicación del MMPI-2 fue 8"7'213604+95/ F'L/K#.



En la interpretación de la combinación de las escalas de validez del MMPI-2, se encontró que los resultados debían ser interpretados con precaución, debido a que existía cierta tendencia a responder al azar o dificultades para comprender el contenido de la prueba.

Se trataba de una persona que frecuentemente reaccionaba de manera exagerada ante las dificultades de la vida. Ante estos problemas se presentaba con poca capacidad de planeación y sentido de autosuficiencia. Lo cual, la hacía vivir en un estado de tensión constante, reaccionando desproporcionalmente ante las situaciones difíciles. De igual manera, presentaba múltiples quejas físicas, falta de energía, incapacidad para concentrarse e insomnio.

Era una persona, que tendía a centrarse en sí misma, por lo cual, se mantenía cautelosa, distante y temerosa de ser rechazada en la interacción con los demás. Cuando percibía que era traicionada por alguien, se mantenía resentida por largos periodos. Debido a su egocentrismo, se centraba en sus necesidades, manteniéndose distante y enfascada en sus propios sentimientos y temores. Al

no percibir claramente el papel que juega su comportamiento en las situaciones que vivía, ella siempre se veía a sí misma como la víctima de las circunstancias.

Además se detectó que Gabriela, era una persona que continuamente se sentía derrotada y presentaba constantes pensamientos autodevaluatorios. Admitía la presencia de sentimientos de tristeza y poca confianza en sí misma para sobrellevar las dificultades de su vida diaria. Se percibía como inadecuada, insuficiente y tendía a autoreprocharse continuamente sus fallas o desatinos. Al no sentirse capaz de cambiar su situación actual, se mantenía angustiada, con constantes sentimientos de miseria, desdicha, con miedo al fracaso e incapaz de resolver sus dificultades sin el apoyo de los demás.

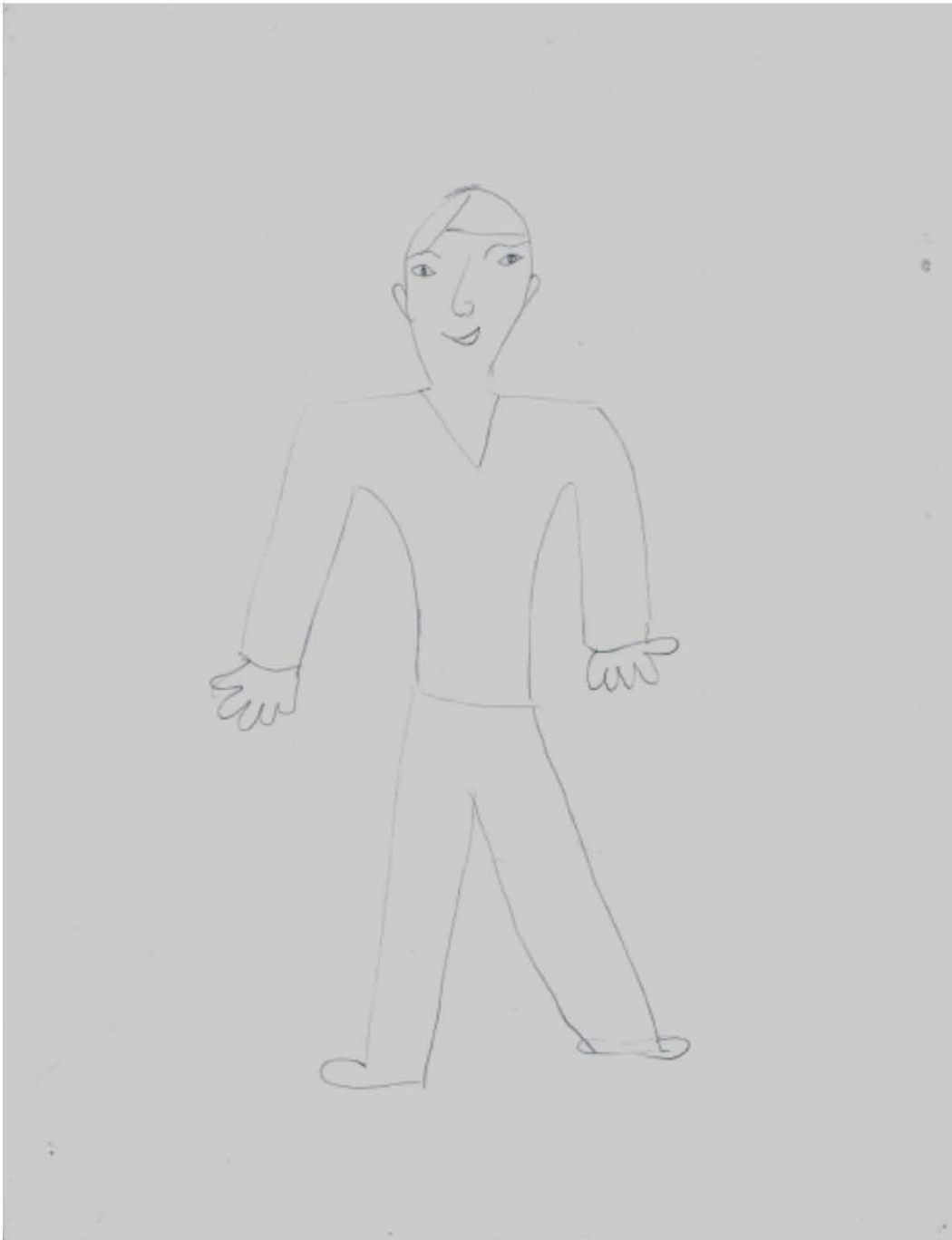
De igual manera se aplicó el **Test del dibujo de la Figura Humana** que se interpretó con los indicadores de **Karen Machover**. Este arrojó resultados similares a los obtenidos en las diversas entrevistas con la madre del menor y el MMPI-2

Los rasgos del dibujo muestran que la señora Gabriela presentaba sentimientos de constricción surgidos del ambiente, acompañados de acciones o fantasías sobrecompensatorias, agresividad y tendencia a su descarga en el entorno. También existían aspectos que indican falta de energía, depresión y poca iniciativa.

Se trataba de una persona emotiva, centrada en ella misma y dependiente que sentía la necesidad de tener un hogar estable y seguro. Percibía un futuro poco esperanzador.

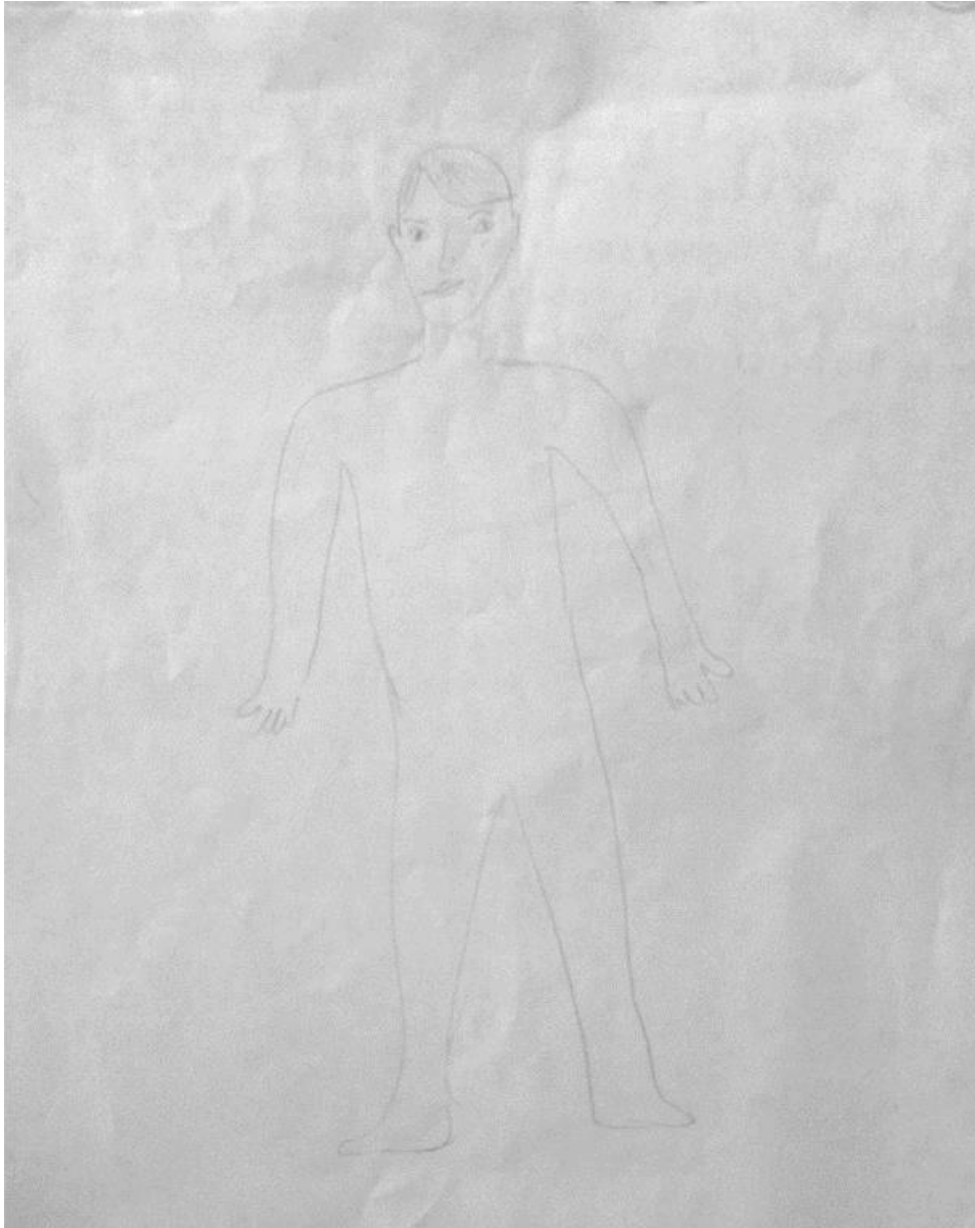
La descripción de ambos dibujos, así como el hecho de que los dos sean varones, coincide con los conflictos y el tipo de relación que mantenía con las figuras masculinas en ese momento. Por un lado, describe a un personaje que pese a tenerlo todo, no obtiene logros en su vida y el otro, que pese a las adversidades, consigue salir adelante. Estas descripciones se relacionan con la forma en la que percibía al señor Juve y a la relación e idealización que mantenía con un excompañero de la escuela, respectivamente.

**Figura 5. Test de la figura de la figura humana de Karen Machover aplicada a la Sra. Gabriela (mamá de Johan)**



*“Ronald fue un niño que vivió en la comodidad Rodeado de su familia nunca le enseñaron a Ser responsable creció sin saber de responsabilidad a hoy trabaja sin ver ni tener un futuro Prometedor” (transcripción textual)*

**Figura 6. Test de la figura de la figura humana de Karen Machover aplicada a la Sra. Gabriela (mamá de Johan)**



*“Angel en su niñez fue un niño muy travieso rebelde siempre recibio reprimendas de su padre y aun así siguo de inquieto fue creciendo y lo metieron en escuelas para hombre a hoy en dia es un gran hombre trabaja de policía y a un futuro promete ser excelente en su trabajo y como ser humano” (transcripción textual)*



La forma de los dibujos, indicaban cierta tendencia a replegarse en sí misma, como evasión del contacto con el otro, dificultades en las interacciones con los demás; provocando deficiencias en las redes de apoyo.

Por otro lado, se observaban aspectos depresivos, como ensimismamiento y la contención de los impulsos, así como el rencor hacia la figura masculina, lo cual influía significativamente en la relación que Gabriela mantenía con su expareja y con su hijo varón (Johan).

### **5.13.2 Evaluación al Padre de Johan**

De igual manera se tuvo la oportunidad de tener una **entrevista** con el padre de Johan, así como la aplicación del **Test del dibujo de la Figura Humana** de **Karen Machover**, los cuales aportaron la siguiente información:

Tuvo poca disposición a acudir a la sesión y más aún a realizar el test, asegurando que no sabía leer, ni escribir y accediendo después de cierta resistencia.

Se trataba de un hombre que tendía a comportarse de manera egocéntrica, lo que lo llevaba a pensar sólo en sí mismo y sus necesidades, sin percibir ningún problema en la conducta de su hijo ya que únicamente se preocupaba por retomar la relación con su expareja, sin que en ello importara la relación con sus hijos.

Justificaba su falta de interacción con sus hijos con el “*no saber cómo ser padre*”, debido a su propia historia (huérfano de padre desde muy joven). Tenía una imagen de las mujeres como seres dedicados al cuidado de sus esposos e hijos, idolatraba la conducta de su madre como *una mujer que crió bien a sus hijos* y culpaba a la expareja y a sus estilos de crianza, por los problemas que presentaba Johan.

Los indicadores de Machover, destacan la presencia de rasgos propios de las personas alcohólicas, tales como el énfasis en la boca, líneas gruesas, vellosas y pesadas, que según ésta autora, se encuentran relacionados con temas de oralidad y ansiedad, agresividad reprimida, así como dependencia y ciertos rasgos de daño orgánico.

Se trataba de un hombre narcisista que en sus relaciones se mostraba dependiente e infantil. Cuando el exterior no cumplía sus deseos, tendía a aislarse en su propio narcisismo. Mantenía

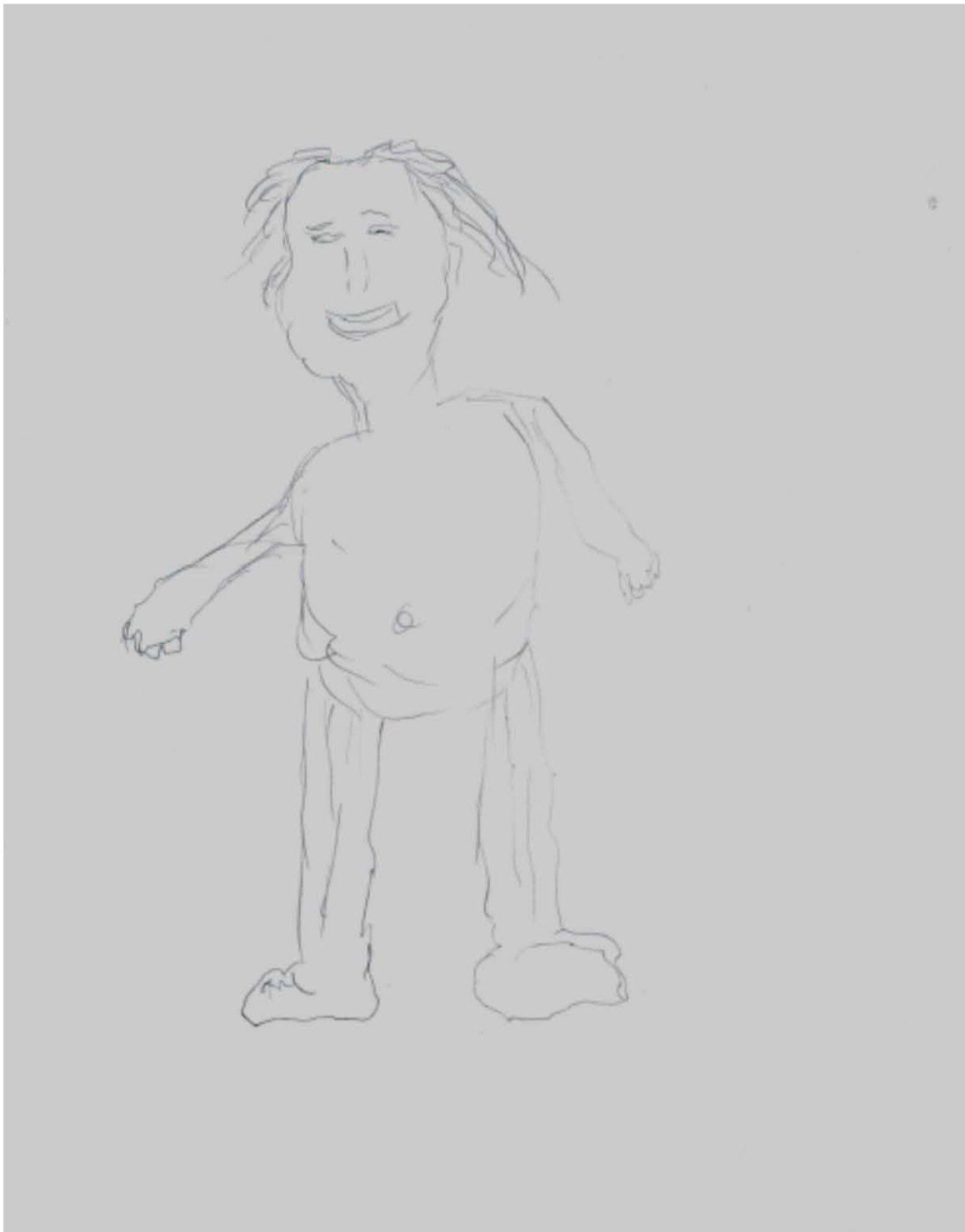
dificultades para coordinar sus impulsos y sus funciones intelectuales, mostrándose impulsivo y agresivo cuando no lograba lo deseado. Debido a sus características presentaba una deficiente adaptación social.

Los dibujos de una mujer (dibujada en primer lugar) y de un hombre, así como sus características, describen la forma en la que el señor Juve percibe su relación con su madre (y en general con el sexo femenino), para el cual, las mujeres deben dedicarse al cuidado de los hijos. Por otro lado, las necesidades de éstos sólo pueden ser satisfechas en relación con una mujer. De tal manera, se trataba de una relación idealizada que se basaba en el cuidado y atención que el hijo podía recibir de su madre.

**Figura 7. Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover (Mujer)**



**Figura 8. Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover (Hombre)**



El padre de Johan se negó a escribir historias, argumentando que no sabía escribir y no quiso relatarla, sólo comentó que su primer dibujo era de *una madre que era muy dedicada a su hogar*

*que había criado a sus hijos y que los quería mucho. Su segundo dibujo se trataba del hijo de su primer figura, el cual amaba mucho a su madre.*

#### **5.14 Conclusión de la evaluación de Johan y de sus padres**

Tanto los síntomas reportados por la escuela, como aquellos expresados por la madre de Johan y los resultados de la evaluación, indicaban que existían importantes factores emocionales que afectaban sus comportamiento, desarrollo cognitivo y por tanto su adaptación y funcionamiento en el entorno social y familiar.

Las dificultades, habían sido desencadenadas por las relaciones parentales poco estables, percibidas como inseguras y poco afectivas. Las situaciones personales y socioeconómicas de los padres, presentes antes de la concepción de Johan, provocaron severas afectaciones en la constitución psíquica del menor.

Respecto al motivo de consulta referido por la escuela, vemos que las fallas tanto a nivel de socialización como de aprendizaje, se debían a las dificultades para prestar atención por periodos largos de tiempo y las limitaciones para hacer contacto con la realidad de manera continua (no se descartó la posibilidad de afectaciones neurológicas). Por otro lado, los problemas de manejo del estrés y ansiedad producidos por el temor a ser abandonado por su madre, en un ambiente que le resultaba peligroso y dañino, así como aspectos depresivos ocasionados por el abandono emocional y físico que percibía por parte de ambos padres.

Ante la falta de un apego seguro, Johan se ensimismaba y retraía, lo cual dificultaba aún más la interacción con pares y el aprendizaje. Al no ser capaz de sentirse seguro presentaba serias dificultades para identificar sus emociones y externalizarlas.

Respecto a los padres y sus propias historias, vemos cómo el momento en el que nació Johan y las relaciones tanto familiares como de pareja que ya estaban presentes impidieron que Johan fuera deseado y atendido tanto física como emocionalmente. Las continuas ausencias de ambos padres, imposibilitaron que Johan desarrollara un apego seguro, por lo que vivía una ansiedad constante ante la separación de sus progenitores. Por otro lado, las situaciones tanto de pareja, como las económicas, dejaban con pocos recursos emocionales a los padres para mostrarse amorosos,

empáticos y tolerantes con su hijo e identificar sus necesidades y problemas que presentaba, lo que limitaba aún más el que Johan recibiera el apoyo requerido.

### **5.15 Impresión diagnóstica**

Desde la literatura psicodinámica clásica, fue posible entender el funcionamiento de Johan desde las llamadas *psicosis infantiles*, sin embargo en los manuales de diagnóstico como el DSM, no existe dicha clasificación y los diagnósticos que presentan, resultan insuficientes para describir el funcionamiento de Johan. De tal forma, decidimos entender el caso como un tipo de funcionamiento psicótico y no como un trastorno. Al conocer las circunstancias desfavorables antes y después del nacimiento de Johan, fue posible entender como dichas características habían impedido el establecimiento de un vínculo de seguridad y de afecto con sus progenitores, lo cual dificultó una integración psíquica saludable en el niño y dio por resultado el particular funcionamiento psíquico que encontramos al inicio de la evaluación. De esta manera, se estableció que Johan presentaba altos niveles de ansiedad que tendían a desorganizar su conducta y mantener un funcionamiento precario del psiquismo.

Por otro lado, se presentaban aspectos depresivos relacionados con el estado afectivo de su madre y con el abandono físico y emocional por parte de ambos progenitores, y con inadecuados estilos de crianza y socialización.

Además, presentaba dificultades de aprendizajes relacionados con: la falta de estimulación a la que había sido expuesto desde el nacimiento, las dificultades de Johan para hacer contacto con la realidad y mantenerse concentrado en las actividades, así como las intervenciones pedagógicas no adecuadas a sus necesidades. Estas características, aunadas a su dotación genética, hacían que su capacidad intelectual se encontrara en la categoría de *Debajo del promedio* de acuerdo con la media poblacional. Mostrando un rendimiento bajo en tareas que requerían de la comprensión del lenguaje, la percepción y manipulación de objetos. Mientras que su desempeño fue promedio en las tareas que implicaban conocimiento de palabras y formación de conceptos verbales, memoria a largo plazo, percepción y comprensión auditiva, así como en las que requieren procesamiento de la información visual y razonamiento en tareas visuales cortas.

## 5.16 Tratamiento/focos terapéuticos y sugerencias

Debido a las características del caso, se trabajó con la siguiente propuesta de tratamiento:

- Tratamiento psicoterapéutico una vez por semana bajo un modelo psicodinámico.
  - Trabajar a través del juego para permitir la expresión de ansiedades, miedos y contenidos inconscientes.
  - Permitir la expresión de emociones (miedo, enojo, tristeza, etc.).
  - Promover la organización del pensamiento.
  - Facilitar el manejo de la ansiedad.
  - Promover el contacto con la realidad y la interacción con el otro.
  - Establecer un clima de seguridad y aceptación para Johan.
- Trabajar con ambos padres (si no era posible trabajar con ambos, sólo se trabajaría con su madre) cada 4 sesiones aproximadamente.
  - Favorecer el reconocimiento de su estado de ánimo y cómo éste afectaba el desarrollo de sus hijos.
  - Motivar a la madre del menor para recibir tratamiento psicológico y psiquiátrico.
  - Seguimiento de los cambios producidos en Johan y en su ambiente familiar.
  - Favorecer el ajuste en estilos de crianza e interacción madre e hijo y padre e hijo.

