



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**RESIDENCIA EN  
PSICOTERAPIA INFANTIL**

**ENTRE LA REALIDAD Y LA FANTASÍA  
ANÁLISIS DE UN CASO DE PATOLOGÍA  
FRONTERIZA INFANTIL**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:  
DIANA ISABEL LÓPEZ RODRÍGUEZ**

**DIRECTORA DEL REPORTE:  
DRA. LUISA JOSEFINA ROSSI HERNÁNDEZ**

**REVISORA:  
DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG**

**COMITÉ TUTORIAL:  
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS  
MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA  
DRA. ROSA KORBMAN CHEJETAINE**

**MÉXICO D.F. OCTUBRE 2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## Agradecimientos

A Dios.

A mi familia por enseñarme que la distancia física no importa cuando hay cercanía emocional, por su amor incondicional, en especial a ti Karla por acompañarme de la mano en este sueño que emprendimos juntas.

A la Dra. Blum y a la Dra Rossi, dos de los pilares más importantes de mi formación en la maestría, gracias por su apoyo cálido y ético, por guiarme en diferentes espacios y momentos en este viaje de aprendizaje.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, al Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal por proporcionarme los espacios y los recursos necesarios para continuar con mi preparación profesional.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y al proyecto de investigación e innovación tecnológica PAPIIT IN 302706-2 'Factores de Riesgo Para la Salud Mental Y Psicopatología del Maltrato Infantil' por el apoyo económico otorgado para la realización de este proyecto.

Agradezco en especial a todos los *pequeños-gigantes* con los que trabajé durante la maestría por ser una inagotable fuente de enseñanza-aprendizaje.

## ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Clínica psicoanalítica: El punto de partida</b> .....	<b>9</b>
1.1 Atención psicoanalítica del niño: Reseña de un método de trabajo .....	11
1.1.1 Antecedentes .....	11
1.1.2 Terapia de juego psicoanalítica: La práctica hoy .....	14
1.2 Transferencia y contratransferencia: Pilares de la clínica psicoanalítica .....	21
1.2.1 Transferencia .....	22
1.2.2 Contratransferencia .....	26
1.3 Alianza terapéutica: El eje rector de la psicoterapia .....	30
<b>2. El maltrato infantil. Una visión contemporánea</b> .....	<b>32</b>
2.1 Definición del término .....	33
2.2 Tipificación del maltrato.....	34
2.2.1 Negligencia: Los golpes ocultos .....	34
2.2.2 Abandono: La pérdida afectiva .....	35
2.2.3 Físico: Más que marcas corporales .....	36
2.2.4 Psíquico o emocional: Cuando las palabras hieren .....	37
2.2.5 Sexual: El asalto de lo íntimo.....	38
2.2.6 Síndrome de Münchhausen por poderes: Los padres que “enferman” .....	40
2.2.7 Prenatal: El maltrato antes del nacimiento .....	40
2.2.8 Maltrato institucional: El abuso del poder público .....	41
2.2.9 Explotación: La esclavitud infantil.....	42
2.3 Trauma psíquico: El dolor de la experiencia .....	44
2.4 Institucionalización: Una opción de cuidado .....	46
<b>3. Patología fronteriza: ¿Una zona intermedia?</b> .....	<b>50</b>
3.1 Antecedentes y definición .....	50
3.2 Características clínicas .....	53
3.3 Patología fronteriza en niños .....	62
3.4 Angustia y somatización: Cuando el cuerpo habla .....	70
<b>4. Método de trabajo</b> .....	<b>76</b>
4.1 Objetivos .....	76
4.2 Participantes .....	78
4.3 Escenario .....	78
4.4 Procedimiento .....	80
4.5 Instrumentos y materiales .....	81
<b>5. Caso clínico: María</b> .....	<b>83</b>
5.1 Evaluación: Camino a la comprensión del síntoma .....	85
5.2 Tratamiento : Tejiendo nuevas opciones .....	117
5.3 Cierre .....	144
<b>6. Discusión</b> .....	<b>149</b>
<b>7. Conclusiones</b> .....	<b>155</b>
<b>8. Bibliografía</b> .....	<b>159</b>
<b>9. Anexos</b> .....	<b>167</b>

## Introducción

Los niños y adolescentes tienen la capacidad de aprender a expresar sus necesidades emocionales de una manera sana, en un ambiente que se los permita y en el que encuentren la retroalimentación requerida para satisfacer estas necesidades. La psicoterapia infantil es un dispositivo que ayuda a que este fin se pueda cumplir. Cuando un niño se enfrenta a una situación *difícil* nos encontramos con la aparición de conductas como desobediencia, rebeldía, ira, enojo, tristeza y depresión, así como otras conductas disruptivas y destructivas lo cual pone en alerta a los padres o a los cuidadores del niño, comenzando así la preocupación de los mismos.

El objetivo del trabajo con los niños a través de la psicoterapia de juego es desarrollar sus capacidades para posibilitar la resolución de sus conflictos a través de diferentes métodos y técnicas. Los niños tienen un potencial creativo natural el cual es un reto para cualquier terapeuta y cualquier técnica que se elija necesitará ser adaptada a las características de cada paciente con la finalidad de tener mayor éxito.