Una vez realizada la presentación del caso, así como los resultados obtenidos de la evaluación psicológica realizada tanto con Johan como con sus padres y establecidos los focos terapéuticos de la intervención, en el siguiente capítulo se describe como fue el proceso de intervención con el niño.

## CAPITULO 6. INTERVENCIÓN

### 6.1. Diseño del proceso de intervención

La intervención psicológica tuvo una duración total de 52 sesiones, de las cuales 15 estuvieron destinadas para la evaluación psicológica de Johan. Respecto a la intervención, consistió 37 sesiones, de las cuales 6 se llevaron a cabo con la madre de Johan y 1 con su padre, debido a su poco interés por participar en la terapia de su hijo y la negativa de la señora Gabriela de que él acudiera.

Es importante resaltar que en el presente caso, hubo una gran cantidad de inasistencias. En la fase de evaluación, de las 15 sesiones, tuvieron 6 faltas. Mientras que en la intervención, cancelaron 10 ocasiones. La madre expresó diversas razones para no asistir, principalmente debido a dificultades económicas, actividades escolares (exámenes y excursiones) y de enfermedad de la madre o del menor.

Tanto las sesiones de evaluación, como las de intervención, se realizaron una vez por semana, con una duración de 50-60 minutos cada una. Las sesiones con los padres se programaron de acuerdo a los avances o retrocesos percibidos en John durante el proceso terapéutico.

Cada sesión de intervención tanto con los padres como con el menor, fueron audiograbadas y utilizadas para su posterior análisis. Todo ello con previo consentimiento informado de Johan y de su mamá.

Con la finalidad de hacer más comprensible el proceso terapéutico de Johan, las sesiones fueron agrupadas en distintas fases. Los nombres asignados corresponden a los principales temas abordados en cada fase y al uso de ciertos materiales.

Tabla 18. *Fases de la intervención con Johan*

Fase 1	Fase inicial del tratamiento. Caja de juego
Fase 2	Fase de expresión motora: Juegos motores y vibración
Fase 3	Fase de confrontación: Expresión de la realidad
Fase 4	Fase de contención: Exigencia a los padres y cierre



Para el análisis de las sesiones, se consideraron las siguientes dimensiones

Tabla 19. Dimensiones analizadas en cada fase del tratamiento de Johan

Dimensiones	Indicadores
Materiales y tipo de juego	<p>Se refiere al espacio, materiales, juguetes y tipo de juego utilizados por el niño durante la sesión y que le permiten expresar pensamientos, sentimientos, experiencias, miedos, etc.</p> <p>Respecto al tipo juego, en este apartado se realizará una evaluación de las dimensiones evolutivas e interpersonales propuestas por Dio Bleichmar (2005), esta autora considera la verbalización y comunicación, organización del juego e impulsividad, concentración y dispersión, actividad, ritmo y consecución de meta, uso del medio, variación y rigidez, lógica del pensamiento como elementos evolutivos. Mientras que el contacto visual, la actitud corporal, la adecuación a una situación nueva, tono emocional, la capacidad de comunicación y empatía (adecuación de su conservación, tipo de lenguaje), respuesta al elogio, a los límites e interés en el entrevistado forman parte de su dimensión interpersonal.</p>
Contenido simbólico	<p>Se trata de aquellas temáticas que son expresadas de forma directa durante el juego de menor. Según Dio Bleichmar (2005), el juego simbólico se correlaciona con el desarrollo de la función semiótica o de la capacidad de simbolización. Este proceso de imitación es uno de los pilares del desarrollo emocional y cognitivo, está motivado y responde a la dinámica afectiva que configuran los procesos identificatorios. En el juego simbólico, el juguete deja de ser lo que es, para tomar forma de lo que el sujeto desee. El juguete se usará en una narrativa, que expresa deseos, expectativas o temores. Es un tipo de juego que expresa las realidades subjetivas o de reproducción de experiencias vividas por medio de representaciones simbólicas. Tiene valor narcisista porque el niño se adueña de los significados y distribuye a su antojo. También permite que el niño ensaye los roles sociales y relaciones interpersonales que le esperan. Una combinación entre subordinarse y someterse a dichos roles.</p>

Transferencia y contratransferencia	<p><i>La transferencia consiste en pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas actuales de una persona que no le corresponden a esa persona, sino que son la repetición de reacciones formadas respecto a personas importantes de la primera infancia, convertidas inconscientemente en figuras actuales. Las dos características sobresalientes de la transferencia son la repetición y la impropiedad (Greenson, 1990, citado en González, 2002, p. 334).</i></p> <p><i>La contratransferencia es una distorsión inconsciente que se caracteriza por ser una relación de objeto específica. Consiste en proyectar sobre el paciente sentimientos que no le corresponden, sentimientos que en realidad el analista sintió hacia otras personas en el pasado y ahora son transferidos hacia el paciente. Tal distorsión inconsciente se caracteriza por ser una repetición del pasado (Kemper, 1972, citado en, González 2002, p. 339)</i></p>
Mecanismos de defensa	<p><i>Son mecanismos que se forman dentro del Yo con el objeto de reducir la angustia, controlada y lograr el equilibrio perdido, ya sea por la irrupción de una pulsión o de un estímulo externo. También tratan de resolver las dificultades existentes cuando desavenencias entre las pulsiones en conflicto y sobre todo, buscan aliviar tensiones internas (González, 2002, p. 119)</i></p>
Trabajo con los padres	<p>Se refiere a las temáticas abordadas con uno o ambos padres respecto a las dificultades o avances de su hijo, así como a la orientación proporcionada a los mismos, con el fin de facilitar el proceso terapéutico del menor.</p>
Dimensión psicoanalítica	<p>Involucra los significados inconscientes detrás de las expresiones manifiestas y que representa los verdaderos significados, deseos, pensamientos y vivencias, que buscan expresar a través del juego. Dio Bleichmar (2005) refiere que para analizar esta dimensión, es importante analizar las temáticas de las narrativas, dinámica de juego (roles y la estabilidad de las representaciones), relaciones amigables y destructivas, héroes o personajes importantes, relación entre grado, amplitud y adecuación de sentimientos y contenido, respuesta ante la angustia, juego participativo o solitario y el uso de juguetes (si se utilizan según su iconicidad o no).</p>

## **6.2. Proceso psicoterapéutico**

El presente estudio de caso, expondrá el análisis de cada una de las fases mencionadas en la sección anterior. Su análisis seguirá la siguiente secuencia; se identificarán los materiales utilizados, el contenido manifiesto y latente, los mecanismos de defensa utilizados por el menor, así como el trabajo realizado con los padres.

Por último, se presentarán una serie de viñetas clínicas extraídas de las sesiones realizadas con Johan. La selección de las mismas fue realizada con el fin de exponer momentos que resulten ilustrativos del proceso terapéutico.

---

### **6.2.1. Fase inicial: Caja de juguetes (sesión 16-23)**

---

- **Material y tipo de juego**

Cabe destacar que de la sesión 1 a la 35, el trabajo se realizó en coterapia, dentro de una Cámara de Gesell con supervisión directa de las sesiones. El espacio con que se contaba era amplio, con sólo un par de sillas y con un espejo que cubría más de la mitad de uno de los muros. Durante esta fase, nos sentamos sobre tapetes de Foami colocados en el suelo y ahí jugamos (las terapeutas y Johan).

Los materiales que se incluyeron en la caja de juguetes, fueron los que propone Aberastury (1962), para la satisfacción de las necesidades de un niño y facilitar el proceso psicoterapéutico. Dicha caja contenía: cubos de madera de colores, carritos, muebles de casa (cocina, recámara, baño, sala), figuras de animales (domésticos y salvajes), así como de plantas y árboles de plástico, personas en miniatura (niños, niñas, mujeres, hombres y un bebé), juego de té, play doh, pelota de espuma pequeña, colores, trozos de tela, crayolas, tijeras, resistol, hojas blancas y de colores, además de una pequeña moto.

Respecto a la dimensión evolutiva, en ocasiones Johan intercambiaba algunas palabras con las terapeutas, sin embargo, no era capaz de mantener una conversación fluida con nosotras. Algunas veces, sólo contestaba a las preguntas que se le hacían o pedía ayuda, fuera de lo cual no mantenía iniciativa para comunicarse. No obstante, cuando comenzaba a jugar, la mayoría de las veces

hablaba solo, modificando el volumen, el ritmo y el tono de voz. Aunque lograba iniciar algún tipo de juego, luego de unos momentos comenzaba a ensimismarse y a pesar de que parecía que hablar con nosotras, no esperaba a que le respondiéramos. En esta primera fase, sus juegos nunca fueron organizados, no había un objetivo ni una secuencia coherente, por lo cual, resultaban difíciles de entender y aún más de seguir.

Su juego consistía en acomodar los juguetes, sin llegar a jugar propiamente con ellos y las ocasiones que lograba hacerlo, era por pequeños periodos que finalizaban de manera abrupta y que lo llevaban a saltar a otro juego no estando relacionados. Respecto a su capacidad atencional, Johan difícilmente podía prestar atención a lo que le decíamos, (y en ocasiones no quería) por lo que era necesario, parar el juego y pedirle que nos mirara a los ojos mientras le hablabamos, no obstante continuaba presentando dificultades para seguir nuestro discurso y entender en su totalidad lo que le indicábamos.

Respecto al espacio, vimos que a pesar de la cantidad de juguetes y del espacio con el que contábamos, Johan se centraba en el contenido de la caja, sin moverse en el espacio en el que estábamos. De igual manera los juguetes que tomaba en esta primera fase, eran casi siempre los mismos; un par de muñecos, plastilina, cubos de madera y el “*monstruo marino*”.

En estas sesiones, aunque comenzaba jugando con las terapeutas, al poco tiempo comenzaba a jugar solo, hablando o preguntando, para contestarse él mismo (como si fuera otra persona), manteniendo un discurso incoherente o repitiendo diálogos de programas de televisión.

Respecto a la dimensión interpersonal, Johan mantenía nulo contacto visual con nosotras, lo cual, estaba relacionado con sus dificultades para mantener la atención en un tema determinado. Johan no nos veía a los ojos, salvo en los breves periodos en los que le pedíamos que lo hiciera y generalmente cuando jugaba, evitaba el contacto visual.

En los primeros juegos de Johan no había acercamiento físico o éste era nulo, casi siempre se sentaba a jugar en los tapetes y cuando no le gustaba lo que le decíamos comenzaba a girarse de manera que en algunas sesiones terminaba dándonos la espalda a ambas o a una de las terapeutas (generalmente a mi).

Su tono emocional, oscilaba a lo largo de la sesión, dependiendo de lo que jugaba, mientras los personajes comían, Johan se mantenía sereno, sin embargo, cuando se presentaban situaciones que

le generaban entusiasmo o ansiedad, cambiaba la voz, gritaba y comenzaba a mover su cuerpo. Respecto al interés que Johan mantenía en nosotras, éste, se encontraba limitado a sus necesidades, es decir, él buscaba interactuar con nosotras, cuando requería nuestra ayuda, necesitaba algún material, tenía alguna pregunta (como cuando finalizaría la sesión) o cuando requería que lo ayudáramos a jugar.

Durante esta primera fase, se buscó establecer un entorno de confianza, seguridad y aceptación para el niño, ya que para Johan era difícil concentrarse en el juego, sin estar preocupado por la ausencia de su madre.

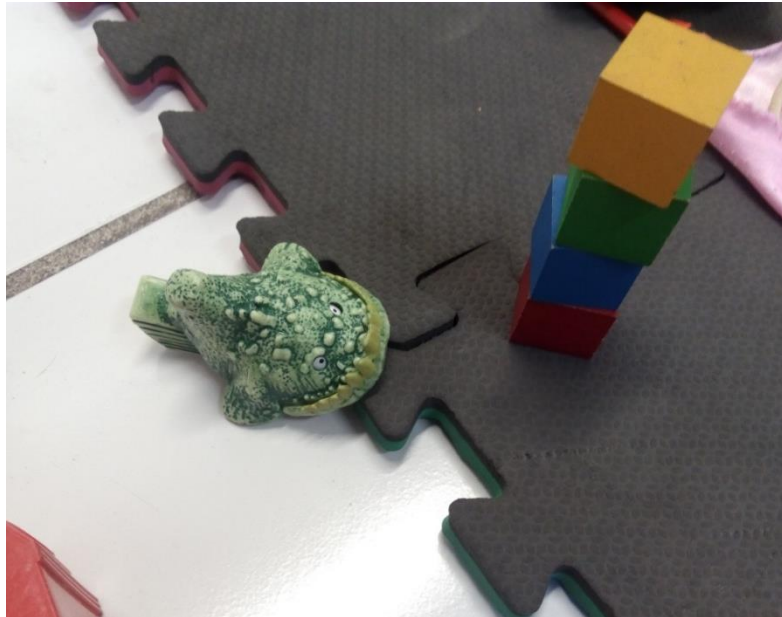
- **Contenido simbólico**

Incluyó distintos juegos que se repitieron a lo largo de las sesiones con pocas variaciones:

Fue constante, la acomodación de los muebles, representando una casa, en la cual insistía en la presencia de mesa, varias sillas y personas. La familia, estaba integrada comúnmente por un padre, una madre y varios hijos, los cuales se sentaban en la mesa a esperar su comida, que en ocasiones llegaba y en otras no. Los miembros de esta familia, no interactuaban y comúnmente cada uno realizaba actividades independientes del otro o simplemente permanecían dormidos.

Al representarse en un muñeco que huía de un “*monstruo marino*”, Johan expresó sus miedos de manera reiterada, su necesidad de ser ayudado, así como la percepción de un ambiente que le resultaba peligroso y en el cual no tiene control. Igualmente manifestó sus necesidades orales, relacionadas con el cuidado, alimentación y protección por parte de sus padres a través de la “*preparación de alimentos*”.

**Figura 9. El “monstruo marino y los cubos”**



Por otro lado, Johan insistía en el juego con cubos, que tomaban diversas funciones. En un principio consistía en la ubicación de éstos en forma de torre, más tarde tomarían otras formas como personas, animales, castillos, casas, por mencionar algunos.

A lo largo de esta fase, por diversas situaciones Johan comenzaba a mover su cuerpo en una especie de temblor corporal, principalmente piernas, pies, manos y brazos. Esto sucedía ante situaciones que aparentemente le generaban felicidad o entusiasmo.

- **Transferencia y contratransferencia**

La relación entre los tres participantes (las coterapeutas y el menor), evidenció la re-edición de ciertas pautas de interacción presentes en casa. En las sesiones, cada una de las terapeutas representaba, por un lado a aquella madre idealizada en el imaginario del menor (la madre que atendía, la que cuidaba) y por otro lado, aquella madre con la que era difícil interactuar y que se mantenía distanciada emocional y físicamente.

También se pudo observar que el acercamiento de Johan a las terapeutas en situaciones que le provocaban ansiedad o temor, implicaba la búsqueda de aquella madre que acepta y que cuida de manera incondicional.

Desde las primeras sesiones con John, siempre hubo una dificultad constante para comprenderlo, para saber lo que necesitaba. Incluso el deseo de permanecer a su lado era limitado,

debido a su tendencia a hablar solo, a ensimismarse, su poca coherencia en el discurso implicaba y requería de las coterapeutas un fuerte esfuerzo cognitivo para intentar entender y seguir el discurso del menor.

Respecto a la madre, encontramos que en un inicio nuestra reacción hacia ella fue de molestia, despertó en nosotras sentimientos de enojo, de reproche respecto al cuidado y el estado en el que en ocasiones llegaba a tener a su hijo sobre la incapacidad para “*verlo*” y atenderlo. Estas fueron nuestras primeras emociones y sentimientos hacia ella, pero a lo largo de las fases, esta percepción se fue modificando al conocer e interactuar con la familia, y contextualizar su estado emocional y circunstancias de vida.

- **Mecanismos de defensa**

- ❖ Escisión. El ejemplo más claro de ello se plasmó en la relación con las terapeutas. Johan tenía dificultades para observar las cualidades “*buenas y malas*” de una persona, por el contrario, necesitaba ubicar dichas características por separado. Por ello, mantenía acercamientos distintos con cada una de nosotras, por lo cual, depositaba dichas características según la situación o el estado emocional de él.
- ❖ Negación. Cuando a Johan se le confrontaba con la realidad, por ejemplo el hecho de que su mamá era descuidada con él, que a veces no tenía ganas de hacer nada, que no pasaba mucho tiempo con él o que había veces que estaba enojada con él sin razón. El simplemente dejaba esas situaciones, como si no existieran, debido posiblemente a lo doloroso de ello.
- ❖ Desplazamiento. Respecto a las necesidades afectivas que mantenía Johan, estas las trasladaba y satisfacía dichas necesidades en su hermana. La cual se mantenía dispuesta a hacerlo, a pesar de su edad.
- ❖ Asilamiento. Cuando Johan permanecía solo o cuando evitaba hablar de algunos temas se “*desconectaba*” y comenzaba a ensimismarse y dejar de responder a la realidad externa (lo que su madre denominaba “*estar en su mundo*”)
- ❖ Proyección. Los contenidos persecutorios y los sentimientos de inseguridad que percibía Johan los sacaba de sí y los colocaba en juguetes, en fantasías o en juegos que no tenían relación con él, salvo la constante persecución que sufrían los personajes y el estado de ansiedad en el que se encontraban de manera constante.

- **Trabajo con los padres**

Con la madre de Johan, se comenzó a tocar el tema respecto a su propio estado de ánimo, ya que en muchas ocasiones parecía que en lugar de buscar ayuda para su hijo, buscaba que terceras personas cuidaran a Johan, quitándole responsabilidades que sentía no podía cumplir. Durante ésta primera fase, el trabajo con la madre de Johan se encaminó a abordar cómo los aspectos depresivos de ella, afectaban a sus hijos y además la manera en que la falta de estructura y los buenos hábitos de higiene y alimentación estaban relacionadas con la incapacidad para hacer contacto emocional con las necesidades de su hijo, así también, la confusión de vínculos y papeles de los miembros de la familia, producían ansiedades en sus hijos y cómo estos aspectos influían en el desarrollo.

Adicionalmente, se concientizó sobre el cómo es que las continuas peleas con el padre del menor, tenían influencia en el avance o estancamiento del proceso terapéutico de Johan, por lo cual, se le invitaba a mantener una relación cordial con su ex pareja. Esto con el fin de llegar a acuerdos para la convivencia con sus hijos, ayudarles económicamente, etc.

De igual manera, respecto a las inasistencias, se comunicó la necesidad de la continuidad en su presencia y se hizo un reajuste de cuota, debido a que el padre del menor no proporcionaba un apoyo económico y por lo tanto, la señora en ocasiones no tenía dinero para acudir a las sesiones.

Respecto al padre de Johan, en esta etapa no fue posible contar con su asistencia, debido a la renuencia de la señora Gabriela para involucrarlo en el tratamiento, ya que mencionaba que cualquier acercamiento con el menor siempre se encaminaba a intentar establecer una relación de pareja nuevamente, a lo cual ella se negaba. También se hipotetizó si esto tenía un trasfondo diferente al planteado por ella, como el hecho de que las visitas estuvieran condicionadas a recibir o no el apoyo económico de él.

- **Dimensión psicoanalítica**

Como Mahler (1977) lo explica, para que un niño alcance la independencia, requiere de la constancia de objeto, es decir, que durante las etapas tempranas de desarrollo el bebé debe sentirse seguro y confiado en que sus necesidades y tensiones serán satisfechas por su madre. Sólo cuando la figura materna es constante en su cuidado hacia el menor, permite que el niño desarrolle una imagen interna confiable que se mantiene relativamente estable aún en ausencia física de su mamá. Por tanto, si recordamos que Johan había recibido tanto cuidado como afecto ambivalente, es



posible explicar las deficiencias en el desarrollo de la constancia objetal y comprender que Johan necesitara la presencia física de su madre para “*saber*” que ella estaba ahí. Por tanto, una de las primeras tareas que tuvimos con Johan, consistió en “*ser consistentes en nuestra presencia, cuidado y aceptación de sus dificultades*” (recordemos que su madre se encontraba frustrada por la conducta del menor, amenazándolo, castigándolo y golpeándolo) lo que permitió que se estableciera un ambiente de seguridad, lo que ayudó a que la ansiedad por no tener presente físicamente a su madre, disminuyera.

En esta fase, se observaron dificultades referentes al proceso separación-individuación, lo cual, estaba muy relacionado con la poca capacidad de la señora Gabriela para proveer de seguridad a su hijo (debido a los conflictos económicos, familiares, de pareja y a su propio estado psicológico). Ante esto Johan percibía un ambiente amenazante y peligroso que, le impedían pasar las ya mencionadas fases del proceso establecido de independencia. Como Mahler (1977) escribe, para que un niño logre dar inicio a su independencia a través de la experimentación motora, es necesario que el menor perciba que luego de su exploración podrá regresar a la seguridad que provee su madre.

Por otro lado, se comenzaron a hacer frecuentes los contenidos persecutorios relacionados con la percepción de una realidad exterior, que provocaba principalmente: 1) la tendencia a evitar hacer contacto con la realidad externa o a perder el contacto con ésta, una vez que lo embargaba la angustia y 2) utilizar la fantasía como forma de expresión de los elementos persecutorios producidos en la fase esquizoparanoide.

La necesidad y constante búsqueda de contacto corporal tanto con su madre (siendo rechazado), en otras figuras (como su hermana) o en las terapeutas, evidenciaban la necesidad de comunicarse y de recibir contacto físico, que le permitiera reafirmar su propia existencia, su corporalidad, así como reasegurar el interés de las figuras parentales para cubrir sus necesidades afectivas y emocionales.

Como indica Dio Bleichmar (2005) el juego en el niño permite la expresión de las experiencias vividas por medio de representaciones simbólicas. En este caso, el uso de los muñecos articulados (play mobil) facilitó que Johan recreara situaciones de la vida cotidiana dentro del hogar del menor. Sus juegos consistieron en acomodar muebles de casa, sentaba a todos los miembros de la familia (sin padre) a la mesa, decía que la madre preparaba comida, comúnmente todos comían y se

dormían, no hablaban entre ellos y no había ninguna actividad que realizarán conjuntamente, salvo sentarse a la mesa juntos. Evidenciaron la ausencia paterna y la ambivalencia en las atenciones de la madre, debido a los aspectos depresivos de ella. Estas características hacían que el menor percibiera que sus necesidades no eran cubiertas, lo cual lo llevaba a negar esta realidad e idealizar la relación materna, buscando de manera constante el contacto físico con ella (aunque era rechazado) y así evitar darse cuenta de las deficiencias en los cuidados parentales.

Klein (citada en Segal, 1994) utilizó el término pecho bueno o ideal y el pecho malo o persecutorio para referirse a las características de los objetos totales. En el caso de Johan, el menor escindía las características “*buenas*” y “*malas*” de su madre, colocándolas como aspectos separados, brindándole afecto y buscando los cuidados del “*pecho bueno*” y evitando reconocer las emociones negativas hacia ella. Este patrón se repitió en la relación las terapeutas, ya que en una de ellas buscaba consuelo y atención y se mantenía distanciado y en ocasiones enojado con la otra.