El presente reporte es el producto del trabajo realizado y de la experiencia profesional adquirida durante mi estancia en la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicoterapia Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México a la par del trabajo clínico desempeñado en el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal en el período 2006-2008.

En seguida se expone un caso clínico trabajado durante mi estancia en la maestría. La elección del caso a exponer fue compleja. En el albergue la población fue diversa y

todos los casos me dejaron un amplio aprendizaje, debo reconocer que el caso que se presenta ha representado de manera clara mi crecimiento durante esta etapa de formación. Retos, encrucijadas, desvanecimientos, logros, metas y trabajo de análisis personal son los principales motivos que me llevaron a la elección del caso.

Analizar la patología fronteriza infantil es complejo, me enfrenté a la reflexión sobre los instintos, los impulsos, la normalidad y la patología, me planteé muchas veces la cuestión de saber si la patología fronteriza es en realidad una zona intermedia o una estructura constante que merece ser entendida como tal, comulgando en este trabajo con la última idea.

El miedo, la angustia, la ansiedad, al igual que la fantasía, los silencios, la empatía y el deseo de ayudar me acompañaron en el proceso. María llenó de cada uno de esos elementos una a una las sesiones trabajadas, me empujó al cuestionamiento, a la búsqueda de un marco teórico que me ofreciera las herramientas para el proceso que se llevaba y también me enfrenté con muchísimas dudas prácticas: ¿cómo introducir el principio de realidad? ¿hay diferencia entre contener y acompañar? ¿qué pasará por su mente? ¿los fantasmas son reales o imaginarios? ¿padres ausentes o muy presentes con la ausencia? entre muchas otras preguntas.

Este trabajo comprende una compilación de la revisión teórica realizada acerca de la patología fronteriza y la intervención clínica realizada con María. El reporte se ha organizado en diversas unidades.

El primer capítulo es una remembranza acerca de la clínica psicoanalítica, la atención del niño y la terapia de juego específicamente, la transferencia y la contratransferencia aunadas a la alianza terapéutica.

En el segundo capítulo se profundiza en el tema del maltrato infantil haciendo una clara diferenciación entre la tipología existente. Se expone de manera breve el tema del trauma psíquico y la institucionalización como opción de cuidado para los niños víctimas de malos tratos.

La patología fronteriza se explica en el tercer capítulo, se describe una línea breve de antecedentes así como las características clínicas de esta patología y un esquema de la misma en niños. Se encontrará un apartado en donde se describe la angustia ligada a la somatización, pues esto ayudó a entender el caso clínico trabajado.

El método de trabajo se describe en el cuarto apartado señalando los objetivos tanto del trabajo presentado como del proceso psicoterapéutico, se habla de la participante, el escenario y el procedimiento que se siguió.

El proceso terapéutico se expone en el quinto capítulo. Se describe en primer orden la historia personal de María, sus antecedentes familiares y datos de su institucionalización seguidos de la evaluación realizada y los resultados obtenidos por cada dispositivo aplicado. En cuanto al tratamiento se exponen dos etapas, una de intervenciones terapéuticas y otra de sesiones de contención. El cierre del tratamiento también se describe en este capítulo.

En los últimos capítulos y a manera de cierre de este trabajo se presentan la discusión y la sección de conclusiones en donde se habla de la experiencia del trabajo clínico, del aprendizaje adquirido y las reflexiones personales.

*Todo niño que juega  
se comporta como un poeta  
-Sigmund Freud-*

## **1. Clínica psicoanalítica: El punto de partida**

El psicoanálisis es una forma especial de psicoterapia, y ésta empieza a ser científica en la Francia del siglo XIX con Liébeault y Bernheim así como con Jean-Martin Charcot. El arte de la psicoterapia tiene antecedentes ilustres desde Hipócrates. Frieda Fromm-Reichmann (1950) asigna a Paracelso la paternidad de la terapia psicológica. Luego en la revolución francesa aparece Pinel y Messmer como psiquiatras precursores de la psicoterapia, continúa Esquirol creando una modalidad de *tratamiento moral*, seguido por Bernheim enfatizando cada vez más la sugestión como fuente del efecto hipnótico y motor de la conducta humana, destacando la interacción médico- paciente dando con ello entrada a la terapia psicológica. Más adelante Janet, Breuer y Freud hacen énfasis a la relación interpersonal en el tratamiento de los pacientes. Desde este momento Freud se encarga de llevar a cabo la psicoterapia a un nivel científico, hablando de psicoterapia como un tratamiento dirigido a la psiquis, en un marco de relación interpersonal y con respaldo en una teoría científica de la personalidad (Etchegoyen, 2002).

Los fundamentos y bases de teoría y la técnica psicoanalítica fueron establecidos, principalmente, por Sigmund Freud gracias al estudio de sus pacientes adultos. Derivado de la clínica, Freud realizó importantes aportaciones para el estudio de la personalidad, la ansiedad, la angustia, las defensas del Yo, las etapas del desarrollo

psicosexual, etc. Los métodos utilizados en terapia por Freud fueron básicamente la asociación libre, la interpretación de los sueños, el análisis de la contratransferencia y la transferencia así como el de las resistencias.