Johan tendía a refugiarse en la fantasía cuando la realidad le parecía frustrante. Esto lo pudimos observar cuando se hablaban de diferentes aspectos como el enojo, la necesidad de que su madre estuviera presente en su vida, la ausencia de su padre y su soledad. En estos casos, Johan tendía a evadir los temas y a ensimismarse en su juego (hablando solo, dejando de percibir e interactuar con el otro y a dejar de prestar atención).

- **Sesión típica de la primera fase de tratamiento**

A continuación se presenta la transcripción de la sesión 17 del proceso (1 de intervención), la cual corresponde a la sesión 1 de intervención, así como un breve análisis de los fragmentos más significativos de dicha sesión. Se utilizarán las letras Z (Zalma) y M (Michelle) para indicar el diálogo de la terapeuta y co-terapeuta respectivamente, mientras que la letra J indicará lo expresado por Johan:

Luego del periodo vacacional y de que se realizara la devolución de resultados. Johan se presentó a sesión con su madre, con la que se estableció un reencuadre, se acordó el reajuste de cuotas y la necesidad de disminuir al mínimo las inasistencias del menor. Johan llegó con su madre media hora antes de la hora acordada. Cuando salí por él, sonrió y corrió hacia mí para entrar al centro. Le pregunté cómo había estado y me dijo “*bien, traje un juguete*”, le pregunté qué era y me dijo “*ahorita te lo enseñaré*”. Al ingresar al cubículo, comenzó a hablar de la torre que quería construir para su hermana (refiriéndose a lo que jugaría al

iniciar la sesión). Ese día, la caja de juguetes no estaba aún, por lo que, una de las terapeutas fue a buscarla, mientras la otra platicaba con Johan. Nos sentamos en los sillones del cubículo y Johan dijo:

**J:** Necesito bloques

**Z:** ¿Para tu hermana?

**J:** Sí, para jugar

**Z:** Oye Johan, ¿vas a ir a la escuela hoy?

**J:** No

**Z:** ¿Fuiste ayer?

**J:** No

**Z:** ¿Por? (comenzó a hablar, aunque no se entendió lo que dijo)... ¿Si fuiste?

**J:** No, porque me dan miedo todos

**Z:** ¿Qué te da miedo?

**J:** Me da miedo... mira lo que traigo (sacó de su mochila roja)...Mira es Wolverine, me lo compraron en la juguetería

**Z:** Oye que padre... y ¿qué te gusta de él?

**J:** Me gusta... (habló en voz baja por un par de segundos)... Me gusta que rasguñe

**Z:** ¿Te gustaría rasguñar?

**J:** Para tener unas garrillas como Wolverine

En este breve fragmento es posible observar dos cosas presentes en el funcionamiento de Johan en la primera fase de este proceso: 1) la confusión temporal que presentaba el menor y sus dificultades para seguir la coherencia de una conversación, lo cual estaba relacionado con las dificultades para interactuar con sus pares y 2) expresión de temores relacionados con las relaciones interpersonales, así como la necesidad de protegerse.

**Z:** Ok y que más cosas traes en tu mochila (se quedó mirando al vacío)... Jooooohan

**J:** ¿Qué?

**Z:** ¿Cómo que a veces te desconectas, no? (se quedó callado y no me ve a los ojos)... Oye y ¿te gusta venir a terapia?

**J:** Sí

**Z:** ¿Qué te gusta de venir?

**J:** Yo quiero que mi comida sea las salchichas

**Z:** Oye y ¿te gustan las verduras?

**J:** No, porque es muy ricas

**Z:** Entonces, ¿sí te gustan?

**J:** Sí

**Z:** Pero yo oí que sólo comes tortillas y queso

**J:** Y me gusta que rasguñe a todo el mundo porque tiene unos dedos muy filosos y saca luces

**Z:** ¿Está enojado?

**J:** No

**Z:** Sí no está enojado, ¿por qué rasguña?

**J:** Porque un villano lo enoja

**Z:** ¿Qué le hizo?

**J:** Un auto lo lanzó ahí al villano... se murió (bostezo)... ¿ya llegó?

**Z:** ¿Quién?

**J:** M (coterapeuta)... (se trataba de mi compañera, que traía los juguetes)

**Z:** No, a ver, ¿Quién soy yo?

**J:** M (nombre de la coterapeuta)

**Z:** no, Z (mi nombre)

Al igual que en el fragmento anterior, se observaron: 1) dificultades para identificar y expresar emociones relacionadas con el enojo, el temor y la tristeza, 2) restricciones para seguir el discurso establecido con las terapeutas (y según lo referido, con el resto de las personas que lo rodeaban) y saltos de un tema a otro, sin aparente relación.

**J:** Zalma... Yo quiero (bajó la voz y lo dijo en voz baja y ronca), mientras adoptaba una posición fetal... (frases en voz baja con la mirada perdida sin que se entienda lo que dice)

**Z:** A veces repites frases para que nadie te entienda

**J:** Sí

**Z:** ¿Por qué?

**J:** Porque...te quedaste con la cabeza de otro Wolvorine (distorsionó su voz y comenzó a adoptar una posición fetal)

**Z:** Ya te hiciste bolita

**J:** Ahhhh si (se sienta como estaba antes) y comienza a chupar a su muñeco insertándolo en su boca

**Z:** Oye ¿sabes de que me he dado cuenta? Te gusta mucho chupar las cosas

**J:** No me gusta

**Z:** Hace rato chupaste el sillón y cuando traemos los juguetes siempre los chupas o te los metes a la boca

**J:** Ya voy a guardar las cosas

**Z:** ¿Quieres colorear en lo que llega Michelle?

**J:** Sí... no... si (se queda callado)

**Z:** ¿Estás confundido?

**J:** Si (saco los materiales y le doy los materiales)

**J:** No voy a dibujar... voy a dibujar un dibujo para mi mamá (tomó los colores) un cielo... un... un... el sol está brillando sobre...

**Z:** Haber, dibuja todo lo que está en tu cabeza

**J:** Haber, encuentra el color amarillo (tocan la puerta para traer los juguetes. Johan se alegra y toma la caja de juguetes)

En el anterior fragmento, se hace evidente: 1) el ensimismamiento que Johan presentaba constantemente, el cual estaba acompañado de un cambio en el tono de voz, fluidez y contenido del discurso (generalmente diálogos de caricaturas) e incluso de su posición corporal, 2) al ser confrontado sobre el porqué de algunas situaciones, Johan reaccionaba evadiendo los temas o recibiendo la retroalimentación sobre su conducta y aceptando la confusión que sentía.

**J:** Me gusta jugar

**M:** ¿Cómo te fue en tus vacaciones, hace mucho que no nos veíamos, no?

**J:** Voy a abrirla... ay si... voy a abrirla.... No puedo... (le ayudamos a abrir la caja)

**J:** Me gustan los bloques... necesito el color verde

**Z:** Sí necesitas ayuda nos puedes decir que te ayudemos

**J:** ¿Me ayudan? (entre todos buscamos)

**Z:** Me gusta la plastilina

**M:** Aquí está el cubo

**J:** Ahora voy a la torre... la torre se está cayendo... voy a construir una torre de habichuelas

**M:** Es el juego que siempre juegas, con las habichuelas

**J:** ¿Que hay adentro (cofre de plástico)? (no contesta la pregunta, parece no haber escuchado)

**M:** ¿Oye y qué hiciste en vacaciones?

**J:** Hice lo que con otros bloques... voy a hacer una forma de esto... voy a hacer uno, el rojo

**Z:** ¿El otro cubo?

**J:** ¿Qué?... ¿Dónde está la moto?

**M:** ¿Qué te gusta de la moto?

**J:** Pasear... (Continúo revolviendo los juguetes de la caja). Hay muchas cosas de casita (encontró una taza del baño y la observó)... Voy a ponerla aquí... es una... es una... es una... es para el baño (utilizó una base de una chimenea y aseguró que es un carro. Colocó unos trozos de plastilina y dijo que es un carro para un pase. Su mirada se queda vacía por unos segundos y sólo cuando le hablamos reaccionó)

**Z:** Estábamos platicando Johan, ¿estás bien?

**J:** Qué falta.... Los compañeros.... Aquí tenemos un niño... otro niño... ¿Qué es esto? Es un balancín... vamos a probarlo

**M:** Oye, siempre acomodas de 4 en 4... cuatro personas, cuatro cubos

**Z:** ¿Quiénes son Johan? ¿Tu familia?

**J:** Sí, mi familia... voy a poner un bloque aquí... completa otra serie de 4 cubos... ¿qué es esto?... un helicóptero... lo pondré aquí... esto será la comida (toma un pedazo de plastilina que coloca en la mesa donde se encuentran sentados los miembros de la familia)

**Z:** ¿Tienen hambre?

**J:** Sí... esto ser aun *balancín*... lo pondré así (comienza a apretar los puños y a temblar)

**M:** Te emocionas... (detiene sus movimientos)

**J:** Necesito unas sillas... (tres sillas)... (observó una bañera y dijo)... Esta es para que se ponga aquí y salga la pipi y la caca

**M:** Pero ¿eso sería una taza del baño, no?

**J:** Ahora pondré esto aquí (comenzó a acomodar muebles de casa alrededor de la familia)

**Z:** ¿Así es tu casa, Johan?... (no contesta) Johhaaan...

**J:** ¿Eh?

**M:** ¿A veces hay que hablarte más, no?

**J:** Ajá

**M:** Oye Johan y ¿hoy desayunaste?

**J:** Sí

**Z:** ¿Qué desayunaste?

**J:** Todos están comiendo... ahora tienen que ir al baño... va y luego come... ya terminó ahora se lava las manos y está listo para comer. Ahora va al parque y ahí viene la moto, el niño va conducir

Se puede ver que Johan: 1) en varias ocasiones comenzó a hablar con nosotras, pero de un momento a otro comenzaba a hablar solo, sin prestar atención a nuestras reacciones, sí realmente le prestábamos atención o entendíamos su juego, 2) su estado de ánimo fluctuaba desde periodos de ausencia en los cuales no hablaba, ni mantenía contacto visual (mirada vacía) y se encontraba inmóvil físicamente, hasta un estado excitable, en el que su diálogo era acelerado y presentaba movimiento en piernas y brazos, 3) de igual manera mantenía dificultades en la articulación de palabras, llegando a repetirlas varias veces antes de poder continuar con su discurso (sobre todo cuando se encontraba en un estado de excitación).

**M:** Ese niño esta medio solo, ¿no?

**J:** Ahora juguemos a los animales... Mire algo... es una isla (isla de plástico), la pondremos aquí (volteó a ver a la bañera, la levantó y la vio, comenzó a hablar dirigiendo el cuerpo y la mirada a la bañera)

**Z:** Creo que le está hablando a la bañera, no a nosotras, a veces Johan le habla a las cosas que no le pueden contestar. Pienso que le pasa en casa también, se cansa de esperar a que le contestaran

**J:** No me dan miedo los gorilas... algo saleeeee, me pellizcaaaa (monstruo marino), le muerde el dedo y ¡ayy! ¡ayúdenmeeee! (se trata de un pez que tenía unos grande dientes y que continuamente aparecía en el juego de Johan como un ser que lo perseguía y se lo comía)

**M:** Siempre te gustó jugar con ese aunque te hace daño

**Z:** Tal vez hay alguien así en tu familia

**J:** Aquí hay un tiranosaurio, es un ¡ay!... (en ningún momento parecía querer contestarnos a pesar de que nos escuchaba, luego tomó una figura de un hombre y lo comenzó a acomodar en la casa que había ordenado)

**M:** Ese señor ¿quién es? (no contesta)

**Z:** Yo creo que no quiere contestar, a pesar de que nos escucha (comenzó a sacar a toda las personas de la caja y busca sentarlas en la casa) ¿Se parece a tu familia?

**J:** Sí

**Z:** Yo creo que también en tu casa hay muchas personas y que casi nunca hablan entre ella, ¿verdad?

**J:** Sí...Miren es una isla, ¡ay! me pique (saca un cactus de plástico que aseguró le pico el dedo, continuo sacando a las personas de entre todos los objetos que estaban en la caja y que ahora estaban fuera de ella)

**J:** Es un pequeño (bebé) necesitamos una cama para dormirlo, es un cochinerero de bebé... vamos a ponerlos aquí... (lo pusó en la cuna)

**Z:** ¿Qué es un cochinerero?... (no contestó)... ohhh otro bote.

**J:** Toma dos figuras de plástico y comienza a golpearlos entre sí

**M:** ¿Porque peleas? (nos ignoró y comenzó a hablar, pero no con nosotras, de manera que no entendíamos nada de lo que decía. Tomó al bebé de la familia)

**J:** Es un niño, es igual como la familia, todo puede ser familia. Todos va van a comer. ¡Ay! no destruimos la casa, vamos a... encontrar una caja del tesoro

**Z:** ¿Qué hay?

**M:** No sabemos

**J:** Un tesoro

**Z:** Es como tú, se encierra y está perdido, pero es un tesoro y debemos encontrarlo... (Cierra el cofre y sonrío)

**M:** Ya es hora de guardar las cosas, porque ya se acabó la sesión

**J:** Ohhhhh (decepcionado)... Tienen que esperar

**Z:** Yo creo que no quieres guardar, pero es necesario que guardemos las cosas, si no cuando venga a ocupar el espacio se nos van a olvidar y se nos perderán materiales

**J:** Ohhh, si (comienza a guardar los objetos en la caja. Les hablaba a las figuras diciéndoles adiós)

**J:** Vamos por mi mamá... toma un pedazo de plastilina y dice que va a hacer que su mamá lo quiera

**M:** ¿Tu mamá te quiere?

**J:** Sí, que mi mamá me quiera (salimos y su mamá lo espera afuera. Se despiden y se van juntos)

Como puede observarse Johan presentaba: 1) Confusión entre objetos inanimados e animados, de manera que aún en su juego podía hablar indiscriminadamente con la figura de un niño o con una lámpara 2) es posible observar cómo evitaba hablar de sus sentimientos o de su estado de ánimo, 3) se presentaron elementos persecutorios que lo lastiman y que surgen en un ambiente amenazante (gorila, cactus, pez). De igual manera se expresó la necesidad de ser ayudado y 4) la aceptación de la similitud de su familia, que lo dañaba y con la cual no podía comunicarse.

---

### **6.2.2. Fase de expresión motora: juegos motores y vibración (sesión 24-29)**

---

- **Material y tipo de juego**

Durante la primera fase de tratamiento, se observó que los materiales de la caja no requerían necesariamente que Johan interactuara con nosotras, observando que el menor tendía a ensimismarse y apartarse de la realidad al comenzar a jugar solo, no prestar atención, evitar el contacto visual y presentar dificultades para reconocer e interactuar con otras personas.

Debido a lo anterior, se optó por agregar algunos materiales que promovieran la experiencia sensorial y la interacción con las terapeutas. De tal manera, en la sesión 24 se agregaron a los materiales, una cuerda, una pelota, trozos de tela transparentes (una azul y una negra), pelotas de plástico pequeñas y un aro. Posteriormente y al ver la efectividad del uso clínico de estos materiales, en la sesión 26, se agregaron algunos instrumentos musicales, tales como una guitarra, un par de maracas y un pandero.

A los materiales seleccionados, se le sumaron el espacio de trabajo y las características de éste. Con la inclusión de los materiales anteriormente mencionados, el amplio espacio permitió la movilización y expresión de las fantasías del menor. De igual manera, la presencia de un espejo dentro de la Cámara, facilitó que Johan pudiera observarse jugar, reconocer su cuerpo y mirar sus reacciones, lo cual facilitó que disfrutara de la actividad lúdica.



Durante esta fase, Johan fue capaz de responder a las preguntas de las terapeutas (afirmando o negando, en la mayoría de las ocasiones), sin embargo, aún se presentaban (en menor grado) conversaciones sin sentido y cambios de tema y juego abruptos. De igual manera, existió un mayor interés en nosotras (terapeutas) e iniciativa para platicar y vernos a los ojos de manera breve.

El juego del menor, al inicio de este periodo, mostró variedad respecto a la repetición observada en la fase anterior. Aunque las temáticas giraron alrededor de la persecución y más tarde (cuando se agregaron los instrumentos musicales) surgieron juegos relacionados con conciertos y bandas musicales, hubo más actividades lúdicas y medios utilizados para expresar dichas temáticas. Al final de esta fase, los juegos se repetían durante las sesiones, con ligeros cambios.

El movimiento físico que caracterizó estos juegos permitió que Johan prestara atención a su cuerpo, a las terapeutas y a su propia conducta, lo cual le facilitó que jugara con mayor coherencia e interactuara brevemente con las terapeutas, mientras disfrutaba de la actividad lúdica. Con los nuevos materiales, pudimos ver que Johan dejó el suelo como único lugar de actividades, se puso (y nos puso) de pie, se vio en el espejo y jugó con las terapeutas, de manera que usó el espacio amplio con el que contábamos para expresar sus fantasías y contenidos inconscientes y conscientes.

Respecto al contacto visual, este también aumentó de manera espontánea y aún más cuando las terapeutas le pedíamos que nos viera a los ojos. Su tendencia a ensimismarse disminuyó, sin embargo, podía surgir cuando no lo seguíamos en la fantasía o se le confrontaba con temas referentes a la relación con su madre, la ausencia de su padre y los conflictos entre la pareja.

- **Contenido simbólico**

El uso de los nuevos materiales, permitió que Johan ampliara su repertorio de juego y que expresara más claramente a través de sus contenidos inconscientes. Además facilitó el que Johan mantuviera mayor contacto con la realidad y que interactuara con mayor frecuencia con las terapeutas.

Por otro lado, el uso de las pelotas, siempre se utilizó como el juego inicial en donde se tiraban todas al suelo, representaron helados, monedas, comida, entre otras. Con la pelota grande, Johan elegía jugar al baloncesto, manifestando sus dificultades para coordinar sus ojos y sus manos. También en este tipo de juego, se hizo evidente el interés que generó en el menor, la presencia del espejo que se encontraba en la Cámara de Gesell, ya que mientras jugaba, frecuentemente dejaba

de prestarnos atención para observar su cuerpo, sus ojos, sus gestos y sus movimientos en el espejo. Además, en ocasiones intentaba jugar con el reflejo, en lugar que con las personas.

Dado que la caja de juguetes continuó presente en las sesiones, Johan la mayoría de las veces siguió jugando por lo menos 15 minutos con ésta. Cuando lo hizo, su actividad lúdica se trató de la familia y de la alimentación de los miembros.

En la sesión 28, las características de su juego cambiaron. Aquellos juegos que por lo regular sólo incluían a una madre y a hijos hombres y mujeres, comenzó a agregar la figura de un padre y una madre que se portaban agresivos el uno con el otro (Johan golpeaba la figura del padre contra la figura de la madre, como si ambos pelearan). De igual manera pudimos observar cierta regresión al ensimismamiento, falta de contacto visual y el hablar consigo mismo que habían disminuido hasta ese entonces. Al indagar sobre los aspectos familiares, que podrían estar fomentando esta regresión, se nos informó que coincidía con la reaparición del padre en el ambiente familiar. El señor Juve, pese a tener una orden de restricción por parte de su expareja, había acudido en las últimas semanas al domicilio de la misma y había insistido en retomar la relación, acudir a terapia de pareja y conocer dónde y con quienes estaba la señora Gabriela. Por su lado, la mamá de Johan aseguraba que ella se mostraba distante y que no le hablaba a menos que fuera necesario, pero que llegaba a discutir con su expareja frente a sus hijos. De esta manera pudimos ver una relación clara entre las conflictivas familiares y los retrocesos en el avance terapéutico de Johan, lo cual se abordaría posteriormente con los padres del menor.

Por otro lado, los nuevos juguetes incluidos permitieron el desarrollo de otros juegos. Entre los más variados estaban el uso de una máquina del tiempo que permitía viajar del desierto a lugares donde hacía mucho frío (climas externos). Otro de los escenarios que eran visitados fueron la playa, cuevas y túneles en donde ya fuera un tiburón o rocas siempre nos intentarían atrapar o aplastar.

En la sesión 26, se agregaron a los materiales de juego los instrumentos musicales. Su inserción a la dinámica terapéutica, permitió que Johan utilizara los mismos para jugar de manera diferente. Nos proporcionó un instrumento a cada terapeuta y se quedó con uno, luego nos pidió que comenzáramos a tocar de acuerdo al ritmo y volumen que él nos indicara (*“rápido” “despacio” “fuerte” “lento”*). Nos identificaba como miembros del grupo musical y percibía la necesidad de comunicarnos y ponernos de acuerdo para tocar en la banda.

- **Transferencia y contratransferencia**

Para Johan, las terapeutas, así como el espacio terapéutico, fungió como el lugar en donde era aceptado, entendido y donde sus necesidades emocionales eran identificadas y cubiertas. Tal era el caso, que cuando pudo expresar en su juego sus contenidos inconscientes, sus miedos y fantasías, pidió que lo acompañáramos, que formáramos parte de dichos contenidos y cuando la ansiedad lo embargaba, era capaz de pedir seguridad gritando *“hay que abrazarnos”* o simplemente acercarse y abrazar a algunas de las terapeutas.

En el caso de la señora Gabriela, se observó una especie de estancamiento. Al empeorar su depresión por los diversos problemas económicos que presentaba, hubo periodo en el cual ella percibía que las terapeutas tomaríamos su papel *“como madre”* no sólo en la sesiones, sino en el exterior, como si su única función radicara en el llevar a su hijo a terapia y esperar que nosotras y la escuela, ayudaran a Johan. En este momento, ella también delegaba responsabilidades de su cuidado de su hijo a sus hijas (Guadalupe y Bere).

Para este punto, las terapeutas, pudimos identificar una serie de emociones respecto a este caso. Por un lado, la desesperación de no comprender a Johan y de no saber cómo comunicarnos con él, disminuyó cuando su juego le permitió una mayor expresión de sus miedos, ansiedades, de su necesidad de afecto y de sus sentimientos de soledad, despertó en nosotras la esperanza de que podríamos lograr avances importantes en su caso.

En relación con la madre, nos causaba impotencia que en su familia, no hubiera un adulto interesado en satisfacer las necesidades de Johan, de tener que esperar el momento propicio para platicar con ella y la desesperación que provocaba su incapacidad de *“ver a su hijo”*. Aunque sospechábamos que la depresión de la señora era la razón, no alcanzábamos a dimensionar de qué manera su estado comprometía nuestra labor con Johan, por lo cual sentimos hacia ella una especie de enojo, que al ser trabajado en la supervisión, pudimos evitar que comprometiera nuestra labor. No obstante, nuestra forma de ver el caso se modificó radicalmente luego de que platicamos con el padre de Johan, desde este punto de vista, pudimos entender un poco más sobre las dificultades a las que se enfrentaba la señora Gabriela; cómo a pesar de su depresión, aún intentaba ayudar a su hijo. A pesar de que no sabía cómo hacerlo, había un interés en que su hijo estuviera bien. Al entender esto, buscamos desarrollar en ella herramientas que le permitiera ayudarse y ayudar a su hijo.

- **Mecanismos de defensa**

- ❖ Escisión. Respecto a la relación de su madre, Johan inicialmente no podía aceptar las deficiencias en el cuidado materno, mantenía una percepción idealizada de su madre y de su relación con él, separando los aspectos buenos y malos de su figura materna.
- ❖ Regresión. En esta etapa (debido a que realizamos más devoluciones) pudimos observar que ante situaciones de ansiedad, temor o confusión, Johan podía llegar a adoptar una posición fetal. Incluso en sus juegos se observaron situaciones regresivas como: acurrucarse abajo de la mesa o jugar a “*estar dentro de una burbuja*”.
- ❖ Negación (disminuyó). Aunque Johan aún negaba que su madre estuviera triste o que a veces no le pusiera atención, en la mayoría de las ocasiones era capaz de reconocer este tipo de conductas, así como las emociones de tristeza y enojo que le producirán.
- ❖ Proyección. Los juegos que incluían movimientos físicos y el uso del espacio, facilitaron la expresión de los contenidos persecutorios, los cuales consistían en la proyección de sus ansiedades al medio exterior (en forma de tiburón, rocas y fantasmas).

- **Trabajo con los padres**

A lo largo de las sesiones, podíamos observar cómo es que el estado anímico de la señora Gabriela cambiaba, ya que en ocasiones se mostraba enérgica y distante con su hijo, mientras que otras sesiones se le observaba desaliñada, decaída y poco interesada en el bienestar de Johan. De igual manera, pudimos darnos cuenta de que había cierta relación entre el estado de ánimo de la madre y la desorganización que presentaba Johan, por lo cual, se creyó necesario insistir en la búsqueda de ayuda psiquiátrica. No obstante, la señora Gabriela, no percibía ningún inconveniente en su funcionamiento, por lo cual, la primera tarea consistía en promover la autoobservación de la señora y de su necesidad de apoyo, para garantizar el bienestar propio y de sus hijos.

Durante este periodo, nos interesaba conocer cuál era la influencia del funcionamiento familiar en el proceso y los avances de la terapia. De esta manera, al citar a la madre de Johan, nos comentó que el padre del menor, había vuelto a la vida de sus hijos, pese a la orden restrictiva que tenía (debido a que en meses anteriores el señor Juve había sido encarcelado, luego de que presentara en el domicilio de la señora Gabriela y la agrediera física y verbalmente). Sin embargo, comentaba que tanto las visitas, como el apoyo económico nunca eran suficientes y que su aparente interés en

ellos, sólo eran utilizado como un intento para volver con ella, a lo cual, la señora Gabriela se negaba rotundamente.

Se comenzó a sospechar –y más tarde se confirmó- que la señora Gabriela, sostenía una relación con otra persona, lo cual acrecentaba las conductas de celos y hostigamiento por parte de la expareja. Ante esto, ella en ocasiones tendía a “*desquitarse*” con sus hijos, mostrándose irascible, agresiva y poco paciente ante sus demandas tanto físicas como emocionales.

Al igual que en la fase anterior de la terapia, se hizo hincapié en la necesidad de que Johan asistiera a las sesiones, limpio y aliñado, pues era común verlo con la ropa sucia, con un olor desagradable y con pobre higiene de manos, cabello y boca. La madre de Johan, nunca aceptaba esto como su responsabilidad, sino que siempre adjudicaba lo anterior, a que el menor no quería aprender a cuidarse él mismo y que ella no podía atenderlo todo el tiempo.

En la sesión 28, acordamos con la madre de Johan una entrevista con el papá del niño. De ésta manera, en la sesión 29, se tuvo la oportunidad de entrevistar al padre del menor y exponerle las necesidades de su hijo. Durante ésta sesión, pudimos observar una falta de cuidado personal (baño y limpieza) por parte del señor. Por su parte, él nos expresó como creció siendo huérfano de padre y la relación cercana y de respeto que tenía con su madre y que la señora Gabriela, no imitaba en el cuidado de sus hijos. Igualmente recalcó su interés en retomar la relación con su expareja y que al acudir a la entrevista con nosotras, buscaba acercarse a ella nuevamente.

Se realizaron devoluciones respecto a cómo él aún presentaba temas sin resolver respecto a la muerte de su padre y el cómo parecía que revivía su orfandad en la relación con Johan. Aunado a ello, se recalcó la importancia de separar su relación como padre de Johan, de la que mantenía como expareja de la señora Gabriela. De tal manera que, era importante que él pasara tiempo con su hijo y que lo atendiera tanto física y emocionalmente. Desafortunadamente, éste fue el único acercamiento que se tuvo con el padre de Johan y pocos fueron los cambios realizados en su conducta tras la intervención. No se volvió a solicitar su presencia.

- **Dimensión psicoanalítica**

Tal como lo menciona Winnicott (1967), la función de la madre como espejo del niño es importante en la medida en que su reflejo (en el rostro de la madre), alimenta el vínculo entre los dos, al mismo tiempo que desarrolla su sí mismo. Cuando el bebé no encuentra nada de regreso en la madre, él

también toma medidas defensivas y retira su mirada del otro. En el caso del Johan, la madre plantea que desde su nacimiento tuvo problemas para interactuar con él e igualmente, en el inicio de la intervención, Johan evitaba el contacto visual con nosotras. Tanto el espejo dentro de la Cámara, como nuestros rostros reflejaron estados de ánimo e intencionalidad al proceso terapéutico del menor, lo cual le permitió verse reflejado y observar sus reacciones, brindándole la oportunidad de desarrollar su sí mismo, reconociendo su existencia y su corporalidad. Aunado a ello, el uso del juego mayormente motriz en la sesión, le permitió la expresión corporal y la vivencia de la dimensión afectiva.

Respecto a los contenidos persecutorios, éstos fueron un tema predominante e importante de trabajar debido a que el juego, en ésta segunda parte de la intervención, le permitió expresar con mayor claridad dichos contenidos e incluirnos en ellas. Debido a que su juego, se volvió más expresivo, la angustia del menor también fue mayor, no obstante, en éste punto, la relación entre Johan y nosotras (terapeutas), permitían que él buscara consuelo, seguridad y contacto físico luego de los juegos en donde continuamente era perseguido.

Según Dallal y Bodeck, (1974), cuando el niño proviene de una familia, cuyas relaciones influirán en su desarrollo y en los avances terapéuticos, de manera que es necesario evaluar la situación intrafamiliar, como una parte esencial del tratamiento. Considerando esto, a lo largo del proceso terapéutico, pudimos observar ambivalencia en los avances logrados con Johan, los cuales se cotejaron en la conducta observada de los padres. Algunas de éstas situaciones fueron: la oscilación en el tiempo que Johan pasaba haciendo contacto con la realidad y los periodos de ensimismamiento presentes en terapia. Así mismo, el arreglo, interés e interacción que la madre de Johan, presentaba cuando acudía al centro cambiaba de una sesión a otra, ya que en ocasiones podíamos ver a la señora arreglada y sonriente, otras decaída y con la mirada baja, quedándose dormida en la sala de espera, llevando a su hija para que la acompañara y se hiciera cargo de Johan a pesar de que ella estaba presente. Por otro lado, respecto a la presencia del padre, había periodos en que lo visitaba diario y otros en los cuales no iba a verlo. Además de la relación conflictiva que mantenía con la madre del menor y de la cual Johan era testigo (discusiones, hostilidad y agresiones verbales). Todo lo anterior, estaba relacionado con los avances y retrocesos en el proceso terapéutico de Johan, ya que según lo cotejado con la madre, en periodos donde se presentaban

estas situaciones juntas o con mayor intensidad, Johan mostraba mayores retrocesos en su comportamiento y viceversa.

En relación a la dependencia tanto física, afectiva y emocional entre la señora Gabriela y Johan, Winnicott refiere (1951) que es el padre el que debe implantarse en la relación diádica de la madre y el hijo (y la madre debe permitir tal intrusión), dando paso a la diferenciación del *Yo* y del *Tú* y de la capacidad para diferenciar entre la realidad exterior y la interior. Por otro lado, Anna Freud (1968, citada en Lebovici, 1990), menciona que, la ausencia del padre produce angustia y culpabilidad en el hijo, trastornando los procesos de identificación, elección de objeto, masculinidad y deseos heterosexuales. En el caso de Johan, pudimos observar que su padre, el señor Juve, era un hombre dependiente (de su madre y de su expareja), egocéntrico, que mostraba aspectos depresivos e idealización de la figura materna. Dichas características, daban lugar a la repetición inconsciente de los ciclos de abandono del padre, en la relación con Johan, dificultando el rompimiento de la relación diádica, influyendo en la no-diferenciación del otro (madre y hermana principalmente), interfiriendo en los procesos de autonomía e independencia y dificultando la discriminación de la realidad interna y la externa.

No obstante, pese a los altibajos, la madre de Johan fue capaz de identificar avances en Johan, lo cuales fueron corroborados en las sesiones. Estos incluían, mayor aceptación de actividades de independencia personal (recoger sus juguetes, intentar vestirse, ponerse los zapatos, etc.), mayor tranquilidad en ausencia de su madre, disminución de la renuencia a realizar sus actividades solo y mejoras en que permitiera la diferenciación del otro, reconociéndose como un individuo separado y distinto de su madre.

- **Sesión muestra de la segunda fase de tratamiento**

Sesión 27 del proceso (Sesión 11 de intervención)

Debido a que las sesiones se llevaron a cabo en la Cámara de Gesell, se contaba con los materiales nuevos y con un espacio más amplio y libre de muebles, lo cual permitió que Johan pudiera jugar de manera activa en el espacio con el que se contaba.

Como en la mayoría de la sesiones, Johan llegó acompañado de su mamá aproximadamente 30 minutos antes de su cita. Al ingresar, Johan nos tomó de las manos, ingresó al lugar, corriendo y

tomó inmediatamente los materiales. Como en sesiones anteriores, lo primero que llamó su atención fue la caja, sin embargo, eligió la bolsa que contenía varias pelotas pequeñas de plástico:

**J:** Con este vamos a jugar.

**Z:** ¿Tan rápido vamos a jugar?

**J:** Sí.

**Z:** Esta bien (tomó la bolsa y tiró las pelotas en todo el piso)

**J:** Woooooww

**Z:** Oye últimamente, cuando llegas a sesión, siempre tiras todas las pelotas al suelo. Es lo primero que haces.

**M:** Si

En ésta fase de la intervención, era común ver que Johan asistía y disfrutaba ingresar a terapia, no obstante, presentaba dificultades para manejar la emoción que le producía jugar, por lo que, se mostraba impulsivo y con dificultades para organizar su juego y prestar atención.

**J:** Toma el resto de los materiales (guitarra, panderos y los colocó en el suelo), luego se paró y va por los tapetes e intenta colocarlos)... ¿me ayudan?

**Z:** ¿A qué te ayudamos?

**J:** A poner los tapetes

**M:** ¡Claro! (entre los tres colocamos los o tapetes y le ayudamos a Johan a ensamblarlos)... yo lo acomodo y tú los pones

**J:** ¡Listo!... Esperen puedo hacer esto (tomó un par de pelotas y como en otras ocasiones intenta hacer malabares con ella, sin embargo en esta ocasión cuando aventó las pelotas no sólo movió las manos con ellas)

**Z:** Oye, cada vez te sale mejor... (Johan siguió haciendo la actividad por un rato)... oye Johan y hoy ¿qué desayunaste?

**J:** Macarrones

**Z:** ¡Wow! y ¿te gustan?

**J:** Sí

**Z:** Y ¿qué te gusta más, los macarrones con queso o las salchichas?

**J:** Macarrones con queso y espagueti y con salchichas

**Z:** Jajajaja

**M:** ¿Todo eso?

**J:** Sí... jajajaja... eso era un chiste

**Z:** Sí, nos dio risa tu chiste... ¿y de tomar?

**J:** Sí, agua de coca

**Z:** Ohhh... los refrescos (Johan se paró y comenzó a ver los instrumentos que se encontraban en la mesa)



Como se puede leer, hubo importantes avances en la interacción entre Johan y las terapeutas, de manera que era posible mantener diálogos con él, por periodos cada vez más grandes e incluso disfrutaba la interacción e intentaba bromear con nosotras. De igual manera, podíamos observar que Johan empezaba a pedir ayuda a las terapeutas para realizar algunas actividades, reconociendo nuestra presencia.

**J:** Miren lo que me encontré... ¡vengan, vengan!

**Z:** (Johan caminó y se sentó en la esquina del cubículo junto a la puerta) ¿qué pasa?

**J:** Encontré la línea del tiempo

**M:** ¿La máquina del tiempo?

**J:** La máquina del tiempo

**Z:** Vamos a sentarnos aquí

**M:** ¿Y a donde vamos a ir, al futuro o al pasado?

**J:** Vamos al desierto

**Z:** Ok... Vamos

**J:** (Movié la mano simulando una palanca) ¿qué pasa?

**M:** Hace mucho calor

**J:** Tal vez debamos ir a otro lugar que haga mucho frio (mueve nuevamente la mano)... ¿qué pasa? Estamos temblando de frio

**Z:** Hace mucho frio, ¿qué vamos a hacer?

**J:** Deberíamos ir al auto...

**Z:** ¿Al auto? ¿No estábamos en el desierto?

**J:** Vamos, el auto está ahí

**M:** ¿Y quién va a manejar hoy?

**J:** Ella (me señala) y yo me voy a sentar ahí

**Z:** Bueno... yo voy a manejar (acomodo las sillas para que nos sentáramos) ¿a dónde los voy a llevar Johan?

**J:** A las vacaciones... esta agua es muy salada para mí

**Z:** ¿Salada? ¿del mal? ¿vamos a ir a la playa?

**J:** Si

**Z:** Ok (comenzó a manejar y a hacer ruidos de carro)

**J:** Espera... voy a bañarme

**M:** ¿Vas a bañarte ahorita? ¿y las vacaciones?

**J:** Si... (se paró de la silla)

**Z:** ¿A bañar?

**J:** Ya me voy a dormir (se acostó y acurró y comenzó a hacer ruido de dormido)

**M:** Ya se durmió, yo creo que viene cansado

**Z:** Si, hoy viene diferente

**J:** Ya duérmanse

**M:** Jajaja... ok no hablamos  
**J:** Ya levántense... vámonos (nos sentamos en las sillas que simulaban el carro)  
**Z:** ¿A la playa?  
**J:** Sí  
**Z:** Llegamos...  
**J:** Sí (nos paramos de las sillas)... que vamos a hacer con la arena rosa  
**M:** ¿Qué se te ocurre?  
**J:** Ya sé, vamos a las escaleras, ¡vengan! (realizó movimientos para que lo imitáramos al subir una escalera)  
**Z:** ¡Vamos!  
**J:** Ahora al tubo, este sube por las escaleras y entren al tubo... salten  
**M:** Ya estamos los tres en el tubo y ahora a donde vamos a llegar  
**J:** Aquí hay otro tubo, es de color amarillo, esperen... presionen el botón de *cancier*... el del sillón  
**Z:** Ok, hay que salirnos para presionar el botón  
**J:** Ahora cáiganse

Siguieron presentes los cambios abruptos de tema, sin embargo, hubo continuidad en el juego y en la interacción con las terapeutas, así como respuesta a las preguntas que le hacíamos. También nos percatamos de que la tendencia a ensimismarse disminuía cuando estaba en movimiento.

**Z:** ¿Dónde estamos?  
**J:** En una cueva de pelotas... alguien nos está haciendo lluvia de pelotas  
**M:** ¡Ya! (dejó de jugar con las pelotas)  
**J:** Voy a averiguar dónde está el laberinto (simuló que no nos ve) ¿dónde están?  
**Z:** Aquí estamos, puedes vernos  
**J:** ¿Quién dijo eso? ¡Ayyyy! (simuló caerse y al levantarse tomó las maracas y nos repartió el resto de los objetos musicales)  
**M:** ¿Qué vamos a hacer?  
**Z:** ¿Vamos a tocar una canción?  
**J:** No, vamos a tocar música (comenzó a mover las manos y a hacer sonar los instrumentos)... ahora suave (bajó el ritmo y la fuerza),... ahora más fuerte (golpeó con fuerza los instrumentos y se oyó un ruido más fuerte)...  
**M:** ¿Seguimos? (paró de jugar y se sentó)  
**J:** Oigan miren allá, parece que alguien está sobre nosotros... miren voy a andar en un carro (nos sentamos en las sillas que simulaban el carro)... súbanse... miren un cohete, cuidado... ¡Ayyy! (nos subimos como él lo hace), miren estamos bien, pero nuestro coche lo partió a la mitad  
**Z:** Pero, ¿estamos bien?  
**J:** Cuidado, cuidado, cuidado... ¡Ayyyy!

**Z:** Nos cayó el coche a la mitad (nos caímos al suelo)

**J:** Ese coche nos quería hacer cortes en la cara... ahí viene, cuidado ¡ayyyy!.... Oh no, creo que me corte los brazos y mi otra mano ¿y a ti?

**M:** ¿A mí me cortaron algo?

**J:** Sí, tus manos y a ti tus pies (señaló mis pies)

**Z:** Y ¿porque nos hacen tanto daño?

**J:** ¡Ay! nuestras partes han desaparecido, agáchense....

**Z:** Oye, esto nos causa mucho miedo ¿verdad?

**J:** Mi mano y mi otra mano, ¡Volvió! y ¿la tuya? También (se para y al parecer se resbala y cae, asegurando que está bien, se levanta)...

**M:** Volvieron nuestras partes

**J:** Miren un helicóptero, subamos... subamos (nos paramos y subimos)... súbanse salten ¡ayyy!, cuidado un tiburón, cuidado... ¡Ayyyy!... nos salvamos, pero estamos en los dientes del tiburón ¿cómo vamos a salir de aquí?

**Z:** Y ahora ¿qué vamos a hacer, cómo vamos a salir?

**J:** Oh, no que vamos a hacer... nuestro carro se ensucio, ya que iremos al autolavado...

**M:** Pero estamos en los dientes del tiburón

**J:** Y ahora ¿que vamos a hacer... ya se, vamos, 1, 2, 3 (simulamos que salimos y simulamos limpiarnos),... ¿te escupió?

**Z:** Sí, estamos todos llenos de baba de tiburón...

**J:** ¡Ay! cuidado, el Jabooooon, todavía falta el jabón.

**Z:** ¿Estábamos en el autolavado?

**J:** Sí, ya estamos limpios... tu párate ahí... cuidado con la máquina del agua (nos enjuagó como si tuviera una manguera)

**M:** ¿Que nos está pasando?

**J:** No ya... (se quedó dormido)... cuidado no los vaya a lastimar (se levanta del suelo, toma una pelota e intenta que reboten), ¿por qué estas no rebotan

**Z:** Porque es de otro tipo de plástico

**J:** ¿Son de plástico?

**Z:** Sí (comenzamos a aventar las pelotas y a agarrarlas)

**J:** Vamos a subirnos a un cohete (se metió debajo de una mesa y nos invitó a meternos).... Oigan, ¿están preparados?... ¡Ayyyy!... a la luna (al llegar) salgan todos

**M:** Salimos del cohete

**J:** Caminen así (caminó lento),... cuidado, algo está pasando, *se* está temblando

**Z:** ¿La luna está temblando?

**J:** Algo nos está escupiendo, cuidado, ¡ayyyy!

**M:** Hay que esquivarlos...

En esta fase, se expresaron claramente los contenidos persecutorios y agresivos de Johan. Estos temas se repitieron en diversas sesiones, variando los materiales y situaciones, pero manteniendo

la temática. Sin embargo, en esta ocasión nos permitió participar en dichas fantasías y buscar refugio (seguridad) ante la ansiedad que podía ocasionarle su propio juego.

**J:**(Ve el pandero) ¿qué es eso?, ahora parece como una batería, comienza a tocarlo con fuerza... voy a jugar con mi tren (dejó el pandero y comenzó a jugar con un tren de juguete que había traído a la sesión)

**Z:** ¿Quién te regalo ese juguete?

**J:** Mi mamá

**Z:** Oye, ¿estabas hablando con ella antes de entrar a sesión?

**J:**... Necesitamos volver al cohete... necesitamos una herramienta para arreglarlo y volver al cohete

**Z:** ¿Y ahora que vamos a hacer?

**J:** Vamos al planeta circular (se metió debajo de la mesa y comenzó a jugar con las pelotas que estaban en el piso)... ¿qué vamos a hacer con todas estas pelotas?

**M:** Oye Johan, ¿alguna vez has estado en una alberca de pelotas? ...

**J:** Hagamos una alberca de pelotas, a ver quién gana

**Z:** ¿Cómo ganamos?

**J:** Fácil, gana el que traiga más pelotas... (comenzamos a llevarle todas las pelotas)

**Z:** ¿Cuántas pelotas más necesitas? (no contestó, se encontraba viendo y tocando las pelotas, pero no nos contesta)

**M:** Ya no nos estas poniendo atención Johan...

**Z:** Johhaaaaaan... ¡Listo! ¿Ya es grande la alberca de pelotas? (comenzamos a hablarle, pero el solo jugaba con las pelotas, incluso comenzó a ver hacia el suelo y a hablar en voz baja, de manera que no entendíamos que decía)... Johhaaan

**J:** ¿Qué?

**Z:** ¿Te gustan las pelotas?

**J:** Sí (comenzó a intentar poner todas las pelotas entre sus piernas, pero se le salieron algunas)... hay tantas pelotas (le ayudamos a recoger algunas de las pelotas que se salieron)... (comenzó a tirar todas las pelotas)

**Z:** Wow... se salió de control todo, como le pasa a John

**J:** Siii... y continúa tomando las pelotas.

**M:** Y ahora

**J:** Comienza a agarrar las pelotas y las coloca nuevamente en sus piernas, esa vez todas se quedan ahí... ¿qué era eso?

**M:** Un tren... te lo había regalado tu mamá

**Z:** Estas muy concentrado Johan... (Continuamos intentando que hablara y jugara con nosotras, pero sólo jugaba con las pelotas que tenía y permaneció inmóvil y callado, continuando así por varios minutos)

**J:** ¿Ya se nos acabó del tiempo?

**Z:** Todavía no, ¿estás esperando a que se nos acabe el tiempo?

**J:** No

**Z:** ¿Ya te quieres ir?, ¿por qué te quieres ir temprano?

**J:** Voy a comer con mi mamá, una torta de tamal y atole y agua de coca, pero aún no se acaba el tiempo... ustedes me dicen cuando se acabe el tiempo

**M:** Nos quedan 5 minutos, recogemos y nos vamos

**J:** Si, nos quedan 5 minutos

**Z:** Y mientras comes con tu mamá que más hacen ¿platican? (Johan seguía intentando tomar la mayor cantidad de pelotas en las manos y nosotras atendemos su necesidad de que lo veamos lograrlo)

**M:** ¿Tienes hambre Johan?

**J:** Ustedes me dicen cuando se acabe

**Z:** Ok... oye, hoy jugaste un rato solo

**J:** (comenzó a jugar a aventarnos pelotas para atraparlas), ahí les van... woow

**M:** ¿Qué te gusto más de la sesión de hoy?

**J:** Todo, todo...

**Z:** Pero ¿qué fue lo que más te gusto?

**M:** Jugar en la máquina del tiempo y a la guerra de pelotas (de un momento a otro dejó de jugar)...

**Z:** ¿Todo bien?

**J:** Algo le está pasando a Johan

**Z:** ¿Algo le pasa?

**J:** Sí... woow (se movió)

**M:** Ya volviste

**J:** No, hay dos Johans

**Z:** ¿Y cuál te gusta más?

**J:** Mi mamá me está esperando

**M:** Si es cierto, pues hay que recoger para salir, porque ya se nos terminó el tiempo Recogimos el material y salimos del cubículo, en donde la mamá del menor estaba escuchando su celular. Al salir Johan le dijo a su mamá que ya quería ir a comer y se fueron juntos.