El desarrollo histórico del psicoanálisis, posterior a Freud y a sus pioneros –Karl Abraham, Sandor Ferenczi, Otto Rank...– continuó dándose por fértiles y muy diversos caminos trayendo consigo avances técnicos y teóricos. Medina (1998) afirma que los seguidores ortodoxos u oficiales de la doctrina freudiana se ocuparon, sobre todo, de: 1) aclarar puntos oscuros y conceptos que habían quedado sin resolver, 2) introducir nuevas y originales conceptualizaciones, con la intención de completar, enmendar o replantear la teoría, o hacer más efectiva la técnica. Los trabajos eran extensos en lo referente al marco teórico y la técnica era descrita de manera breve y con poca claridad. Greenson (1986) opina al respecto que las obras clásicas sobre técnica escritas por Freud, Glover, Sharpe y Fenichel, aunque excelentes, son sólo esbozos. No describen con suficiente detalle lo que el psicoanalista hace realmente cuando analiza a un paciente. Por lo que escribir sobre la técnica en este enfoque resulta crucial. Etchegoyen (2002) plantea en su libro *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* la dificultad acerca de escribir libros sobre la técnica de la clínica psicoanalítica. *La interpretación de los sueños* habla largamente de técnica, lo mismo que las obras de Anna Freud y Melanie Klein sobre psicoanálisis de niños aunque pocos los consideran libros de técnica.

Cabe destacar que en el presente reporte se abordará de manera específica el trabajo de la clínica psicoanalítica en el campo infantil, con el objetivo de realizar un breve

esbozo sobre la teoría y el trabajo realizado con niños que sirva como referencia de las intervenciones realizadas en el caso clínico que se expondrá más adelante.

## 1.1 Atención psicoanalítica del niño: Reseña de un método de trabajo

### 1.1.1 Antecedentes

La terapia de juego con enfoque analítico comienza a consolidarse cerca de 1920, y sus comienzos se dan en un periodo de renovación, después de la primera guerra mundial. Empieza con un trabajo de Sigmund Freud (2005) con su paciente Hans (Juanito), un niño de casi 5 años de edad que había desarrollado una fobia a los caballos. De entrada el caso de Juanito constituye el primer psicoanálisis de niños y Freud, aunque a distancia, lo trata de manera similar a un adulto, como alguien en quien se operan efectos a través de la palabra sobre sus construcciones fantasiosas, esta nueva modalidad iniciada por Sigmund Freud fue desarrollándose más adelante principalmente por su hija Anna Freud y otros exponentes no menos importantes como Melanie Klein.

Klein (1994) destaca que este primer análisis de un niño fue de gran importancia teórica desde dos puntos de vista, el éxito obtenido en el caso de un niño mostró que el psicoanálisis podía ser aplicado a infantes y por la demostración de la hasta entonces muy discutida existencia de tendencias instintivas infantiles que Freud había trabajado en la clínica de adultos.

Durante este tiempo especialistas emprendieron el trabajo terapéutico con niños tratando de encontrar lo que será parte de la aplicación o la técnica del psicoanálisis

infantil. Reyes (2004) retoma como pionera a Hermine Hug-Hellmuth en la historia del psicoanálisis infantil, pues fue quien primero se planteó la práctica analítica con los niños, aunque considerando la cara pedagógica de sus intervenciones, limitándose a tratar niños mayores de siete años y modificando muchos aspectos del encuadre y de las reglas técnicas, como por ejemplo no emplear el diván ni las asociaciones libres, reducir el número de sesiones, permitir el uso del juego en los casos de niños pequeños, valerse de la colaboración de la familia, etc.

Anna Freud (1998, 2004) trabajó ampliamente en los mecanismos de defensa del Yo e intentaba ayudar a los niños a entender en la conciencia como y por qué pensaban, sentían y actuaban de determinada manera, fomentaba la construcción de las funciones del Yo mediante intervenciones educativas y de apoyo y ponía énfasis en el papel que el mundo externo desempeñaba en la vida del niño, especialmente sus figuras parentales y los acontecimientos de la vida cotidiana.

Klein (1982) conceptualizó la existencia de relaciones de objeto tempranas, enfatizó la transferencia, desarrolló el concepto de identificación proyectiva, fundamentó la teoría de las posiciones (esquizoparanoide y depresiva), consideraba que el juego del niño corresponde a las asociaciones libres realizadas por los adultos y en su interpretación, pensaba que las fantasías inconscientes son el corolario mental de los instintos y que hay manifestaciones simbólicas de estas en el juego del niño y que las partes proyectadas del self deben ser reconquistadas e integradas.

Respecto a las técnicas empleadas encontramos vicisitudes entre A. Freud y M. Klein. La principal diferencia empieza a partir de las propuestas del uso de la asociación libre. A. Freud parte de la suposición de la incapacidad del niño de usar esta técnica pues

tiene un Yo inmaduro y un Superyó dependiente, y le es difícil manejar las presiones instintivas (Ello). La falta de oportunidad de aplicar la asociación libre afecta la interpretación pura de los sueños, los cuales son la segunda vía más importante para acceder al inconsciente. Entonces todo se fue enfocando a la búsqueda de alguna técnica que fuese tan efectiva como la libre asociación y que ayudara en el tratamiento con los niños. El sustituto encontrado fue el juego, pues era una técnica que prometía dar acceso al inconsciente. Era entonces el primer paso para encontrar la forma de llegar a la interpretación, elucidación simbólica de la actividad lúdica.