En este punto del proceso, Johan presentaba aún dificultades para hablar de temas relacionados con su mamá, el cuidado que recibía de ella, lo que le molestaba de ella y temas similares, por lo cual, era común que al ser confrontado o mencionarle estos temas, comenzara a evadirlos y al no poder hacerlo, se ensimismara y dejara de percibir e interactuar con las terapeutas.

---

### 6.2.3. Fase de confrontación: Expresión de la realidad (sesión 30-42)

---

- **Material y tipo de juego**

En esta etapa, los materiales utilizados fueron los mismos que en la anterior, debido a las mejoras que Johan presentó respecto a su capacidad atencional y la interacción con el otro. En este punto de la intervención, ya no era necesario sugerirle que jugara con las pelotas, los instrumentos musicales, el aro y las telas antes de jugar con la caja, ya que comúnmente utilizaba ambos elementos durante la sesión.

Por otro lado, en la sesión 37 justo después del periodo vacacional, el proceso psicoterapéutico de Johan se modificó cuando una de las terapeutas ya no pudo continuar en coterapia, por lo cual, el caso quedó sólo en mis manos, trasladándonos a un cubículo individual. La reducción del espacio en esta sesión, modificó las actividades y los materiales utilizados por el menor, ya que disminuyó el tiempo utilizado en juegos que involucraban movimiento y aumentó el uso de la caja de juguetes. Sin embargo, su juego con estos materiales no volvió a ser como en las primeras fases, sino que adoptó otras características. Las sesiones comúnmente se dividieron en dos momentos: 1) juego motor, en el cual utilizaba los materiales extra que habíamos agregado y 2) actividad lúdica con los materiales de la caja. En estos momentos, su juego se volvió variado, utilizó mayor número de juguetes, expresó diferentes temas que le preocupaban y mejoró la aceptación de las devoluciones que se le hacían.

Respecto a su juego, Johan tranquilamente tomaba los juguetes y comenzaba a organizarlos en el piso, describiendo qué estaba haciendo y que planeaba hacer, lograba pasar periodos cortos en silencio organizando los juguetes sin que el silencio lo llevara necesariamente a ensimismarse. Se mostraba más concentrado y menos impulsivo en su juego, lo que le facilitaba mantenerse más organizado y coherente en las sesiones.

La interacción entre Johan y yo durante esta fase, también se modificó. Para este momento, Johan presentaba iniciativa y espontaneidad para hablar, para preguntar, responder a preguntas o esperar la respuesta manteniendo la mirada. Este aumento en la interacción con el otro, permitió la disminución del ensimismamiento y del aislamiento físico y emocional.

- **Contenido simbólico**

En esta fase, se mantuvieron presentes los juegos de movimiento, no obstante, estos disminuyeron en cuanto a su intensidad y se mostraron repetitivos respecto a su contenido (acentuándose aún más, cuando cambiamos de espacio de la Cámara de Gesell a cubículo individual). Por ejemplo, continuaron juegos como los del concierto musicales, el juego con las pelotas pequeñas, baloncesto, la máquina del tiempo, los túneles y manejar el auto (como los descritos en la segunda fase de intervención). A diferencia de las etapas anteriores, Johan expresaba y manifestaba la diversión que le producía acudir a sesión y jugar.

Por otro lado, las sesiones se volvieron más expresivas respecto al uso de los juguetes dentro de la caja. De tal manera que con ellos lograba exteriorizar contenidos inconscientes que hasta ese momento no habían sido expresados tan claramente.

En la sesión 31, después de la reunión con su papá, durante la cual se abordó el impacto de su ausencia y la relación conflictiva que mantenía con la señora Gabriela y que influían sobre la salud del menor. La siguiente sesión, que se llevó a cabo con Johan se intentó platicar sobre su opinión de dicha reunión, sin embargo, él no quiso conversar al respecto. No obstante utilizó los muñecos y la plastilina para recrear una situación de casa, en donde el padre de familia se mantenía poco involucrado con sus hijos, viendo televisión, durmiendo y que agredió físicamente a la madre de familia, quien se dedicaba a preparar la comida y lavar los trastes. Más adelante, tomó varias figuras de personas y comenzó a disfrazarlos de superhéroes, nos pidió que le ayudáramos a hacerles la indumentaria característica de su disfraz. Los personajes que realizó fueron Hulk, el Capitán América, Superman y Batman, los cuales tenían en común el ser hombres, sin padres y que se mantenían ocultos tras un disfraz, evitando que el resto de las personas se diera cuenta de quienes eran realmente.

En la sesión 39 organizó una fiesta para "*Johan*" en donde preparó un pastel que me pidió cuidar para que nadie se comiera. Posteriormente aparecieron figuras que intentaron robar su pastel y a las que luego de detenerlas, terminó invitándolos a la fiesta de disfraces. Después de ello, a esos invitados les realizamos prendas de plastilina para simular disfraces de una momia, un pirata, un fantasma y un vampiro. Las características de estos personajes nos permitieron encontrar semejanzas con el comportamiento de los adultos que lo rodeaban, como el hecho de que al igual que la momia, su madre se cubría "*las heridas que le causaba su papá*", que como el pirata, Johan

muchas veces se sentía solo y en un ambiente peligroso, por otro lado, el fantasma era alguien que “*nadie veía*”, pero que estaba ahí y por último, el vampiro era capaz de hacer daño con su boca (palabras).

**Figura 10. Juego de Johan en la sesión 39 (disfrazando a los invitados)**



**Figura 11. Juego de Johan en la sesión 39 (niño fantasma)**





En la sesión 41, Johan expresó no querer entrar a sesión, ya que había encontrado un “amigo” en la sala de espera del Centro y quería regresar a jugar con él. Dado que el otro niño ya había entrado a terapia no fue posible, pero Johan se mantuvo poco cooperativo para jugar, argumentando que extrañaba a su amigo, a su mamá y a su hermana y llorando por que no los veía. Lo motivé para jugar un momento y en ese lapso de tiempo realizó una “madre momia, que estaba vendada, porque estaba herida”, comentó que se parecía a su mamá, ya que su “papá la hería y la ponía triste”. Al querer hablar más del tema, manifestó que deseaba ir al baño y dado el término de tiempo de la sesión, no fue posible continuar el juego.

En la sesión 42, se le vio triste, comentando que su mamá lo había regañando y le había pegado por no querer entrar a la sesión pasada. En su juego, tomó una figura de la “mamá” y comenzó a pegarle con otro muñeco. Además construyó una casa, en cuyo exterior se encontraban todos los “animales peligrosos”, que no debían ingresar a la casa. Por otro lado, Johan se mostró interesado en hablar sobre cómo le iba en la escuela, cómo se llamaban su maestra y amigos e incluso nombró a la niña que le gustaba en la escuela.

**Figura 12. Juego de Johan en la sesión 42 (animales peligrosos)**



- **Transferencia y contratransferencia**

Debido a las continuas devoluciones clínicas en esta fase, pude identificar que Johan se comportaba de manera distinta con las terapeutas. Mientras que con mi compañera era más cercano y continuamente buscaba mantener contacto físico, conmigo tendía a ser más precavido y distante. Esto lo pude asociar con el hecho de que en las sesiones yo solía hacer interpretaciones con mayor frecuencia, respecto a sus temores, ansiedades, enojos, etc. De manera que aún dentro de la sesión percibía a una madre buena y una mala.

La expresión verbal y simbólica de los miedos y temores de Johan respecto a sus padres, nos hacía sentir esperanzadas de que su avance era mayor. No obstante, dadas las continuas faltas (en ocasiones pasaron 3 semanas sin ver a Johan) y la exposición constante a un ambiente poco estable, nos trajo a la realidad, haciéndonos sentir frustradas al identificar que el juego de “*avance-retroceso*”, debido a que cuando el ambiente era relativamente estable y lográbamos trabajar con él cada semana, podíamos ver avances, pero sí el ambiente se modificaba o surgían nuevas problemáticas en sus miembros, nuestro trabajo también sufría retrocesos, encontrándonos con un Johan similar al que conocimos en el inicio de la intervención.

Respecto a la madre de Johan, las entrevistas con ella, el descubrimiento de la repetición de la violencia, así como el acoso de su expareja, nos permitió ver con otros ojos el caso. Pudimos comprender, porque cada persona actuaba como lo hacía y a partir de ello, intentar motivar a la señora para recibir ayuda, brindándole la oportunidad de romper estos ciclos.

También comenzamos a ver cambios en cómo la madre de Johan, comprendía la relación que había entre las terapeutas y ella. Se percató de que nuestra labor era ayudarla a propiciar un ambiente saludable para su hijo y que ella continuaba teniendo la responsabilidad de esforzarse y atenderse psicológicamente para mejorar las condiciones de vida de sus hijos.

- **Mecanismos de defensa**

- ❖ Escisión. Johan utilizaba los juguetes para hacer divisiones, por un lado ordenaba los muebles de la casa, con su cocina, sala, recámaras y colocaba a los miembros de la familia dentro, viendo la televisión o comiendo. Por otro lado, fuera de la casa, colocó cubos que simulaban los muros y la puerta de la casa, se encontraban los animales salvajes, el monstruo marino y aquellos elementos de características salvajes y peligrosas.

- ❖ **Proyección.** Los contenidos agresivos dentro de Johan era proyectados y depositados en elementos exteriores que, luego regresaban a él en forma de persecución. Un ejemplo de ello eran los fantasmas, los tiburones, las naves que nos perseguían, entre otros.
- ❖ **Desplazamiento.** Durante su juego de los disfraces Johan fue capaz de poner en un disfraz las características que el percibía en su madre, por ejemplo, al vendar a una mujer mencionó que era porque estaba lastimada, pero también platicamos sobre el hecho de que estaba protegiéndose de futuras heridas y al mismo tiempo era una forma de esconderse. De tal manera que “*movía*” las características de otras situaciones y las colocaba condensándolas en un solo aspecto.
- ❖ **Negación (en menor grado).** Las devoluciones que le hacía respecto a extrañar a su papá o el deseo de que su madre ya no estuviera triste, habían sido negadas e incluso llevaban al ensimismamiento del menor, como un intento de anular su existencia. No obstante, para éste momento de la intervención, Johan era capaz de asimilarlas e incluso hablar al respecto.

- **Trabajo con los padres**

Uno de los aspectos que requerían cambios inmediatos para mejorar el ambiente familiar de Johan, era que su madre recibiera tratamiento médico especializado. A lo largo del trabajo con ella, pudimos observar oscilaciones entre la aceptación y negación de sus estados depresivos. Se le pidió en varias ocasiones que considerara asistir a atención psiquiátrica y comentó que con anterioridad (2 años), había asistido a un centro de salud y le habían recetado antidepresivos, pero que no los había tomado por cuestiones de dinero y porque no veía resultados. Después de mucha insistencia, en la sesión 34, la señora Gabriela aceptó ser canalizada y antes del periodo vacacional se le envió al Instituto Nacional de Psiquiatría.

Luego del periodo vacacional, se programó una sesión con la madre para platicar sobre las novedades en la conducta de Johan, su ingreso a la escuela primaria y principalmente conocer si había acudido a atención médica en este periodo. Aunque en un primer momento, parecía que la madre del menor estaba realmente interesada en atenderse y mejorar, nuevamente la ambivalencia en sus estados de ánimo, las situaciones con su ex pareja y condiciones económicas se lo impedían tanto a nivel de tiempo, de dinero y de esfuerzo emocional. Esto debido a que, verdaderamente

ella no percibía el impacto de su depresión, en el funcionamiento del menor y por ello, acudir a atención psiquiátrica no era visto como una necesidad.

El ingreso de Johan a la primaria, representó nuevos retos para la familia. La señora Gabriela, se dio cuenta como las exigencias académicas en esta nueva etapa sobrepasaban las capacidades de su hijo. La escuela continuamente le enviaba reportes sobre su poca capacidad para prestar atención, interactuar con sus compañeros e incluso sobre las conductas bizarras (hablar sólo, no mirar a los ojos) que presentaba. Para la señora Gabriela, el mayor problema era el desfase académico que sufría respecto al resto de sus compañeros, ya que Johan tenía dificultades para acceder a la lectura, a la escritura e incluso el copiado, lo cual, se esperaba y que con antelación había sido comentadas con la señora Gabriela, sin embargo, ella no lo vio como algo real, sino hasta que ocurrió.

Ante estas dificultades, la señora Gabriela se encontraba preocupada, enojada y desesperada. Se abordaron algunas cuestiones sobre las prácticas de crianza negativas relacionadas con la escuela que complicaban el estado de Johan, tales como, su tendencia a amenazarlo con golpearlo, ignorarlo y apartarlo físicamente cuando se negaba a hacer tarea, seguir indicaciones o no hacia las tareas adecuadamente. Para la mamá de Johan, las dificultades, estaban relacionadas con una negativa a hacer las cosas (desafiando su autoridad y evadiendo sus responsabilidades) y no con la incapacidad/dificultad para llevarlas a cabo.

Fue necesario que la madre de Johan, cambiara la forma de ver las dificultades del niño, para lo cual, se le invitó a observar que las conductas que le impedían “*aprender*”, no sólo se presentaban en la escuela, sino en su casa y en compañía de ella, en terapia, con sus maestras y con cualquiera de las personas con las que interactuaba. Cuando ella fue capaz de ver que dichas características se presentaban también en el juego, se modificó la idea que tenía, pasó de ser una persona que buscaba “*llevarle la contraria*”, a un niño que tenía diversas dificultades. Este cambio, representó el momento en el que la señora Gabriela dejó de juzgar la conducta de su hijo y comenzó a preguntar qué podía hacer para ayudarlo.

En el ámbito familiar, la madre de Johan identificó avances conductuales y de independencia del menor. Refería que Johan presentaba mayor disposición a realizar algunas actividades de manera individual, entre ellas, vestirse solo y recoger sus juguetes. Además hacía menos berrinches cuando no se le ayudaba y se mostraba más accesible a quedarse sin compañía. Las conductas de

ensimismamiento, movimiento, la falta de contacto visual y la tendencia a hablar solo, también habían decrecido.

Los avances con Johan, el apoyo que se le brindó en la crianza de su hijo y el apoyo a su persona, fueron aspectos que motivaron a la señora Gabriela, para continuar asistiendo a las sesiones, a pesar de sus dificultades económicas y de su propio estado de ánimo.

- **Dimensión psicoanalítica**

Bion (citado en Lebovici, 1990) considera que los cuidados de la madre funcionan como un espacio que permite la creación de un lugar seguro para el menor, en el cual sus necesidades serán satisfechas, sus ansiedades contenidas y organizar su mundo para darle sentido a su existencia y permitir el desarrollo psíquico. De ésta manera, durante este periodo, la función continente que tuvimos como psicólogas, junto con la posibilidad de utilizar el juego para la expresión de elementos persecutorios, brindaron a Johan un espacio de seguridad emocional, que facilitó la expresión de temores, ansiedades y emociones como el enojo y la tristeza. Por tanto, dicho espacio permitió que Johan mantuviera mayor contacto con la realidad, al percibir un ambiente menos inseguro.

Melanie Klein describe que la desintegración de la personalidad ocurre como un intento del Yo por protegerse de la ansiedad que vive. Debido a que los objetos persecutorios propios de la fase esquizoparanoide sentarán las bases del Superyó, el infante sigue vivenciado castigos, persecuciones, exigencias y ansiedades constantes. De tal manera que, al aproximarse la posición depresiva, dichas características persecutorias se insertan y se viven como algo interno y total (Segal, 1994). En el caso de Johan, dichos contenidos en un inicio le impedían la expresión de otras temáticas y lo llevaban constantemente al ensimismamiento. Sin embargo, al término de ésta fase, podíamos observar un cambio en los recursos del menor ya que mientras en un inicio él respondía a los elementos persecutorios con huida, asustándose y refugiándose detrás de alguien más. Conforme avanzamos en la expresión y contención de sus ansiedades, Johan se percibía como un niño capaz de lidiar con dichos elementos y deshacerse de ellos (aspiradora, pistolas que mantenían encerrados a los fantasmas o se deshacía de estos contenidos).

Aunque en menor medida, continuaron las dificultades de Johan para identificar y externalizar emociones de enojo y tristeza (manteniéndolas suprimidas o negadas). Esta situación estaba

relacionada principalmente con dos aspectos: Johan idealizaba a su madre y la relación que mantenía con ella, como una negación de la realidad que representaban su propia aniquilación, ya que sí su madre lo rechazaba, él se quedaba expuesto a un ambiente que le atemorizaba. Dicha idealización, surge de lo que Segal (1994), describe como la tendencia del menor a escindir los objetos como buenos y malos. Cuando un menor idealiza una relación, aleja los aspectos malos/negativos de aquel objeto que se considera bueno y lo mantiene a salvo de los contenidos persecutorios. En segundo lugar, las dificultades de Johan se explicaban por la particular forma en que en casa reaccionaban ante estas emociones (rechazándolo, enojándose, ignorándolo, invalidándolo) haciendo que Johan no expresara lo que sentía.

Una vez que se le dio la oportunidad de externar sus ansiedades persecutorias, Johan pudo expresar de manera clara a través de su juego los conflictos familiares que estaba viviendo (la ausencia del padre, la inactividad de la madre, las peleas entre ambos padres y la poca atención prestada a sus necesidades). No obstante, cuando era confrontado con la realidad de dichas representaciones, evitaba los temas, comenzando a jugar y paulatinamente perdiendo contacto con la realidad. Para Kaplan, Sadock y Grebb (1994, citados en S/A, 2001) este tipo de funcionamiento, así como la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la evaluación de la realidad deteriorada y la creación de una nueva realidad es característico de las psicosis.

Fritsch, Montt, Solis, Pilowsky y Rojas (2007), encontraron que las madres deprimidas interaccionan con sus hijos de manera negativa con mayor frecuencia, tienen menos acercamientos positivos, menos verbalizaciones y más conductas evitativas. Además presentan alteraciones en la expresividad emocional, con un alto criticismo y sobreinvolucración negativa. Estas características en la relación entre la señora Gabriela y su hijo, hacían que ella delegara sus responsabilidades maternas en sus hijas, por lo cual, Johan se encontraba confundido respecto a la “*figura materna*”, pues el cuerpo físico de la madre no correspondía con la persona de la que recibía afecto (su hermana). No obstante, dichas responsabilidades puestas en su hija de 10 años (Bere), comenzaban a desarrollar problemas de ansiedad, dificultades escolares y excesiva preocupación por su hermano, debía a que se percibía como la responsable de su cuidado.

Lebovici (1990) indicó que después de un periodo largo de carencia afectiva, el menor muestra un deseo grande de afecto y al mismo tiempo, una incapacidad para establecer relaciones, ya que toda relación reactiva las heridas precoces del abandono vivido por la madre. De modo que cuando

se le comunicó a Johan la ausencia de la segunda terapeuta, se pudo observar cierta molestia y retroceso en los avances, como una reactivación de la ausencia de la madre y el inicio de fantasías de abandono ante la pérdida de su madre. Sin embargo, yo que en un inicio fui la terapeuta de la que se mantenía más alejado y precavido, pase a jugar un doble papel, pues con el paso de las sesiones, Johan comenzó a buscar en mí, el consuelo, la seguridad y el contacto físico que había buscado con mi otra compañera, al mismo tiempo que comenzaba a aceptar las devoluciones que le hacía. Esta unión entre los aspectos “*buenos*” y “*malos*” en la sesión, facilitó la disminución en el uso de la escisión.

La disminución del ensimismamiento y los periodos cada vez más largos en que Johan podía hacer contacto con la realidad, posibilitaron una mayor interacción con sus pares, principalmente en el ámbito escolar. Por lo cual, se observaron logros en el reconocimiento, convivencia e interacción con compañeros, amigos e incluso de aquellas personas y conductas que no le agradaban de los demás. Dichos cambios representaban avances en el proceso de separación-individuación de Johan.

- **Sesión muestra de la tercera fase de tratamiento**

Sesión 39 del proceso (Sesión 24 de intervención).

Esta es una de las primeras sesiones que se llevaron a cabo con Johan después del periodo vacacional de junio-agosto. En ella se reorganizaron aspectos de horarios y lugar de trabajo, debido al ingreso del menor a la escuela primaria y a que nuevamente volvimos a trabajar en cubículo, sólo Johan y yo.

**J:** Vamos a jugar como ayer

**Z:** ¿Cómo ayer?, ayer no nos vimos, más bien como la semana pasada.

**J:** Sí

**Z:** ¿Qué crees?

**J:** ¿Dónde está la bolsa? (de las pelotas) ¿me ayudas?

**Z:** ¿Qué es eso?

**J:** Las pelotas (las tiró en el piso)... todas las pelotas por todas partes, una guitarra, una pelota, una cuerda, el día y la noche (telas), un pandero y unas maracas... ya tenemos todo

**Z:** ¿Qué vamos a jugar hoy?

**J:** Basquetbol

**Z:** Ok. Podemos usar el aro como canasta, ¿no crees?

**J:** Sí (tomó la pelota)... una dos, tres (aventó la pelota)

**Z:** ¡Oh! Casi  
**J:** Ahora tu  
**Z:** Ok (tomó la pelota y encegó)  
**J:** Sí... ahora, es mi turno, me acercare (se acercó a la canasta y depositó la pelota)  
**Z:** Wow, pero inténtalo otra vez pero no tan cerca  
**J:** Sí, (lo intentó y lo logró)  
**Z:** Ehhhh  
**J:** Ahora, hay que hacer un concierto, ¿va?  
**Z:** ¿Qué necesitamos?  
**J:** Necesitamos instrumentos musicales  
**Z:** ¿Una guitarra?  
**J:** Sí y una maraca  
**Z:** Y ¿cómo vamos a llamar a nuestro grupo musical?  
**J:** Sí y mira lo vamos a construir... mira, dame las maracas (se las di)... ahora el pandero... (los acomodó en una parte del piso juntos)... ahora te presento el zumbador-maraca-trompeta... (comenzó a agitar todos los instrumentos)  
**Z:** ¡Ohhh!... el zumbador-maraca-trompeta

Como se puede observar, se trataba de un juego más organizado, que si bien cambiaba de un tema a otro, estos cambios no eran tan abruptos como en las primeras fases. Otro aspecto a resaltar es la espontaneidad con la que hacia comentarios, seguía el hilo de la conversación e incluso preguntaba la opinión de la terapeuta para pasar de un juego al otro.

**J:** Sí, ahora jugamos a la noche... al campamento del terror... campamento y esta era nuestra campaña (señaló la tela blanca) y este la noche (la colocamos en una silla)  
**Z:** ¿Y estamos en un campamento?  
**J:** Sí... oye, ¿quieres que encendamos una fogata?  
**Z:** Sí  
**J:** La voy a encender con estas dos pelotitas (comenzó a frotarlas como si fueran piedras)... ¡mira fuego, fuego!  
**Z:** Oye eres muy bueno haciendo fuego  
**J:** ¿Comemos salchichas?  
**Z:** ¿En nuestro fuego?  
**J:** Sí... Hay que ponerles palitos (a las salchichas que pusimos en la fogata)  
**Z:** Ok, aquí está tu salchicha y aquí está la mía (le di un pedazo de plastilina)  
**J:** Listo (fingió comerse su salchicha)... ahora hay que dormir  
**Z:** Sí, ya es tarde, debemos ir a dormir  
**J:** Buenas noches  
**Z:** Buenas noches Johan



**J:** Kikiriki (simuló un sonido de un gallo)  
**Z:** ¿De dónde salió el gallo?  
**J:** Sólo salió... ahora hay que jugar con la pelota  
**Z:** Sale  
**J:** (Tomó la pelota, pero se distrajo viendo su reflejo y no fue capaz de aventarme bien la pelota, ni de recibirla de vuelta)  
**Z:** Ahí te va de nuevo, pero sí no me vez a mí en lugar del vidrio es más complicado que agarres la pelota  
**J:** Mira, el ruido de un animal... (cantó como el gallo y comenzó a verse en el espejo mientras simula aletear)  
**Z:** Ok... kikiriki  
**J:** Ahora, ¿quieres una limonada?  
**Z:** ¿Quién tienen limonada?  
**J:** Yo tengo... (Simuló darme una taza y la tomo, ambos bebimos la limonada)... ahora, tenemos mi propia barbacoa. Voy a hacer la barbacoa.  
**Z:** ¿Oyes tienes hambre?  
**J:** Sí, mira lo que estoy viendo con mi telescopio... es una estrella fugaz  
**Z:** ¿En el cielo?

En este fragmento, es posible observar cómo es que Johan utilizó los juguetes para simbolizar otra cosa, sin que confundiera el uso que le estaba dando en el juego, con la realidad, es decir, usó las pelotas para hacer una fogata y fingió tomar de una taza que él mismo identificó como otra cosa. De igual manera, el vidrio y en particular su reflejo en éste, siguió siendo un factor que provocaba en él curiosidad y que lo llevaba a ensimismarse, aunque no con la intensidad de las fases anteriores.

**J:** Sí, ¿Y si jugamos con la caja?  
**Z:** ¿Tú quieres?  
**J:** Sí  
**Z:** Ok... (Tomó la caja y comenzó a sacar las plastilinas que hay dentro)  
**J:** Vamos a hacer de comer  
**Z:** Hoy tenemos mucha hambre, ¿verdad?  
**J:** Sí... (Jugó con la plastilina por un rato)... ¿quieres un hotcake?  
**Z:** Sí, si quiero  
**J:** Bueno, ¿quieres queso en tu hotcake? ¿po... poquito o mu... mucho?  
**Z:** ¿Crees que sepa rico en el queso con hotcake?  
**J:** Sí, pruébalo  
**Z:** Está bien ¿los preparaste tú?  
**J:** Sí... ¿Qué fue eso?  
**Z:** ¿Qué?

**J:** A la cabaña... (tocó)... Está vacía... (hizo un ruido que semeja una puerta abriéndose)... nos abrieron

**Z:** ¿Quién? oye, en este juego ¿hay muchas cosas que nos dan miedo no?

**J:** Sí... (cambió a una voz chillona, asustado)... esta por allá, en tu espalda (yo volteo siguiendo el movimiento de su mano)

**Z:** ¿Qué fue eso?

**J:** Es un fantasma... ayyy (se sacudió la mano)... guacala

**Z:** ¿Lo mataste?

**J:** No. Nos echó baba... iughhhh

**Z:** Iughhhh... ¿Por qué nos babeo?... ¿nos quiere morder?

**J:** Sí... saca tu pistola... dispárale

**Z:** Eh ¿tengo una pistola?

**J:** Sí, dispara... ya se vamos a usar una aspiradora... (semejó tener algo parecido a una manguera)... mueve la palanca... (disparó)

**Z:** ¿Qué paso?

**J:** Listo, mira lo que tengo

**Z:** ¿Qué es?

**J:** El fantasma que nos babeo... esta atrapado aquí

**Z:** ¿Nos quería comer?

**J:** Sí... oye...hay

**Z:** Muchos fantasmas... ¿será como tu mamá?

**J:** ¡Ay, ay! otro fantasma

**Z:** Ese debe ser tu papá, ¿no?

**J:** ¡Mira!

**Z:** Porque a veces ellos lloran y hasta los quieres atrapar para que te hagan caso

**J:** Silencio

**Z:** No te gusta oír estas cosas

**J:** Los que están atrapados en la espiradora, ya se están saliendo... ay ya se salieron... atrapémoslos (comenzamos a atraparlos de nuevo)... con la aspiradora... se están escondiendo

**Z:** ¿Para que nadie los encuentre?

**J:** Sí

**Z:** Entonces se esconden como tu

**J:** Déjame hacer... vamos a hacer el campamento

**Z:** ¿Y lo fantasmas?

**J:** Ahí lo vamos a dejar... oye, te gusta el acuario...

**Z:** Sí... que peces te gustan a ti

**J:** Mira... Un tiburón... ay que ir una caminata de los animales... “este es una araña más bella del mundo. Y también una piña” (cambió la voz y empezó a hablar solo, como si hubiera una tercera persona a la cual le ordena la comida que quiere)

**Z:** ¿Es como si fueras dos personas en una? ¿Quién eres?

**J:** Johan... mira ¿qué es eso?

**Z:** ¿Qué es?

**J:** Limonada... mientras comemos va a haber música... (Comenzó a tocar con el pandero mientras simula comer)... espera, quiero construir algo...te presento el zumbador-campana.-trompeta... (se distrajó)... Mira eso

**Z:** ¿Qué pasa?

**J:** Parece que ya va a caer... no, es un cometa, es un meteorito... se va a estrellar contra nosotros

**Z:** A veces tú te estrellas contra la realidad verdad

**J:** Era baba de alienígena y la tienes en tu mano

**Z:** Hoy todos nos quieren hacer algo

**J:** Ya es hora de guardar esto... (comenzamos a guardar todos los materiales que habíamos utilizado)

Era común ver los contenidos persecutorios, sin embargo, en esta fase vemos como Johan comenzaba a aceptar los miedos que tenía, pero contrario a otras ocasiones, en lugar de correr y ocultarnos, Johan utilizaba distintos medios como la aspiradora o la pistola para hacer frente a ellos.

**Z:** ¿Y ahora que vamos a hacer?

**J:** Vamos a jugar con la caja

**Z:** Ok

**J:** (Sacó una figura de una palmera) una isla como la de bob esponja

**Z:** Ves mucha tele, ¿no?

**J:** Como la de bob esponja... ¿qué es esto?... un sillón (comenzó a sacar muebles de la casa)... ¿me ayudas?

**Z:** ¿En qué?

**J:** Tíralo todo

**Z:** ¿Todo?... Se me hace que también te vas a tirar por aquí... cuando sacas todos los juguetes dices muchas cosas interesantes

**J:** (Comenzó a agarrar los juguetes de la caja y verlos, hablando bajito)

**Z:** Johan no me estas viendo, hablas solo y no me haces caso

**J:** Y bueno... buenos (siguió hablado con los muñecos)... ¿Ya jugamos?

**Z:** Sí... ¿qué hacemos?... a la casita como antes (comenzó a darme muebles para que los acomodara)

**J:** Aquí hay un pastel de colores... cuídamelo, que nadie se lo coma

**Z:** Ok. Yo lo cuido (tomó una persona y comenzó a caminar alrededor del pastel)

**J:** (Toma una figura de otra persona y se acerca al pastel) ¡Qué rico pastel!

**Z:** Niño, no te puedes comer el pastel, es de Johan

**J:** (Él directamente me preguntó) ¿quién se quiso comer mi pastel?

**Z:** Ese niño

**J:** (Niño) sólo me voy asentar y ver... (lo sienta en una silla cerca del pastel. Esta acción se repite con 7 figuras más, incluyó personas, sillas y palmeras)... listo ya están todos los invitados

**Z:** ¿A que están invitados?

**J:** Al pastel de cumpleaños de Johan

**Z:** ¿De quién?

**J:** De mí... Johan... ¿están preparados para que les haga sus disfraces?

**Z:** ¿De qué los vas a disfrazar?

**J:** De una momia

**Z:** ¿Momia?

**J:** Si, disfrazas a este

**Z:** ¿De qué?

**J:** De monstruos

**Z:** Primero este bebé... ¿de qué lo disfrazo?

**J:** De monstruos... de fantasma

**Z:** Como Casper... oye, ¿te pareces a un fantasma tú?... en tu casa te pasas por todos lados y nadie los ve

**J:** Noouuu

**Z:** Yo creo que si... listo

**J:** Le falta... ten más plastilina

**Z:** Que le tapo (me indicó que lo cubriera totalmente) esto parece un capullo, así nadie lo va a ver, se va a esconder... ¿quieres que disfrace otro?

**J:** Este... de pirata, un sombrero, una espada y con un con un... un pirata fantasma

**Z:** Oye los piratas siempre están en peligro... porque en el mar se los puede comer un tiburón o se puede hundir el barco, como tus juegos que siempre te persiguen tiburones, piedras y todo les puede pasar... ¿también en tu casa te sientes en peligro?

**J:** Sí

**Z:** Yo creo que es porque sientes que nadie te cuida... ¿no crees?

**J:** Sí... (le entregue el pirata).. hazle un barco

**Z:** Oye Johan, este es un pirata muy particular, es un pirata que siempre se siente en peligro, pero nadie lo ve porque es fantasma entonces seguramente siente que a nadie le importa y que nadie puede ayudarlo... ¿ha de tener mucho miedo, no?

**J:** Sí

**Z:** ¿Sigues haciendo a la momia?

**J:** Sí

**Z:** Y esto que le hacemos

**J:** Un vampiro

**Z:** ¿Qué vas a hacer ahora?

**J:** Un jinete sin cabeza

**Z:** Oye, ¿éste es una mamá?... una mamá vampira

**J:** Sí, ponle sus colmillos

**Z:** Oye es verdad... esta es como una mamá que con lo que hay en su boca lastima y que en vez de dar succiona, ¿no?

**J:** Y convierte a todos en vampiros

**Z:** ¿A todos?... se parece a tu mamá, que cuando esta triste, ¿pone a todos tristes?

**J:** Sí

**Z:** ¿Tu a quién haces?

**J:** Estoy haciéndole una cara para que parezca un zombi...

**Z:** ¿Qué vas a hacer? El jinete sin cabeza... el jinete sin cabeza se parece

**J:** Creo que quiero hacer de la popo

Cuando Johan entró al baño no dejó que su madre lo acompañara, pero al cabo de unos segundos salió a decir que tenía miedo, por lo que, entró su mamá a auxiliarlo. Dado que se tardó aproximadamente 10 minutos en el baño, no fue posible continuar con el juego, concluyendo la sesión y dejando estos temas pendientes.

---

#### **6.2.4. Fase de contención: exigencia a los padres y cierre (sesión 43-52)**

---

Al iniciar el tratamiento de Johan, sabíamos que por las características del caso, el tratamiento iba a ser largo, que necesitaríamos hacer un corte y realizar canalizaciones para que él recibiera el apoyo psicopedagógico que necesitaba, sin embargo, queríamos que nuestra intervención permitiera avances en el ensimismamiento, en la interacción con el otro y la disminución de algunas conductas bizarras. Además, buscábamos que la familia se movilizara y que en particular, los padres realizaran cambios en pro del niño.

La decisión de terminar la intervención, se tomó basándonos en los siguientes aspectos:

- ✓ La madre de Johan asistió a atención médica y comentó que el psiquiatra le había dado un diagnóstico de *depresión*, por lo que comenzó con su tratamiento farmacológico (Queteapina y Flouxetina).
- ✓ Asistencia a un grupo terapéutico para trabajar su depresión.
- ✓ Debido al ingreso de Johan a la escuela y las dificultades que presentaba, era necesario que acudiera a atención psicopedagógica y valoración psiquiátrica/neurológica.

- ✓ La falta de recursos económicos, sociales y psicológicos (por la condición de la madre y la falta de redes de apoyo) que les permitiera asistir al psiquiatra, comprar sus medicamentos, ir al grupo terapéutico, llevar a Johan a atención psicopedagógica y además acudir a terapia.

- **Material y tipo de juego**

Los materiales utilizados en las fases dos y tres fueron los mismos que requerimos para esta última fase. En este punto de la terapia, los materiales de mayor uso fueron los muebles de la casa, las personas y las plastilinas. A ellos, se sumó un juguete de lego de Mario Bross, un muñeco de pitufo y un pequeño oso de plástico que traía consigo a las sesiones.

Los materiales que propiciaban el juego motor (tales como las pelotas, los instrumentos musicales, el aro y las telas) no fueron utilizados con la frecuencia con la que habían sido usados en las fases anteriores, debido a que predominó el juego en el piso con los materiales de la caja, los cuales le permitieron expresar sus fantasías, temores y angustias.

- **Contenido simbólico**

Se trató de una fase relativamente corta en comparación con las anteriores. En ella, se realizó el cierre al trabajo psicoterapéutico de Johan, atendiendo el acompañamiento y trabajo con la madre del menor, debido a que el bienestar del niño, dependía en gran manera de que su madre recibiera tratamiento para la depresión que experimentaba.

Respecto a lo abordado con Johan, en la sesión 46, asistió sucio, sin aliño, con la ropa rota y no acorde al clima. Al abordar esto, no fue capaz de identificar si tenía frío o calor y no pudo explicarme en qué momento su ropa se había roto. Posteriormente, comenzó a tomar muñecos y jugar al “*parque acuático*”. Este juego consistió en que un padre llevaba a sus hijos a nadar (cada quien poseía su propia alberca), sin la presencia de su mamá. Al preguntarle dónde estaba la mamá de esos niños dijo no saber y continuó jugando.

**Figura 13. Juego de Johan en la sesión 46 (El parque acuático)**



En la sesión 49, Johan lo primero que hizo fue tirar todas las pelotitas al suelo y al ver que no había caja de juguetes propuso jugar al Mario Bros. Su juego consistió en armar y desarmar un pequeño juguete de lego. Mientras él jugaba, comenzamos a platicar sobre sus dificultades en la escuela, limitándose a decir que le gustaba la escuela (aunque después dijo que no), que no le entendía y que ahí nadie lo escuchaba. Posteriormente comenzamos a hablar de las preocupaciones de su madre por su salud, ante lo cual Johan no quiso hablar y aventó un juguete (negando estar enojado), para posteriormente comenzar a hablar solo y comenzar a realizar una carita feliz de plastilina que, posteriormente colocó en la cara a un muñeco de plástico, y lo cubrió con la plastilina haciendo una esfera de este material. Como tema central platicamos sobre el final de la terapia (que sería en la siguiente sesión). Hice devoluciones sobre los temas trabajados y los cambios observados (modificaciones en su conducta, mayor expresión de sus emociones, los problemas que había en casa, que extrañaba a su papá, que a veces su mamá no tenía tiempo para él, etc.), a todas ellas Johan contestó que sí, mientras me escuchaba tranquilo y atento, al final de las devoluciones se quedó callado. Posteriormente, hablamos sobre todo lo que haría después de terminar la terapia. Cerramos la sesión al ingresar su madre para revisar algunos aspectos sobre el informe psicopedagógico que había solicitado la escuela a la que asistía Johan.

Sesión 51, Johan habló de las dificultades de su madre para hacerse cargo de él. Su juego se trató de dos niños para los cuales construyó una casa, colocó una mesa y preparó alimentos para ellos. En su juego, a los niños no los cuidaba ningún adulto, sino que ellos cuidaban de sí mismos. Mencionó que no tenían mamá, que ellos vivían solos y que debían aprenderse a cuidarse (comer, bañarse e irse a dormir). Al finalizar la sesión, Johan no quería retirarse, por lo que, pidió un momento más para “*cerrar el cofre*” (de plástico), dejar a los muñecos bañados, alimentados y acostados.

**Figura 14. Sesión 51 (El último juego de Johan)**





**Figura 15. Sesión 51 (El último juego de Johan)**



- **Transferencia y contratransferencia**

En esta fase, prevalecieron emociones de frustración y desesperación. Al identificar que era necesario dar cierre al proceso terapéutico para brindar atención me sentí desesperada, porque no había logrado los cambios que me hubiera gustado. Pero me sentía a la vez aliviada de que Johan recibiría la ayuda psicopedagógica que requería en ese momento.

Con la madre de Johan me sentí satisfecha, el ver que habíamos logrado que ella se atendiera, lo cual, resultaba esperanzador sobre el futuro del niño y de su familia. En ese momento, percibí que dentro de toda la fragilidad presente en su personalidad, aún había aspectos resilientes que se había movilizado para modificar su entorno.

Considero que la señora Gabriela en este punto, pudo darse cuenta de que tenía la obligación, pero también la oportunidad de hacer frente a todas sus dificultades, de manera que pudo visualizar

claramente que mi labor había terminado y que era momento de que ella retomara sus funciones maternas.

- **Mecanismos de defensa**

- ❖ Escisión (en menor grado): aunque el ensimismamiento continuó hasta la última fase del tratamiento, en este momento le era posible hablar de sus sentimientos de soledad y enojo con mayor fluidez. Sin embargo, era más fácil que saliera de ese estado, es decir, cuando comenzaba a hablar solo, simplemente había que mirarlo a los ojos o decir su nombre una vez para que volteara a verme y siguiéramos conversando.
- ❖ Proyección. En el juego, Johan ponía sus propias necesidades en el juego, de manera que los muñecos satisfacía sus necesidades de afecto (comida).
- ❖ Introyección: En el juego, Johan elimina la capacidad de los padres de cuidar a sus hijos y de satisfacer sus necesidades. Dichas capacidades son puestas en los hijos, los cuales “*se cuidan solos*”.

- **Trabajo con los padres**

Debido a la necesidad de dar cierre a la intervención psicoterapéutica para canalizarlo a atención psicoeducativa y psiquiátrica/neurológica, fue necesario movilizar los recursos de la madre de Johan para que comprendiera la necesidad de recibir apoyo médico. De tal manera que en la sesión 43, se planteó una sesión que resultó crucial para el dar fin a nuestra intervención y realizar la canalización a los otros especialistas que seguirían apoyando el desarrollo de Johan. En ella, la madre de Johan identificó que no sólo estaba deprimida por la vida que había tenido los últimos años, sino que además estaba triste porque acababa de finalizar su relación de noviazgo con un excompañero de la escuela.

Se tocaron temas sobre el cómo había sido educada para “*hacerse la fuerte*” y no demostrar su tristeza, por lo cual intentaba no admitir su tristeza. Ante ello comentó “*se me ha olvidado como ser una buena madre*”, ya que en ocasiones no sabía lidiar con tantas presiones y terminaba desahogándose con sus hijas.

Parte importante de la sesión, se centró en establecer cómo es que el estado emocional de la señora Gabriela impactaba de manera importante en el estado de ánimo de Johan, el funcionamiento familiar, la satisfacción de sus necesidades tanto físicas, como emocionales y por

tanto en el desarrollo largo plazo de su hijo. Al final de la sesión, la señora Gabriela, por primera vez, se vio completamente convencida de asistir al psiquiatra.

A partir de esta sesión, se destinaron breves encuentros de entre 20 y 30 minutos para atender las inquietudes de la madre del menor, no sólo respecto a Johan, si no sus propias necesidades relacionadas a la atención psiquiátrica que comenzaba a recibir. De tal manera, en la sesión 44, informó que había acudido a su cita con el psiquiatra en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y que éste la había alarmado, pues el médico consideraba que su depresión era tan grave que la quería internar de inmediato, porque había riesgo de conducta suicida. Esta situación la asustó y le hizo darse cuenta de que realmente requería ayuda y que no debía dejar pasar más tiempo. Debido a que no podía internarse porque sus hijos requerían su presencia, recibió una referencia al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, para que acudiera a una revaloración.

En la sesión 46, la señora Gabriela, refirió haber asistido a su cita y tras la valoración le prescribieron, Queteapina y Flouxetina, además de un medicamento para dormir. Aunado a ello, el médico psiquiatra recomendó que asistiera a terapia de grupo, debido a que se consideró que la señora requería atención psicológica además de la farmacológica. Sin embargo, no contaba con los recursos económicos suficientes para comprar el medicamento completo, por lo que hasta éste momento sólo había ingerido el medicamento para dormir (la cual la adormecía todo el día). No obstante, aseguró que los compraría en cuanto le fuera posible, ya que acudiría a una revaloración médica dentro de un mes.

Para la sesión 49, la señora Gabriela ya estaba tomando su medicamento en tiempo y forma. Refirió sentirse mucho mejor, estar más tranquila, descansaba mejor y se sentía motivada, pues comenzaba a creerse capaz de enfrentar todos los problema.

Un aspecto importante trabajado en esta sesión, es el cambio en la interacción entre madre-hijo. Hasta este momento, Johan constantemente buscaba contacto físico con su madre, así como su atención y ella respondida de manera cortante y agresiva. No obstante, se mostró dispuesta, alegre e incluso abrazó a su hijo (a pesar de que la interrumpía) y lo besó.

En el aspecto escolar, la señora Gabriela informó sobre las dificultades escolares que seguían presente, ante lo cual, se presentó una solicitud de informe psicopedagógico por parte de la escuela.

Aunado a ello, se le ofreció realizar una canalización a una institución que los apoyará psicoeducativamente, ella accedió.

La última sesión con la madre de Johan, consistió en hacer el cierre con ella. Se abordaron los avances y los “*pendientes*” en la intervención con Johan. Ella manifestó que a lo largo del tratamiento, observó mejoras en el estado de ánimo del niño, lo veía más tranquilo, era menos frecuente percibirlo hablando solo o haciendo berrinches. La señora Gabriela, recalcó el hecho de que la terapia no sólo le ayudó a Johan, si no que le hizo darse cuenta de que ella también necesitaba ayuda y que no debía descuidarse, porque si ella no estaba bien, sus hijos no podían estar bien.

Hizo énfasis en la necesidad que sentía por ver a su hijo bien, que pese a que presentaba dificultades, quería ofrecerle lo mejor. Comentó que empezaba a hacer cambios en su forma de educarlo (aseguro ya no amenazarlo y no golpearlo), de brindarle tiempo libre, convivir con él, ponerle límites claros a su expareja y “*no presionar a su hijo*” para que fuera como los demás niños. Incluso comentó que estaba asistiendo a un grupo terapéutico con otras personas con depresión. Agradeció la paciencia y el apoyo brindado y aseguró que se cuidaría y cuidará a su familia.

- **Dimensión psicoanalítica**

Al inicio de esta etapa Johan se mantenía renuente a hablar sobre las dificultades de su mamá y del descuido sobre su desarrollo. Sin embargo, al final de la terapia pudo expresar lo que sentía con mayor fluidez.

Durante la fase manifestó su deseo de mayor comprensión y cuidados por parte de su madre, pero también fue capaz de identificar las dificultades que su madre presentaba para cuidar adecuadamente de él. Por otro lado, pudo manifestar su deseo de lograr mayor interacción con él.