Donald Winnicott es un autor que se encuentra básicamente en un punto intermedio entre la teoría de Anna Freud y Melanie Klein.

Winnicott (2005) reconoce el papel del entorno y desarrolla el concepto de espacio transicional, enfatiza el papel de la madre al recibir las comunicaciones afectivas del niño conteniendo las proyecciones del mismo, examinó el mundo interno y externo del niño, para él el juego permanece entre la realidad y la fantasía y enfatiza el desarrollo de la creatividad, la imaginación y la experiencia cultural.

El juego se convirtió entonces en el vehículo directo de comunicación infantil, la forma natural de expresión que puede llevar a encontrar el grado de perturbación del niño a través de la observación de su capacidad de jugar. El juego es la forma en que el niño expresa lo que sabe, lo que siente y lo que vive, es la manera en que explora su mundo, puede ser interpretado desde dos ángulos en la perspectiva analítica, algunos autores sugieren que el juego ya es una forma de terapia y otros opinan que es sólo una técnica. En el presente reporte se retoma el juego como éste último punto de vista, como una técnica.

### 1.1.2 Terapia de juego psicoanalítica: La práctica hoy

Para introducirnos en este apartado se iniciará retomando aspectos clave del juego y del concepto de psicoterapia.

El juego es la actividad más seria de un niño. En diversas ocasiones esto es difícil de entender pues se confunde el juego con una actividad de poca madurez, sólo un pasatiempo, es importante considerar que el juego es la actividad principal de los niños a través de la cual crean, exploran, aprenden y aprehenden su mundo. El juego ofrece a los niños la posibilidad de experimentar por ensayo y error formas de relacionarse con el otro, así como de integrar las experiencias de vida.

Schaefer y O'connor (2005) mencionan que el juego contribuye en gran medida al desarrollo físico, social, emocional, intelectual a través de las etapas del desarrollo humano.

Chance (1979) ofrece un esquema en donde marca una clara diferencia entre los tipos de juego: físico, de manipulación, simbólico y los pasatiempos, así mismo comenta que hay al menos cinco características que comparten los diferentes tipos de juego:

- El juego es divertido, con frecuencia es algo que se siente más que algo que se hace.
- El juego es más un proceso que un producto. Se disfruta como fin en sí mismo. Posee una dirección interna, una motivación intrínseca.
- El juego no es literal. Se procesa más como un modo de expresión.

- El juego proporciona un desafío. Si una actividad es demasiado difícil o demasiado fácil no se le considera juego.
- El juego existe dentro de ambientes relajados. Se tiene una especie de inmunidad diplomática ante las expectativas y convenciones usuales de la vida.

La terapia de juego envuelve el uso de juguetes y juegos diversos para ayudar al niño a reconocer, identificar y verbalizar sus sentimientos. El psicoterapeuta observa cómo el niño usa los materiales de juego e identifica temas o patrones para entender los conflictos del niño. Mediante una combinación de hablar y jugar el niño tiene la oportunidad de entender mejor y manejar sus conflictos, sentimientos y comportamiento (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2003).

El juego es también un espacio seguro para el niño, pues muchas veces se le dificulta expresar conflictos a través del lenguaje oral y usa el juego como medio de expresión.

Se considera importante destacar también, como desde diferentes enfoques teóricos se ha hecho una interesante compilación para sistematizar cuales son las funciones de la terapia de juego.

Cuadro 1. Las funciones de la terapia de juego

Biológicas	Aprender habilidades básicas Relajarse, liberar energía excesiva Estimulación cinestésica, ejercicios
Intrapersonales	“Deseo de funcionar” Dominio de situaciones a.Exploración b.Desarrolla la comprensión de las funciones de la mente, el cuerpo y el mundo

	c.Desarrollo cognoscitivo Dominio de conflictos a.Satisfacción de simbolismos y deseos
Interpersonales	Desarrollo de habilidades sociales Separación – individuación: El juego sirve como una distracción cuando las personas significativas se encuentran ausentes, sirve para controlar la ansiedad relacionada con la separación y puede usar objetos para remplazar simbólicamente a las personas significativas ausentes
Socioculturales	Imitar papeles deseados (adultos)

Fuente: Schaefer y O'connor (2005)

El juego no sólo tiene un papel importante en el niño, sino también en el terapeuta para quien es necesario sentirse cómodo con el escenario y la forma de trabajo para poder actuar genuina y efectivamente con el niño.

Winnicott (2005) afirma que la psicoterapia se consume en la superposición de dos áreas de juego, la del paciente y la del terapeuta. Si este último no puede jugar entonces no resulta adecuado para este trabajo.

En la terapia de juego de corte psicoanalítico se puede trabajar a través de la interpretación del juego simbólico para conducir al niño a la resolución del conflicto y ayudarlo a avanzar de la mejor manera a la siguiente etapa del desarrollo. La fantasía y la imaginación son dos elementos básicos en el trabajo desde este enfoque pues tienen un efecto, en la mayoría de los casos, defensivo para el niño.

El tratamiento de juego psicoanalítico tiene como meta principal aumentar el control yoico del niño con la finalidad de ayudarlo a tener una mejor adaptación interna y

también ser mejor adaptado en su medio, para satisfacer las necesidades externas de pautas de conducta aceptables.