Aunque mantuvo dificultades para entender lo que significaba el término de la terapia, simbólicamente pudo ponerse en el lugar de esos niños (juguetes), que se daban cuenta que posiblemente ellos tenían que aprender a ser independientes, cuidarse y atenderse, porque quizás no habría quien los cuidara.

Situaciones, como el maltrato o abuso, eventos traumáticos, relaciones de pareja insatisfactorias, cambios en el contexto social, cambios en el contexto social, pobreza, bajo nivel

socioeconómico, monoparentalidad, violencia doméstica y/o aparición de psicopatología en la madre, son factores que de modificarse cambiaran significativamente el apego y desarrollo del menor (Weinfield, Sroufe y Egeland, 2000; Buchheim, 2003, citado en Quezada y Santelices, 2010). Por tanto, el espacio terapéutico, brindó a Johan, la oportunidad de establecer un apego seguro, en el que era aceptado y protegido de sus propias ansiedades, además de movilizar cambios en la dinámica y funcionamiento familiar. Sin embargo Johan, se retiró dudando que fuera de ese espacio, existiera un adulto capaz y dispuesto para hacerse cargo de él.

- **Sesión muestra de la segunda fase de tratamiento**

Sesión 52 del proceso (Sesión 37 de intervención).

Se trata de la última sesión realizada con Johan, en la cual se dio la despedida de la terapia. A la sesión Johan llegó temprano y entusiasmado. A sesión trajo dos muñecos, un oso y un pitufo y al entrar me mostró sus muñecos y me dijo sus nombres.

**Z:** ¿Osito y pitufo? ¿Verdad?

**J:** Sí... haber ayúdame (comenzó a colocar los tapetes)

**Z:** Está bien (le ayudé)... oye ¿te acuerdas que iba a pasar hoy?

**J:** Sí... vamos a jugar

**Z:** También, pero ya te había dicho la semana pasada que esta era nuestra última sesión... (Al ver que no me ponía atención le pedí que se sentara y repitiera las instrucciones)... después de esta sesión ya no nos vamos a ver, como cuando saliste del kinder que ya no volviste a ver a tu maestra, así también tu y yo al terminar tu terapia ya no nos veremos, ¿sí?, pero ¿sabes qué?

**J:** ¿Qué?

**Z:** Que yo me voy a acordar mucho de ti, ¿haber repítame lo que te había dicho?

**J:** Que ya no aquí... porque la terapia, porque ya acabó la terapia (Se paró por la caja y la colocó en el suelo)

Para el fin del tratamiento es posible ver como Johan presentaba mayor facilidad para interactuar con la terapeuta, pedir ayuda y comentar sobre su día de manera espontánea.

**Z:** ¿Qué vamos a jugar el último día de terapia?

**J:** (No dijo nada y comenzó a tirar todos los juguetes)

**Z:** (Observé que tenía muchos piquetes de moscos en las piernas y que mientras esperaba había estado rascándose la pierna y ahora le estaba saliendo sangre de una de las costras que se había quitado, por lo cual tuve que ayudarlo a parar la hemorragia, luego continuamos)... ya no debes quitarte las costras ¿eh?

**J:** No... (comenzó a sacar a un muñeco de play mobil y comienza a verlo y a habar solo)

**Z:** Y ¿qué es eso? ¿No estás jugando nada?... estas hablando solo

**J:** Es un muñeco de play mobil, es una figura articulada (tomó otra figura) ésta es otra figura y también es articulada (distorsiona la voz)

**Z:** Estas hablando diferente

**J:** Este es otro muñeco... (comenzó a buscar todos los muñecos y a pararlos en una línea)... vamos a parar estos muñecos para que sean amigos

**Z:** Que padre y tu ¿tienes amigos Johan?

**J:** Sí

**Z:** ¿Cómo se llaman?

**J:** Joselito...

**Z:** ¿En dónde lo conociste?

**J:** En la escuela...

**M:** ¿Y amigas?

**J:** Gina, Liliana y la hermana de Gina

**Z:** ¿Y cómo se llama tu maestra?

**J:** No sé... Martina

**Z:** Sí te acordaste

**J:** ¿Me ayudas a construir una casa? (comenzó a cantar)

**Z:** ¿Qué cantas?, ¿estas cantando o estas contando una historia que yo no conozco?

**J:** Uno de los muñecos cae y los otros muecos se ríen

**Z:** ¿Es gracioso?

**J:** Cuando alguien se burla de ti y no debe de hacer eso

**Z:** ¿Quién se burla de ti Johan?

**J:** Franco

**M:** ¿Qué te dice?

**J:** Que soy un tonto

**Z:** ¿Y qué piensas de eso? ¿Te enojas?

**J:** Sí y lo acuso con la maestra y le dice que lo va a mandar a la dirección... muy bien, ahora ayúdame a construir una casa

En este fragmento, se puede ver dos aspectos importantes, por un lado la dificultad que el menor tenía para hablar sobre el cierre de la terapia y por el otro lado, la facilidad con la que pudo expresar el nombre de sus amigas y amigos de la escuela, así como la molestia que sentía de que algunos de sus compañeros lo insulten.

**Z:** Muy bien ¿Qué necesitamos para la casita? (comenzó a pasarle los muebles de la casa y me pidió las sillas, la mesas, los sillones y la cama)

**J:** (Colocó la mesa) aquí es donde comen... vamos a necesitar darles de comer

**Z:** Ok

**J:** Ya sé, compraremos una casa... ¿me pasas una bañera y una regadera y algunas camas?

**Z:** Aquí están

**J:** Necesitamos camas y cobijas

**Z:** Oye a esos niños ¿los van a tratar muy bien verdad Johan? ¿Los van a bañar, les van a dar de comer y los van a tratar muy bien no Johan?

**J:** Sí... aquí están las cobijas

**Z:** Es todo lo que un niño necesita, ¿no Johan?

**J:** Sí

**Z:** Oye y ahora qué está todo listo, ¿Quién les va a dar de comer?

**J:** Nosotros

Su juego, se volvió más cooperativo, no sólo compartía lo que deseaba hacer, también consultaba y tomaba en cuenta las ideas y los deseos del otro para llevar a cabo la actividad. A diferencia de las fases del tratamiento anteriores, en ésta, el juego tenía mayor coherencia y secuencia, ya que en primer lugar comenzó a sacar los objetos, pensó que quería jugar e inicio acomodando los juguetes para posteriormente iniciar con su juego.

**Z:** ¿No tienen mamá Johan?

**J:** No... ellos se cuidan solitos

**Z:** Oh... como tu Johan que te cuidas solito cuando tu mamá no puede cuidarte

**J:** Necesitamos un auto... podemos usar este como auto (tomó un juguete y los sienta sobre el)

**Z:** Oye entonces es como tú, ¿qué sabe que se tiene que cuidar solito?

**J:** Sí (comenzó a jugar con los juguetes y a hablar solo)

**Z:** Johaaaaaan

**J:** ¿Qué?

**Z:** Estabas hablando solo...

**J:** Lo voy a bañar... (Los metió a la tina con la que jugaba, después se quedó con los muñecos en las manos y permaneció ausente por un par de segundos, cuando le preguntó si está bien, aseguró que sí)... (después de bañar a los dos dijo) *“oye donde has dejado la toalla, oh sí, me voy a secar, me prestas la tuya, pero claro, será mejor que nos vayamos a la cama mamá”*

**Z:** ¿No que no había mamá?

**J:** (Los acostó en la cama y los tapa con unos trozos de tela... les habló como si él fuera la “mamá”) buenas noches chiquitas

**Z:** ¿Quién es la mamá?

**J:** Nadie

**Z:** Oye, ¿se parece a tu caso? En donde a veces nadie es la mamá ¿verdad?

**J:** (No me contestó)

**Z:** Me acuerdo que como tú, en casa a veces no hay mamá y te tienes que cuidar solito o te ayudan tus hermanas

**J:** Ahora hay que hacerles su comida

**Z:** ¿También se van a hacer de comer?

**J:** Sí

**Z:** ¿También vives solo?

**J:** Sí, claro

**Z:** Yo creo que has vivido en un mundo como si vivieras solo

**J:** ¡Ay! ¿estás bien? (uno de sus muñecos que estaban en cama lo tira al piso una y otra vez y constantemente le pregunta si está bien)

**Z:** Esos niños viven sin mamá... oye Johan ¿dónde estará su mamá?

**J:** No sé (comenzó a jugar sólo)... los muñecos van a jugar solos al campo

**Z:** Esta sesión se parece al principio, cuando hablabas solo y no podíamos entender lo que decías y no podíamos seguir tu juego

**J:** (Se queda callado)... ¿Cuánto tiempo falta?

**M:** Quince minutos

**J:** (Regresó a su juego donde comienza a bañar a sus personajes y a cambiarlos)

**Z:** Oye, todos los personales que tienes los está bañando, cambiando y peinando... hoy todos recibieron mucha atención... como que hoy lo quieren mucho

**J:** Hoy a todos los cuidaron

**Z:** ¿Cómo a ti cuando viniste a terapia?

**J:** Sí... (volvió a jugar hablándole a sus muñecos)... ven te voy a llevar a tu camita... buenas noches, ya vámonos a dormir... ya es de día, despierta, despierta... tenemos que prepararnos porque nos vamos después de desayunar

**Z:** Tú también ya te vas de terapia Johan.

**J:** Sí... (Continuó dando de comer a sus muñecos que nuevamente estaban acomodados en la mesa, uno de ellos se caía continuamente)... así hasta que se caiga y le salga sangre

Johan presentó ciertas dificultades para asimilar las devoluciones respecto a la ausencia (física y/o emocional) de su madre. Igualmente recalco que aquellas personas que se encuentran solas, deben aprender a realizar las cosas solas, posteriormente se identificó con los niños y asumió que también él necesitaba aprender a cuidarse solo.

**Z:** ¿Y nadie le va a ayudar para que no se caiga?

**J:** Yo recojo los platos y tu limpias la mesa... ya vámonos, deja recojo la *cantinflora* por si tenemos sed

**Z:** ¿A dónde van?

**J:** Al campamento

**Z:** ¿Con quién?



**J:** Solitos... el conejito se queda... veamos si llegan... (solo sostiene los muñecos en la mano y los mira alternadamente)

**Z:** Oye ya vamos a guardar en cinco minutos, termina de jugar

**J:** Sí... (continua hablando solo)... después de unos días después y donde has dejado la toalla... donde está secándose

**Z:** Oye ya hay que guardar las cosas

**J:** ¿Por qué?

**Z:** Porque se terminó el tiempo y es nuestra última sesión

**J:** (No me contesta, pero acuesta los muñecos en la cama y los tapa) con eso hemos terminado

**Z:** ¿Y los dejaste descansando?

**J:** Si, ya está el cofre cerrado

Comenzamos a guardar los juguetes juntos y posteriormente entregue a la mamá de Johan la hoja de referencia para Johan y el reporte psicopedagógico para la escuela. Johan se fue contento por el regalo que se llevó de sesión (un muñeco lego y una pelota) y por qué su madre lo tomó de la mano mientras salían. Tanto su madre como Johan me dieron un abrazo y me agradecieron antes de irse del centro.

Al final de las sesión, Johan tomó un momento más para despedirse de los “*niños*” y dejarlos acomodados, alimentados y bañados, y por única vez en el tratamiento, Johan realizó un cierre del juego. Para Johan este juego fue un momento para revivir sus preocupaciones sobre quien se haría cargo de sus cuidados, pero también para comunicar su comprensión de las dificultades de sus padres para cuidar de él. Igualmente expresó su entendimiento del fin de la intervención terapéutica, de manera que dio cierre a los cuidados recibidos en el lugar.

## CAPITULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los capítulos anteriores se realizó una revisión teórica y un reporte de los resultados de la evaluación e intervención que se llevaron a cabo en el trabajo con Johan. En este capítulo, me propongo exponer y discutir los aspectos de mayor importancia, así como aquellos aspectos, temáticas y mi experiencia al trabajar con el Johan y sus padres.

Como recordaremos el niño fue llevado a terapia a insistencia por parte de la escuela. Cuando platicamos con su mamá, la señora Gabriela admitió que las conductas de su hijo le parecían “*inusuales*” y que lo notaba “*diferente*”, sin embargo, no fue hasta que la escuela la presionó y le proporcionó una canalización de atención, que el menor fue llevado a terapia psicológica. Por lo tanto, eran evidentes las dificultades que tenía la mamá del menor para identificar las necesidades emocionales de su hijo, ya que su comportamiento y dificultades no representaban ningún problema y menos dimensionaba las posteriores implicaciones que tendría en las diferentes áreas de su vida. Por otro lado, el padre de Johan no estaba interesado en las condiciones en las que vivía su hijo, por lo cual, sólo describía la conducta del menor como “*lo que hace*” o “*cómo se porta*”, pero a pesar de identificar comportamientos particulares, no podía verlo como un aspecto de interés o motivo de atención psicológica.

El diagnóstico fue especialmente confuso. En el primer acercamiento con Johan, se pudo observar un comportamiento poco de común, que nos hacía pensar en “*esquizofrenia infantil*” o “*psicosis*”, sin embargo, la mayoría de los investigadores consideran que hacer el diagnóstico de esquizofrenia o patologías semejantes en un niño, antes de los 6 años de edad, es una situación poco frecuente ya que el contenido de las ideas delirantes y de las alucinaciones en este grupo de edad, a menudo refleja alteraciones en el desarrollo (Medina, Moreno y Arango, 2007).

Algunos síntomas, como las dificultades para interactuar con el otro, las complicaciones en la articulación de palabras y de expresión, las dificultades para coordinar sus movimientos y la evitación del contacto visual nos llevó a hipotetizar algún tipo de psicosis. Sin embargo, la clasificación del DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002) utiliza el término trastorno generalizado del desarrollo para describir lo que con anterioridad eran llamadas *psicosis* y *esquizofrenia infantil*. Dicha categoría incluye al trastorno autista, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno de Asperger, los cuales se caracterizan por una perturbación

grave de las habilidades para la interacción social, la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Por otro lado, en el DSM-V (APA, 2014) se utiliza el término trastorno del espectro autista, para sustituir los términos de trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastornos generalizados del desarrollo no especificado, identificando como síntomas base, déficits en la comunicación, interacción social, repertorio de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos. Sin embargo, nos encontramos con que ninguno de los trastornos antes mencionados alcanzaba a englobar la sintomatología presentada por Johan.

Desde la literatura psicoanalítica clásica podíamos entender el funcionamiento de Johan desde la llamada *psicosis infantil*, sin embargo, los manuales de diagnóstico no tienen tal clasificación, por tanto, decidimos entender el caso como un tipo de funcionamiento psíquico y no como un trastorno, se presentaban ante momentos de ansiedad, soledad (algo que lo uniera o mantuviera en la realidad). De esta manera, era más importante para nosotros entender *cómo* era el funcionamiento psíquico de Johan y cómo ayudarlo, que el *qué* nombre ponerle a lo que le sucedía. Es aquí donde se confirma la complejidad de querer encasillar a una persona dentro de una “etiqueta”, pues querer forzar a entrar en una, nos pueden llevar a encontrar un diagnóstico y tratamiento equivocados. Por tanto, en los casos como estos, sería mejor intentar conocer la dinámica de la personalidad y sus características.

Una de las características más fáciles de identificar en Johan y de las cuales si podíamos hacer uso de las etiquetas diagnósticas era la presencia de niveles altos de ansiedad e incluso angustia. Dicha característica era el detonador de aquellos estados de ensimismamiento, de alejamiento de la realidad, de movimientos corporales y de habla sin sentido, es decir que hacía que su comportamiento, pensamiento y emociones se desorganizaran y que no permitieran un desarrollo normal de las mismas. De tal manera, que nuestra labor consistía en contener al niño emocional y físicamente y al mismo tiempo ayudarlo a organizar sus pensamientos y su conducta.

La angustia vivida, estaba fuertemente relacionada con el tipo de apego que había vivido en su primera infancia y que le había impedido el desarrollo de mecanismos de defensa más evolucionados, por lo cual, Johan usaba frecuentemente mecanismos primitivos esquizoparanoides, en lugar de aquellos mecanismos depresivos que eran necesarios en ese momento de su desarrollo (Klein, citada en Segal, 1994). Tal como lo refieren Geissmann y Houzel

(2006), los mecanismos de defensa de tipo psicótico –negación, escisión, identificación proyectiva expulsiva- no impiden que se logren investir los objetos externos en la realidad, pero la presencia predominante del objeto malo impiden el desarrollo de un espacio psíquico requerido por la actividad del pensamiento.

Nuestros objetivos terapéuticos eran trabajar a través del juego, para permitir la expresión de ansiedades, miedos, contenidos inconscientes y emociones. Todo ello, buscaba permitir la externalización de las mismas, ayudando a reconocer la realidad interna, en lugar de anular sus experiencias y mejorar el contacto con la realidad. Para ello, primeramente fue necesario establecer una relación terapéutica que le proporcionará lo que en casa no recibía o que tenía de manera intermitente: seguridad. Así, la seguridad del ambiente terapéutico, no sólo mejoró la relación con el otro, sino que disminuyó la ansiedad que sufría de dos formas: 1) disminuyéndola a través de la contención de las psicólogas clínicas y 2) permitiendo un espacio seguro para la expresión de aquellos contenidos que se mantenían negados y que aún así producían un estado de inquietud en el menor.

Al inicio de la intervención y viendo las características del caso, sabíamos que sería difícil y que no lograríamos eliminar en su totalidad los síntomas, sino que mejoraríamos sólo la presencia de los mismos, por lo que, esperábamos poder modificar algunos aspectos en su hogar, los cuales mejorarían el pronóstico del menor y las probabilidades de que continuara el tratamiento o tratamientos que requeriría en el futuro.

En este caso, el clima familiar influenciaba de forma importante en las fantasías y en los avances o retrocesos de Johan durante su terapia, pues cuando éste era relativamente tranquilo (sin peleas entre los padres, la madre se sentía más animada y la economía familiar se mantenía estable) Johan podía asistir puntualmente a sus sesiones, su madre se presentaba más atenta e interesada y por tanto, Johan avanzaba en las sesiones, se mostraba divertido, atento, interesado y sobretodo le era más fácil salir de las fantasías y hacer frente a sus emociones y preocupaciones. Sin embargo, cuando los aspectos familiares oscilaban o sus padres pelaban en casa, era común que Johan o no asistiera o sí lo hacía, con facilidad se ensimismara y tuviera dificultades para interactuar con las terapeutas.

Tal como lo indican Geissmann y Houzel (2006) el destino de los niños está determinado por el lugar que llegarán a ocupar dentro del grupo de personas que cuidarán de él y por tanto, le tocará

ocupar en una red de significaciones preexistentes a su nacimiento. Por tanto, es común que niños con sintomatología esquizoide, que se mantienen aislados, tienen bajo rendimiento escolar, depresión, trastornos de pensamiento, fisuras narcisistas y relaciones típicas de aprensión, hayan tenido graves carencias precoces, defectos de pensamiento y fracasos en el acceso a la transicionalidad, así como la elaboración de la posición depresiva durante su infancia.

Dado lo anterior, se volvió fundamental conocer cómo era que los miembros de la familia influirán en el funcionamiento del menor dentro de casa y en la terapia. Una de las relaciones más importantes era la que mantenía con su madre. La historia de la señora Gabriela, tendría gran influencia en la forma en la que asumió la maternidad de cada uno de sus hijos y en especial la de su hijo varón. Desde la relación con su padre, la señora, no tuvo una relación cercana con su padre, ya que lo describía como una persona seria, mayor (edad), que sólo proveía de las necesidades económicas. Posteriormente la relación con el padre de sus hijas (el señor Juve) con quien al inicio pudo mantener una buena relación, pero con las dificultades económicas y emocionales, la relación se distanció y se volvió agresiva, lo cual, fue dificultando su relación con sus hijos y *“olvido como ser madre”*. Como es posible ver, las relaciones con los varones nunca fueron cercanas, no obstante parecía ser que las dificultades de su hijo le recordaban las que se presentaba con su pareja y al igual que con el señor Juve, la señora Gabriela evitaba hablar del tema, más aún evadía realizar las acciones necesarias para ayudarlo e incluso llegó a manifestar que no podía sentir amor por su hijo. Todas estas dificultades, junto con la depresión (no diagnosticada) desde el nacimiento de su segunda hija y que continuó agravándose hasta los 5 años de Johan, habían impedido no sólo que cumpliera sus tareas de cuidado y de maternaje, sino que había desprovisto a Johan de cuidados y apego seguro, privándolo de un ambiente adecuado para su desarrollo.

La interacciones poco oportunas entre la madre y el bebé, establecen y preservan al niño en una desorganización irremediable, mantienen en él graves discontinuidades y trastornos de pensamiento y de la representación, así como fallos en la transicionalidad (Geissmann y Houzel, 2006). En el caso de la señora Gabriela y Johan, los cuidados proporcionados por su madre eran ambivalentes; por un lado afirmaba amar a su hijo y desear que aprendiera, pero por otro, ante sus dificultades para cuidarlo, vestirse, recoger sus juguetes, o bien lo hacía por él, le pedía a sus hijas que le ayudaran o reaccionaba agrediendo físicamente, verbal o psicológicamente (ignorándolo). Lo cual hacía que su hijo, continuamente se mantuviera demandante, dependiente y alerta, para buscar

el cariño, aceptación y aprobación de su madre, llegando a portarse aprehensivo, lo cual generaba mayor rechazo de parte de la señora Gabriela.

Respecto al padre de Johan, su propia historia de orfandad de padre, le había dificultado: 1) la separación e independencia emocional hacia su madre, lo que lo hacía tener idealizada la figura de la misma y menospreciar a las mujeres que no se comportaban como lo “*hubiera*” hecho ella (como su expareja, a quien a menudo le recriminaba que la conducta de su hijo y sus problemas eran su culpa), 2) la relación hacia su madre, lo llevaba a mantener una dependencia emocional hacia las mujeres (y en palabras de su expareja, hacia las bebidas alcohólicas) por lo cual, no lograba hacerse responsable de él mismo, de su pareja o de sus hijos, buscando frecuentemente retomar la relación que tenía con la señora Gabriela y 3) la falta de un modelo de “*como ser padre*” por la ausencia de su propio padre, lo hacían sentir inseguro sobre cómo debía de acercarse a sus hijos. Al respecto, Geissman y Houzel (2006) refieren que aquel padre ausente, lejos de convertirse en un tercer referente en la relación madre-hijo, prohíben en el niño las investiduras tanto libidinales como narcisistas que, en condiciones habituales, permiten afrontar las angustias de castración y mantener su sitio en la configuración edípica estructurante.

Aunque en un inicio se contempló la posibilidad de trabajar con el padre de Johan, el señor Juve expresó continuamente su necesidad de volver a tener a su familia y a su pareja con él. El papá de Johan mantuvo un discurso narcisista en el que sólo buscaba satisfacer sus propias necesidades de: compañía, amor, poder, afecto, etc., sin que ello involucrara atender las necesidades de Johan o de su familia. Aunado a ello, el padre de Johan comentó “*estar ocupado*” y la negativa de la señora Gabriela de trabajar con él, desistimos de involucrarlo en el proceso y lo invitamos a iniciar su propio proceso terapéutico, lo cual fue aceptado en el momento, pero no se llevó a cabo posteriormente.

Respecto a la relación con sus hijas, la señora Gabriela y Johan, vimos como muchos de los síntomas depresivos y la tendencia a ensimismarse presentes en la madre, se encontraban también en sus hijas (la señora Gabriela, en sus propias preocupaciones, Johan en la fantasía, la siguiente hermana, en sus pensamientos y la hermana mayor en su celular o en su cuarto). Las obligaciones del cuidado de Johan que la señora Gabriela delegaba a sus hijas, así como sus continuas problemáticas y quejas respecto de su padre (en las cuales las involucraba), hacían que ellas comenzaran a presentar dificultades en su conducta y estado de ánimo. Por ejemplo, la señora

Gabriela refirió que su hija mayor (15 años) evitaba estar en casa, tenía frecuentes peleas con su novio y la hija de 10 años, comenzó a bajar sus calificaciones, a “*verse triste*” y a mostrarse excesivamente preocupada por el bienestar de su hermano.

Si se analizan las características de la interacción entre los miembros de la familia y la forma de interactuar de cada uno de los ellos con Johan, era de esperarse que el desarrollo del menor fuera afectado por varias razones: 1) La depresión de la madre de Johan, así como lo que el menor significaba para la señora llegaba a tal grado que ella manifestó en una sesión que “*no sabía cómo quererlo*” lo cual dejaba a Johan con una madre poco activa, sin interés en ayudarlo e incluso con un comportamiento agresivo en algunas ocasiones, 2) el padre ensimismado en sus propias necesidades y con una relación agresiva con la madre, era incapaz de entablar una relación de seguridad y afecto con el menor y 3) respecto a sus hermanas, debido a su edad y a el hecho de que ellas también vivían una situación familiar similar, las imposibilitaba de ayudar adecuadamente a su hermano. Tal como se vio, el funcionamiento familiar estaba caracterizado por inestabilidad e inseguridad, se trataba de un ambiente impredecible, exigente, agresivo, que frecuentemente lo exponía a momentos de abandono. Todos ellos, se habían presentado desde antes de su nacimiento y continuaban a sus 5 años, desarrollando y manteniendo las dificultades emocionales y conductuales ya mencionadas.

A través de la evaluación realizada a Johan, pudimos descartar algún daño cerebral que pudiera estar causando la sintomatología del menor. Sin embargo, si se encontraron dificultades importantes en el área emocional, relacionadas con la dinámica familiar. Dichos aspectos emocionales afectaban el desarrollo intelectual y por tanto el desempeño académico y social del niño. Aunque sabíamos que posiblemente tendríamos que referir a atención psiquiátrica a Johan, la evaluación nos permitió estar seguros de que el tratamiento con Johan tendría beneficios debido a los aspectos emocionales y familiares que estaban relacionados y que se volvieron parte de los focos terapéuticos de nuestra intervención. Debido a esto, decidimos iniciar un proceso que ayudaría en estos aspectos, para después canalizar a atención psiquiátrica, médica y psicopedagógica.

Durante la evaluación del caso, encontramos y fuimos capaces de predecir dificultades en el desarrollo intelectual conforme Johan avanzara en su educación básica. Debido a que trabajamos con él en la transición del preescolar a la primaria, pudimos observar que durante su educación

preescolar, sus dificultades intelectuales eran descritas como “*dificultades para prestar atención*”, “*dificultades para interactuar con otros*” y “*dificultades para seguir indicaciones*”. Sin embargo, como habíamos conversado con la madre de Johan, estas dificultades de la escuela primaria se convirtieron en problemáticas de mayor gravedad, tales como inatención, ensimismamiento, dificultad para copiar patrones, para identificar y aprender el significado de las letras y los números.

Respecto a la interacción con los demás, esta también se agravó. Como es comprensible, conforme los niños crecen y se desarrollan, requiere más y más contacto con la realidad, por tanto es necesario que dejan de fantasear o imaginar y que comiencen a ver e interactuar con las personas que los rodean. Debido a su tendencia a ensimismarse y a fantasear de manera continua, Johan siempre tuvo dificultades para hacer amigos. En el preescolar no era capaz de nombrar a ningún amigo e incluso se resistía a hablar de ello. Al ingresar a la primaria, estas conductas le resultaron más problemáticas, debido a que no los niños de su edad se encontraban más alerta sobre el resto de sus compañeros. De esta forma, Johan era percibido como “*distinto*” e incluso llegó a comentar que algunos compañeros le decían “*tonto*”.

Como lo mencioné anteriormente, el espacio terapéutico de Johan le dio un lugar seguro donde hablar de sus angustias, de sus miedos y de sus necesidades, pero también un sitio en el cual pudo expresar su enojo y molestia hacia los niños que lo molestaban, hacia su padre que no estaba con él y hacia su madre que no satisfacía todas sus necesidades. El juego y las fantasías daban la oportunidad de que Johan expusiera sus contenidos inconscientes y de la mano con las interpretaciones realizadas, Johan pudo comenzar a hacer conscientes dichos contenidos, disminuyendo la negación y permitiendo la expresión plena de dichos de sus pensamientos, necesidades y emociones, lo que a su vez disminuyó la ansiedad que presentaba y le permitió hacer contacto con la realidad por periodos prolongados.

La intervención realizada, tuvo grandes logros en el funcionamiento y bienestar de Johan. Los más importantes fueron: 1) Una disminución en el tiempo que Johan pasaba hablando soló o imitando voces extrañas dentro de sus fantasías, 2) el movimiento motor de piernas y brazos que se presentaba en periodos de gran emoción o angustia se eliminó casi en su totalidad, 3) respecto al contacto visual que era nulo al inicio del tratamiento, este aumentó radicalmente y con ello el interés por conocer y reconocer a los que lo rodeaban, 4) este reconocimiento permitió mayor



interacción con la terapeuta, pero también con sus pares, llegando a identificar a varios compañeros por nombre y refiriéndose a ellos como sus amigos e incluso mencionando una niña que le gustaba, 5) hubo cambios en la atención que Johan lograba prestar a las tareas, podía pasar periodos cada vez más amplios concentrado y por lo tanto, le era más simple seguir indicaciones, tanto dentro como fuera de la terapia.

No obstante, los cambios no resultaban suficientes para que pudiera acceder a la lectura y escritura o requerimientos similares dentro de la escuela, es por ellos que se decidió, que era momento de dar cierre a este proceso terapéutico y continuar (como había sido previsto) con el apoyo psicopedagógico y en caso de requerirse, con el psiquiatra o neuropsiquiatra.

Desde el punto de vista de la madre de Johan, la intervención había tenido muchos cambios tanto en ella como en su hijo. Decía que el menor estaba más “tranquilo”, que ya accedía a hacer algunas actividades sin ayuda, no *“pasaba tanto tiempo en su mundo”*, se “veía “más interesado en los otros niños” y podía mantener conversaciones más fluidas con las personas. Por su parte, la señora Gabriela comenzó a darle tiempo a Johan para jugar, para platicar e intentaba ser más paciente con él, cuando hacía sus tareas. Por otro lado, afirmaba que la terapia le había ayudado a darse cuenta de que no debía *“darle a sus hijas sus responsabilidades como madre”* y que era necesario que dejara de pelear con su expareja frente a sus hijos o involucralos en las discusiones.

Uno de los avances más importantes logrados en la terapia, fue la asistencia de la madre de Johan a terapia psiquiátrica. La señora Gabriela había sido tratada brevemente por depresión. Sin embargo, el medicamento no lo había ingerido por el tiempo suficiente para que este surtiera efecto, por tanto, había continuado con la sintomatología por un largo periodo de tiempo. Ante nuestra insistencia en que acudiera, la señora se excusaba de distintas formas: *“estoy bien”*, *“me siento mejor”*, *“ya lo superé”*, *“ahorita no siento que lo necesite”*, etc. En muchas ocasiones, se le vio decaída y triste, sin embargo no fue hasta después de mucha insistencia en que accedió a asistir a una consulta psiquiátrica. Fue ahí donde se convenció de que requería atención psiquiátrica. Una vez que tuvo sus medicamentos, comenzó a tomarlos y a notar cambios en su calidad de sueño y en su estado de ánimo en general. Además comenzó a asistir a terapia de grupo como parte de su tratamiento farmacológico.

Los avances en el estado de ánimo de su madre y al mismo tiempo la necesidad de que Johan fuera apoyado psicopedagógicamente (para no provocar un mayor rezago académico), nos llevó

al siguiente paso en el tratamiento de Johan, que era despedirnos de él y canalizarlo, esperando que los avances en el estado ánimo de la madre permitieran la continuidad del tratamiento.

Por otro lado, respecto a mis experiencias personales, el trabajo con Johan fue un reto en muchos sentidos. En primer lugar, las características del caso y el funcionamiento de Johan requerían de mí, grandes esfuerzos para seguir y entender su discurso y para intentar dar coherencia a lo que decía. En segundo lugar, el intento por dar sentido a lo que le pasaba a Johan fue una larga tarea documental que buscaba entender no sólo a los síntomas presentes, sino que contextualizara el porqué de ellos, a través de la re-construcción de sucesos importantes. En tercer lugar, las características de la familia complicaban el tratamiento con Johan, ya que podían hacer que retrocediéramos en los avances y en que por cuestiones económicas y emocionales en muchas ocasiones no tenían los recursos para acudir a las sesiones, ante lo que se requería paciencia y constancia hacia Johan y su madre. En cuarto lugar, considero que una gran labor fue el trabajo con mi propia contratransferencia, la desesperación de no poder ayudar más a Johan, debido al estado de su madre y mi propia exigencia ante los cambios que creía eran necesarios que sucedieran.

De manera profesional, trabajar con Johan me permitió “*relajarme*” en sesión. Se trató de la primera vez que ingresé a trabajar en Cámara de Gesell bajo la observación de mis compañeras, cosa que inevitablemente me provocaba ansiedad. Aunado a ello, el no entender y no saber qué hacer, también me llegó a confundir y poner ansiosa. Sin embargo, a través de las sesiones me sentí más y más segura, pude olvidarme de los demás y comenzar a centrarme en los contenidos y en seguir las fantasías y hacer las devoluciones pertinentes. Aunque en un inicio me fue difícil seguir sus fantasías, sobre todo porque estas podían llegar a ser complejas, poco a poco pude encontrar el equilibrio entre seguirlas y ayudarle a darle sentido a través de las interpretaciones.

Como se podrá notar, el trabajo con Johan requería una doble contención, primeramente la contención que como psicólogas clínicas ofrecíamos al menor y por otro lado, la contención que como psicólogas necesitábamos. Dicha contención me fue proporcionada a través de la supervisión que recibíamos del caso, la cual contribuyó a nuestra labor de las siguientes formas: 1) nos permitió analizar la presencia de nuestra contratransferencia hacia Johan y sus padres y que ésta no influyera negativamente en nuestra labor, 2) disminuyó la ansiedad que nos provocaba no saber cómo relacionarnos con el menor y 3) nos guiaba en la consulta de diferentes fuentes

bibliográficas y trabajos de investigación (tesis) que podrían ser consultadas para mejorar el entendimiento e intervención del caso.

De igual manera, el trabajo con los padres y la contratransferencia que podían producirme, fue un momento de crecimiento profesional que me permitió cambiar mi visión de ellos, contemplarlos desde su propia historia y construir junto a ellos una imagen favorable de su hijo, para con ello potencializar sus recursos y mejorar el pronóstico del menor.

### **7.1. Limitaciones y sugerencias**

A continuación intentaré enlistar aquellos aspectos que desde mi punto de vista limitaron mi trabajo con Johan y algunos puntos que podrían tomarse en cuenta cuando se trabaja con pacientes con características similares a las del niño:

- Como primer punto, en este tipo de casos, sería bueno obtener una historia completa del desarrollo del menor y de los antecedentes más importantes de los padres (trabajo transgeneracional). En este caso, la historia fue un proceso de re-construcción, ya que si bien tuvimos sesiones pertinentes para obtener la mayor cantidad de información, la madre de Johan tenía dificultades para expresar de manera continua la historia de desarrollo de su hijo e incluso no recordaba ciertos datos. No obstante, a lo largo de las sesiones realizadas con ella fue posible realizar una re-construcción amplia no sólo de la vida de Johan, sino de sus padres. Aunado a la historia de desarrollo de los menores, es necesario informarse y documentarse teóricamente, de manera que comprendamos cómo es que podemos ayudarlo y proporcionar tratamientos eficaces.
- Una de las limitaciones más importantes en el trabajo con Johan fue la falta de redes de apoyo para la madre del menor, fuera de la intervención psicológica. La señora Gabriela se encontraba sola en el cuidado de sus hijos, el apoyo económico y emocional. Cuando hablábamos con ella, refería que su madre representaba una persona más de la que debía hacerse responsable y que cuando estaba con su expareja, era una situación similar. Por otro lado, sus hermanas y hermanos simplemente no figuraban como apoyo en ningún sentido.
- La falta de apoyo, igualmente estaba relacionada con la incapacidad de la familia de pagar las sesiones (ni cuando se realizó el ajuste de cuota). Sin embargo, las inasistencias también estaban relacionadas con el “*cansancio*” de la señora Georgia y con las continuas

afecciones físicas que manifestaba (migraña, gripa, dolor de espalda, etc.), lo cual representó un gran obstáculo en el trabajo de Johan.

- Habría resultado conveniente, que Johan pudiera acceder a servicios multi y transdisciplinarios, psiquiátricos, neurológicos, pedagógicos y además trabajar de la mano con la escuela y la familia para mejorar las condiciones y oportunidades para él. Sin embargo, como mencioné anteriormente, ni las cuestiones económicas, ni la accesibilidad a una intervención de este tipo e incluso la disposición de la familia lo permitieron. Sin embargo, considero que intervenciones integrales pueden ofrecer mejores resultados que aquellos tratamientos que son encadenados.

Como vemos, la labor con este tipo de pacientes es complejo y laborioso, requiere de un trabajo personal y de la preparación teórica y personal constante por parte del psicólogo. Es una ardua tarea, sin embargo, desde mi experiencia personal, es en este tipo de casos es donde nos desarrollamos más como profesionales de la salud mental infantil.

## REFERENCIAS

- Abarashi, Tahmassian, Mazaheri, Panaghi y Mansoori. (2014). Parental self-efficacy as a determining factor in healthy mother-child interaction: a pilot study in Iran. *Iran J Psychiatry Behavior Science*, 8(1): 19–25. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4078689/>
- Aberastury, A. (1962). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. España: Paidós.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª revisión. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5 (DSM 5). Barcelona: Panamericana.
- Arvelo, L. (2004). Maternidad, paternidad y género. *Otras Miradas*, vol. 4 (2), 92-98. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/183/18340203.pdf>.
- Aubin, H. (1977) *Psicosis infantil*. España: Planeta.
- Barriguete, J. (2011). Dificultad diagnóstica y terapéutica en un trastorno psicótico de inicio tardío. Reporte de un caso. *Salud mental*, vol.34 (2), 175-179. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000200011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200011).
- Bloomfield, L. y Kendal, S. (2007). Testing a parenting programme evaluation tool as a pre-and post-course measure of parenting self-efficacy. *J Adv Nur*, vol. 60 (5), 487-493. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17973712>.

Bowlby, J. (1983). *El vínculo afectivo*. Argentina: Paidós.

Cabrera, E., Máiquez, M., Martín, J. y Rodrigo, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2) 113-120. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814021003>.

Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (2002). Terapia cognitivo-conductual y psicosis. *Clínica y Salud*, vol. 13 (3), 307-342. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618090004.pdf>.

Dallal, E. y Bodeck, R. (1974). El manejo clínico de las psicosis infantiles. En A. Aberastury (Eds.), *Psicosis infantiles y otros cuadros graves de la infancia* (pp.69-81). Argentina: Paidós-ASAPPIA.

De Caifa, C. y Ameglio, F. (2013). Pensando en la Transicionalidad y su patología. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 116, 88-104. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201311608.pdf>

Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

Eisenberg, L. (1978) Psicosis en los niños: características clínicas. En A. Freedman y H. Kaplan (Comps.), *El niño neurótico, sociópata y psicótico* (pp.72-84). Argentina: Paidós.

Escudero, A., Gil, S., Pina, L. y García-Cabeza, I. (2010). Psicofarmacología de la Psicosis: Elección del Fármaco, Adherencia al Tratamiento y Nuevos Horizontes. *Clínica y Salud*, vol.21 (3). 271-283. Recuperado en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300006).

Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos*. México: Editorial Manual Moderno.

Esquivel, F., Heredia, M. y Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.

Farkas-Klein, C. (2008). Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Universitas Psychologica*, vol. 7 (2) 457-467. Recuperado en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/322/254>.

Fritsch, R., Montt, M., Solfs, J., Pilowsky, D. y Rojas, M. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? *Revista médica de Chile*, vol. 135 (5). 602-612. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000500008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500008).

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 38 (3). 493-507. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>.

Geissmann, C. y Houzel, D. (Eds). (2006). *El niño, sus padres y el psicoanalista*. España: Síntesis.

González, J. y Rodríguez, M. (2002). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica*. México: Plaza y Valdéz.

Green, A. (1983). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. México: Amorrortu.

Heller, E. (2005). *Psicología del color, cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Barcelona: GG.

- Kernberg, P. Weiner, A. y Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Lavietes, R. (1978) Psicosis en los niños. Tratamiento. En A. Freedman y H. Kaplan (Comps.), *El niño neurótico, sociópata y psicótico* (pp.85-93). Argentina: Paidós.
- Lebovici, S. (1989). *Tratado de psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lucio, S., (2003). *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*. México: Manual Moderno
- Mahler, M. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano: Simbiosis e individuación*. Buenos Aires: Marymar.
- Mahler, M. (1984). *Psicosis infantil, simbiosis e individuación*. Madrid: Payot.
- Maiquez, R. y Byrne, M. (2008). *Perseveración familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.
- Martín, J., Cabrera, E., León, J. y Rodrigo, M. (2013). La Escala de Competencia y Resiliencia Parental para madres y padres en contextos de riesgo psicosocial. *Anales de Psicología*, Vol. 29 (3). 886-896. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16728244028.pdf>.
- Medina, O., Moreno, D. y Arango, C. (2007). Diagnóstico de psicosis en niños y adolescentes: Una tarea nada fácil. *Archivos venezolanos de psiquiatría neurología*, vol. 53 (109). 25-33. Recuperado de <http://docplayer.es/6641793-Diagnostico-de-psicosis-en-ninos-y-adolescentes-una-tarea-nada-facil.html>.



Moreira, H., Carona, C., Silva, N., Nunes, J. y Canavarro, M. (2015). Exploring the link between maternal attachment-related anxiety and avoidance and mindful parenting: The mediating role of self-compassion. *Psychol Psychother*, vol.89 (4). 369-384. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26493983>.

Obando, A. (2012). Un caso de psicosis infantil. *Tesis Psicológica*, vol. 7(2). 125-130. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139026418010.pdf>.

Obiols, J. y Barrantes-Vidal, N. (2014). *Signos de riesgo y detección precoz de psicosis*. España: Síntesis.

Olhaberry, M., Escobar, M., San-Cristobal, P., Santelices, M. y Farkas, C. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, vol. 31 (2). 249-261. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082013000200011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000200011).

Parke, R. (1986). *Papel del padre*. Madrid: Morata.

Pelento, M. (2004). Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de Donald Winnicott. *Psicoanálisis: ayer y hoy*, 2. Recuperado de <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/impnumero2/pelento-2-doc.htm>

Quezada, V. y Santelices, M. (2010). Apego y psicopatología materna: la relación con el estilo de apego del bebe al año de vida. *Revista latinoamericana de Psicología*, vol. 42 (1) 53-61. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80515880005.pdf>.

Ramírez, A. (2004). Conflictos entre Padres y Desarrollo de los hijos. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 11 (34). 171-182. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/105/10503407.pdf>.

Repetur, K. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, vol. 6 (11). 2-15. Recuperado de: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov\\_art105.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf).

Riquelme, E., Roja, A. y Jiménez, A. (2012). Equilibrio trabajo-familia, apoyo familiar, autoeficacia parental y funcionamiento familiar percibidos por funcionarios públicos de Chile. *Trabajo Social*, (18). 203-215. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1514-68712012000100013](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712012000100013).

Ross, P. (2000) The Family Puppet Technique For Assessing Parent-Child And Family Interaction Patterns. En Gitlin-Weiner, K., Sandgrund, A. y Schaefer, C. (Eds.), *Play Diagnosis and Assessment*. (672-681). EUA: Edition By Author

Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. 16 (3). 261-270. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>.

S/A. (2001). Clínica de los cuadros Fronterizos y de las Psicosis. *Recopilación bibliográfica y elaboración temática realizada para la pasantía "Clínica de los cuadros Fronterizos y de las Psicosis" dictada en la Facultad de Psicología de la UBA y el Hospital Braulio Moyano*. Buenos Aires.

Segal, H. (1994). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.

Stake, R. (1994). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

Visser, K., Gideon, B. y Van-Kempen, R. (2015). A good place to raise your children? The diversity of parents' neighbourhood perceptions and parenting practices in a low-income, multi-ethnic neighbourhood. A case study in Rotterdam. *Geoforum*, vol. 64. 112-120. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016718515001608>.

Winnicott, D. (1945). Desarrollo emocional primitivo. En Winnicott, D (Ed. 1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pág. 199-214). España: Paidós.

Winnicott, D. (1950). Crecimiento y desarrollo en la inmadurez. En Winnicott, D (Ed. 1995). *La familia y el desarrollo del individual* (pág. 36-46). Argentina: Hormé.

Winnicott, D. (1951). Las necesidades del niño y el papel de la madre en las primeras etapas. En Winnicott, D (Ed. 1965). *El niño y el mundo externo* (pág. 24-32). Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1952a). La angustia asociada con la inseguridad. En Winnicott, D (Ed. 1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pág. 135-139). España: Paidós.

Winnicott, D. (1952b). La psicosis y el cuidado de niños. En Winnicott, D (Ed. 1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pág. 295-306). España: Paidós.

Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En Winnicott, D (Ed. 1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pág. 397-404). España: Paidós.

Winnicott, D. (1957). Factores de integración y desorganización en la vida familiar. En Winnicott, D (Ed. 1995). *La familia y el desarrollo del individual* (pág. 59-70). Argentina: Hormé.

- Winnicott, D. (1958a). El primer año de vida. Criterios modernos sobre el desarrollo emocional. En Winnicott, D (Ed. 1995). *La familia y el desarrollo del individual* (pág. 15-28). Argentina: Hormé.
- Winnicott, D. (1958b). Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en uno de ellos. En Winnicott, D (Ed. 1995). *La familia y el desarrollo del individual* (pág. 71-83). Argentina: Hormé.
- Winnicott, D. (1960). La relación inicial de una madre con su bebé. En Winnicott, D (Ed. 1995). *La familia y el desarrollo del individual* (pág. 31-35). Argentina: Hormé.
- Winnicott, D. (1967). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Young, S. (2011). *Exploring the relationship between parental self-efficacy and social support systems. (Graduate Theses and Dissertations)*, Iowa State University. (11981).
- Zirlinger, S. (2004) Transicionalidad. *Psicoanálisis: ayer y hoy*, 2. Recuperado de <http://www.elsicoanalisis.org.ar/old/impnumero2/transicionalidad2-doc.htm>.