El juego, dentro de la psicoterapia, es básicamente una externalización de conflictos y expresión de pulsiones prohibidas que al ser comunicados e interpretados por el terapeuta, manejados y finalmente integrados por el niño logrando un mejor desarrollo de su Yo.

Erikson (1950) afirma que las actividades espontáneas y autogeneradoras del niño le permiten conceptualizar y conducir a niveles tangibles de actividad sus experiencias y los sentimientos con los que las reviste. El juego proporciona al niño oportunidades de “actuar” las situaciones que le parecen perjudiciales, conflictivas y confusas.

Al abordar el tema de los objetivos de la terapia de juego psicoanalítica se puede sintetizar en el ayudar al niño a crecer emocionalmente. De acuerdo con Schaefer (2005) las metas de este tipo de psicoterapia son: ayudar a que el niño sufra menos, superar traumas, adaptarse a los sucesos de la vida, afrontar la enfermedad, dominar fobias, estar en mejor posibilidad de asistir a la escuela y trabajar en ella, manejar la ira y agresividad y aceptar una discapacidad, entre otros.

Se puede considerar que básicamente estos objetivos y metas son aplicables a la terapia de juego de diversos enfoques además del psicoanalítico, sin embargo este va mas allá al tratar de lograr un cambio en la conducta del niño y modificar sus procesos internos así como lograr la disminución o extinción del problema actual y proporcionarle

herramientas para un desarrollo integral sin la carga de conflictos internos, mediante la modificación de su estructura psíquica y su forma de enfrentarse a la vida.

¿Cómo se logra esto? De manera primordial se comienza con el trabajo del terapeuta, quien ofrece un ambiente libre, seguro, cálido donde el niño se sienta aceptado, comprendido, en confianza para ser el mismo y poder explorar sus pensamientos y sentimientos con total libertad, sin miedo a ser juzgado o lastimado, esto diferencia el espacio terapéutico de los otros espacios de convivencia del niño. Además de lograr este clima y ambiente en terapia, el psicoterapeuta debe ser capaz de absorber la angustia que el niño no es capaz de soportar, escuchar y comprender y ser empático en todo momento.

La capacidad del terapeuta de entender y hacer que el niño sienta que es entendido y aceptado que se reconoce su integridad como persona y que él tiene la capacidad y posibilidad de actuar sobre su medio ya sea actuando su problema o sobre él son experiencias que comúnmente no se dan y que ayudan a que el niño desarrolle una adecuada estima y un Yo sólido.

En este ambiente seguro que el terapeuta ha logrado establecer se juega para que el niño exprese sus conflictos, el terapeuta le hace ver como actúa y afronta sus problemas, permitiendo que se responsabilice de ellos y de las elecciones que toma, esto es muy difícil de lograr ya que usualmente no se aceptan aquellas cosas que duelen o lastiman, de las que se siente vergüenza. El terapeuta en estos casos interpreta y señala al paciente algunas conductas o verbalizaciones que le ayudaran a comprender mejor su mundo interno y sus conductas y darle así la posibilidad de cambios.

El niño es quien guía la terapia ya que trabaja sobre sus propias experiencias y sentimientos y como menciona Schaefer (2005) “todo lo que hace el profesional en la terapia está al servicio del descubrimiento personal del niño y de que asuma más responsabilidad sobre su vida”.

Cuando se solicita una psicoterapia infantil generalmente iniciamos evaluando desde diferentes ángulos el desarrollo y el estado emocional del niño o niña que tenemos frente a nosotros. El “juego diagnóstico” es el proceso por el cual los profesionales entrenados analizan conductas de juego para entender el funcionamiento del niño (Gitlin, Sandgrund y Shaefer, 2000) y es entonces este tipo de juego una piedra angular de la evaluación que no sólo incluye test y pruebas psicométricas.

Se puede entender como primer tarea detectar la etapa del desarrollo -físico y psicosexual- en la que se encuentra el niño y por medio del conocimiento de las características de estas etapas y fases, de lo esperado para cada una de ellas. Es fundamental detectar si efectivamente el niño presenta alguna *anormalidad* en su comportamiento de acuerdo al desarrollo esperado o si estamos enfrentándonos a una situación que los padres del paciente consideren como una conducta o actitud patológica algo que en realidad no lo es y trabajar según los resultados de nuestra observación y evaluación tanto con los padres como con los niños.

Otra cuestión que es recomendable considerar son los apegos que nuestro paciente ha desarrollado con sus figuras significativas.

También es necesario evaluar la espontaneidad y la capacidad para el juego. La capacidad del niño para jugar, para entrar en un mundo de fantasía donde aprenda a distinguir la realidad de lo fantaseado, poder comprender que lo externo no

necesariamente refleja lo interno y viceversa son habilidades que ayudan al niño a fortalecer su Yo teniendo la capacidad de negociar la frontera entre lo no real y lo real. Considerar la capacidad del niño para representar sus propios estados mentales, atribuir pensamientos y sentimientos a sí mismo y a los demás, es un punto crucial en un primer acercamiento.

El papel de los padres es otro pilar de la evaluación, la capacidad que tienen para relacionarse con su hijo, las expectativas que tienen de él, su historia de vida, las proyecciones que estos realizan sobre la vida del niño y poder vincularlas con la vida de su hijo es factor decisivo en su relación con el niño, y son asuntos que debemos retomar para que en caso de ser necesario se pueda intervenir por medio de sesiones diádicas (papá-hijo, mamá- hijo, papá-mamá-hijo) o en un tratamiento concomitante con los padres.

Todo lo mencionado anteriormente puede evaluarse a través del juego. Son de gran utilidad las etapas de la teoría del juego que propone Winnicott (2005) pues a partir de lo que describe se pueden ir observando cómo son los cambios en el juego del niño a lo largo del proceso terapéutico, si es un juego repetitivo, estereotipado, dramático o simbólico.

Winnicott (2005) menciona:

“El juego es por si mismo una terapia, conseguir que los chicos jueguen es ya una psicoterapia de aplicación inmediata y universal e incluye el establecimiento de una actitud social positiva respecto al juego, tal actitud debe contener el reconocimiento de que este siempre puede llegar a ser aterrador... El juego es una experiencia siempre creadora, en el continuo espacio- tiempo, una forma básica de vida”

## 1.2 Transferencia y contratransferencia: Pilares de la clínica psicoanalítica

Dentro de la terapia con enfoque analítico, es primordial el uso de la transferencia y la contratransferencia como elementos básicos del trabajo terapéutico.

Retomo a Laplanche y Pontalis (1974) quienes opinan que los fines de la psicoterapia no se limitan a los desordenes psíquicos sino también a los corporales y agregan un énfasis muy especial a la relación entre terapeuta y paciente, dichos autores afirman que psicoterapia es todo método de tratamiento de los desordenes psíquicos o corporales que utiliza medios psicológicos y, de una manera más precisa, la relación del terapeuta con el paciente.

Arminda Aberastury (1984) afirma que en el trabajo terapéutico con niños se busca la modificación intrapsíquica que puede ser diferente en cada caso, pero en líneas generales habla de un fortalecimiento yoico, una disminución de la severidad del Superyó y flexibilidad en el uso de las defensas, canalización de ansiedad, trabajar la culpa, la conciencia del conflicto, la capacidad de tolerar frustraciones y el uso de mecanismos de defensa normales, indispensables para la adaptación al medio. Parece importante que esto se logra a través de la relación que llega a establecerse entre el terapeuta y el paciente.

A continuación se hace una breve recapitulación de lo que implican ambos conceptos dentro de la clínica.

### 1.2.1 Transferencia

La transferencia es sin duda uno de los aportes más grandes de Freud, teniendo un lugar fundamental en la cura psicoanalítica. Marucco (1999) afirma que la interpretación

de la transferencia nos remite directamente a la clínica analítica y que es quizá la razón de ser del psicoanálisis.

La transferencia es un género especial de relación respecto de una persona; es un tipo característico de la relación de objeto (Greenson, 1976). La transferencia es una repetición, una reedición de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes... toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico –terapeuta– (Freud, 2005). Lo que la distingue principalmente es el tener por una persona sentimientos que no le corresponden y que en realidad se aplican a otra. Fundamentalmente, se reacciona ante una persona presente como si fuera una del pasado (Greenson, 1976). Entonces el mecanismo de la transferencia es una asociación desacertada o falsa conexión (Safouan, 1989).

Etchegoyen (2002) afirma que hablar de transferencia es retomar un fenómeno general, universal y espontáneo que si bien une pasado con presente, también se encuentra vinculada a objetos y deseos pretéritos que no son conscientes para el sujeto y que le dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no aparece ajustado ni en calidad ni en cantidad a la situación real, actual.

Freud (en Etchegoyen, 2002) señala que estos enlaces falsos de la transferencia constituyen un fenómeno regular y constante de la terapia y que, si bien importan un incremento de la labor, no imponen un trabajo extra: la labor para el paciente es la misma, es decir, vencer el desagrado de recordar que tuvo en determinado momento un determinado deseo y relación con una persona de su pasado.

Cuando se adentra a la técnica analítica se llega a la intuición de que la transferencia es algo inevitable, uno se convence en la práctica de que no hay medio alguno para evitarla. En efecto es usada para analizar todos los impedimentos que vuelven inasequible el material a la cura (Freud, 2005).

Menninger y Holzman (1973) agregan que las transferencias son los papeles o identidades irrealistas que el paciente atribuye inconscientemente al psicoanalista en la regresión del tratamiento psicoanalítico, y las reacciones del paciente a las representaciones que, por lo general, derivan de experiencias anteriores. Desde una perspectiva Kleiniana, la transferencia se explicaría por la constante necesidad de los seres humanos de contactarse con otros y, al ser la relación primera la establecida con la madre, todo fenómeno transferencial sería un revivir de este tipo de relación objetal primaria.

La transferencia tiene ciertas características que pueden encontrarse en las reacciones de los pacientes facilitando la identificación de los fenómenos transferenciales (Greenson, 1976). Algunas de ellas son la impropiedad de las reacciones, la intensidad, expresiones de ambivalencia, caprichos, la tenacidad y la regresión, pues el paciente explora fases anteriores de sus relaciones objetales y se pueden hacer notar en formas primitivas de funcionamiento yoico. El desplazamiento de afectos de figuras anteriores a figuras actuales indica un grado de confusión y la función discriminatoria del principio de realidad se pierde temporalmente.

En la cura analítica la transferencia se nos presenta en un primer momento como el arma más poderosa de la resistencia, haciéndose necesario el trabajo en este punto.

En lo que respecta a la clínica de nuestros tiempos, De León (2001) opina que en la actualidad nuestras interpretaciones transferenciales son más graduales y menos teóricas, teniendo como base el lenguaje del paciente.

Marucco (1999) establece que en el uso de la interpretación de la transferencia se tienen dos metas principales 1) la de disminuir el padecer del hombre y 2) poder operar sobre las llamadas patologías actuales cuyas expresiones clínicas particulares demandan a su vez una intervención técnica en singular.

Freud (en Etchegoyen 2002) clasifica la transferencia en positiva y negativa, a la par que divide la primera en erótica y sublimada.

Solo las transferencias negativa y positiva de impulsos eróticos actúan como resistencia; y son estos dos componentes, los que como terapeutas eliminamos haciéndolos consientes; mientras que el tercer factor (la transferencia positiva sublimada) persiste siempre –y es en psicoanálisis, al igual que en los otros métodos de tratamiento, el portador de éxito– Desde esta perspectiva, Freud acepta que el psicoanálisis opera en última instancia por sugestión, entendiéndose esta como la influencia de un ser humano sobre otro por medio de la transferencia.

Parece importante aclarar ahora un término: Neurosis de transferencia. J. Laplanche y J. B. Pontalis (1974) la definen así: en la teoría de la cura psicoanalítica, neurosis artificial en la que tienden a organizarse las manifestaciones de transferencia. Se constituyen en torno a la relación con el analista; es una nueva edición de la neurosis clínica; su elucidación conduce al descubrimiento de la neurosis infantil. Se

presenta entonces a la transferencia como el resultado de una organización de “las transferencias” que reemplaza a la neurosis clínica del adulto.

La transferencia es un fenómeno inconsciente, aunque algún aspecto de las reacciones puedan ser conscientes, puede aparecer en forma de sentimientos, deseos, pulsiones, temores, etc. las personas que estimulan o incitan a la transferencia son protagonistas de la vida del sujeto que fueron importantes y significativos en el pasado. La transferencia es entonces dentro del dispositivo analítico el punto clave para poner en acto el inconsciente y acceder a él en la práctica clínica.

En los niños se sugieren discusiones importantes en torno a este concepto.

Klein (1982) insistía habitualmente en el hecho de que ésta supone el análisis de la transferencia negativa y no sólo de la transferencia positiva. La técnica kleiniana se distingue de la de Anna Freud en este punto, pues A. Freud subestimaba los fenómenos de la transferencia negativa. El fondo del debate consiste en que los psicoanalistas de niños de la escuela de H. Von Hug-Hellmuth y Anna Freud admiten la existencia de transferencias limitadas, pero se oponen enérgicamente a la idea de que los niños sean capaces de desarrollar una verdadera neurosis de transferencia, idea que defiende Melanie Klein y sus discípulos. En la técnica kleiniana el analista conserva su neutralidad y puede así comprobar la presencia en el niño de una auténtica capacidad de transferencia.

Setlage (en Aberastury, 1984) señaló que una gran cantidad de conflictos no están totalmente internalizados en el niño y que por eso usan a sus padres y a otros adultos, incluyendo al analista, para externalizarlos. Esto, en su opinión, tendía a impedir el

desarrollo de una verdadera neurosis de transferencia y exigía que la técnica para el análisis de niños se adaptara a esta situación. Anthony (en Aberastury, 1984) se opone al criterio de Setlage y señala que los niños bien dotados podían ser capaces, durante ciertos períodos del tratamiento, de desarrollar una neurosis de transferencia y, refiriéndose a la utilización de los datos de los padres, subrayó que un gran impedimento para que se establezca la transferencia consistía en usarlos como “agentes de información”.

### 1.2.2 Contratransferencia

En un principio Freud consideró la contratransferencia como algo que interfiere en la cura (Safouan, 1989). Al igual que la transferencia, el concepto de contratransferencia evolucionó de ser considerada obstáculo y resistencia del analista al proceso analítico a ser considerada un instrumento privilegiado de registro y observación de los fenómenos transferenciales de los pacientes (Kolteniuk en Vives, 2002). Se hace referencia positiva al término en diferentes autores como la empatía propuesta por Kohut, el *holding* de Winnicott o el *reverie* de Bion. Por su parte Etchegoyen (2002) opina que la contratransferencia no sólo se acepta como un ingrediente ineludible del proceso analítico sino también como instrumento de comprensión de la historia del paciente y que se trata de una relación bipersonal y recíproca.

Paula Heiman (1950) dice que la contratransferencia son todos los sentimientos que el analista siente frente a su paciente, tiene la hipótesis de que el inconsciente del

analista incluye el de su paciente. Es la manera más dinámica en que le llega la voz de su paciente.

Para Money-Kryle (1956) la inquietud por el bienestar del paciente viene de la fusión de dos pulsiones: la pulsión reparadora, que pone una barra a la destructividad latente que existe en cada uno de nosotros, y la pulsión parental. Y Safouan (1989) agrega que si estas pulsiones son intensas, traicionan una culpa suscitada por alguna agresividad inadecuadamente sublimada y que puede engendrar angustias muy perturbadoras. Pero mientras no superen cierta medida, ambas son normales. Las satisfacciones reparadoras del analista son evidentes, y a menudo se las hace valer. Por consiguiente en cierta medida, el paciente debe representar los objetos dañados del fantasma inconsciente del analista mismo, todavía amenazados por la agresividad y necesitados aún de cuidado y reparación.

Racker (1990) dice que la contratransferencia opera en tres formas, como obstáculo - grave- (peligro de escotomas o puntos ciegos), como -útil- instrumento para detectar que es lo que está pasando en el paciente y como campo en el que el analizado puede adquirir realmente una experiencia viva y distinta de la que tuvo originariamente.

El analista debe ser capaz de ser tan plenamente consciente de la contratransferencia como para separar y estudiar sus reacciones subjetivas ante el paciente. El paciente solamente puede apreciar en el analista aquello que el mismo es capaz de sentir. El analista debe estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está haciendo, tal vez durante un tiempo bastante largo.

Los neuróticos y los psicóticos tienen diferencias significativas que, sin duda, provocan reacciones diferentes en el analista, para el neurótico, el sofá, la habitación caldada, la comodidad pueden simbolizar el amor materno, para el psicótico sería mejor decir que estas cosas constituyen la expresión física del amor del analista. No existe la función de *cómo si*, para ellos es (Winnicott, 1999).

Winnicott dice también que el psicoanalista debe permanecer vulnerable y, pese a ello, conservar su papel profesional durante las horas de trabajo.

En el tratamiento de pacientes fronterizos, el volumen del material analítico en sí, puede plantearnos cuestionamientos técnicos anodantes. Sea porque nos llega una profusión de actuaciones en forma corporales o un flujo constante de fantasías y otras asociaciones, la sesión puede ser un caos, a menudo el terapeuta tiene que actuar antes de entender para impedir que el paciente llegue a un estado de estimulación irreductible (Singer, 1960).

Kolteniuk (en Vives, 2002) comenta sobre algunas cuestiones en torno a la discusión de si la contratransferencia debe ubicarse en el inconsciente del analista o si puede abarcar también su respuesta emocional consciente

- a) La contratransferencia inconsciente siempre será un obstáculo al proceso analítico y es a la que aludió Freud.
- b) La contratransferencia preconscious es la única susceptible de dejar de ser obstáculo para convertirse en instrumento útil por medio del trabajo autoanalítico de un profesional debidamente analizado y supervisado.
- c) La contratransferencia consciente participa en el *reviere*, la empatía y la en la atención libremente flotante, así como en la totalidad de las respuestas emocionales conscientes, parciales y totales que el paciente despierta en el analista. Es también el lugar donde debe desembocar el trabajo elaborativo que efectúa el yo sobre la contratransferencia preconscious para resignificar la patología del paciente y poder formular interpretaciones conscientes.

Marucco (1999) dice que el autoanálisis es lo que preserva al analista del riesgo al uso contratransferencial; en otras palabras de *su abuso*, y es que no hay que perder de vista que la contratransferencia no sólo se acepta cómo un ingrediente ineludible del proceso analítico sino también como un instrumento de comprensión (Etchegoyen, 2002).

Racker (1990) clasificó la contratransferencia en dos tipos. La *contratransferencia concordante* es aquella en donde el analista identifica su Yo con el Yo del analizado y lo mismo para las otras partes de la personalidad, Ello y Superyó. En la *contratransferencia complementaria* el yo del analista se identifica con los objetos internos del analizado.

En torno a la transferencia y contratransferencia se puede concluir que lo que justifica que se discriminen transferencia y contratransferencia es pues, en última instancia, el encuadre. El encuadre ordena los fenómenos, si no fuera así, hablaríamos sólo de transferencia o de transferencia recíproca. El encuadre opera como una referencia contextual que permite que se dé este juego de transferencia y contratransferencia; es la estructura sintáctica donde los significados de transferencia y contratransferencia van a adquirir su significación. El encuadre ordena una relación distinta y particular entre analista y paciente, una relación no convencional y asimétrica. El analista podrá responder a la transferencia del paciente en una forma absolutamente racional, manteniéndose siempre, por así decirlo, a nivel de alianza de trabajo; pero los hechos clínicos prueban que el analista responde en principio con fenómenos irracionales en que se movilizan conflictos infantiles (Etchegoyen, 2002).

Margaret Little (1981) opina que transferencia y contratransferencia son inseparables, como lo sugiere el hecho de que lo que se escribe sobre la una se aplica holgadamente a la otra.

### 1.3 Alianza terapéutica: El eje rector de la psicoterapia

André Green (2001) considera que una condición esencial para que se emprenda el tratamiento es el displacer, el malestar creciente y el sufrimiento. En el caso del tratamiento con los niños quienes llegan a solicitar el servicio son los padres que, en la mayoría de los casos, se encuentran rebasados por la problemática que su hijo o hija presenta, son los padres el primer contacto para iniciar el tratamiento y con ellos se comienza a establecer una alianza de trabajo.

Para Greenson (1976) la alianza terapéutica o de trabajo es la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica. Es la disposición del paciente a realizar los diversos procedimientos del análisis y su capacidad de trabajar con los insights dolorosos y regresivos. La alianza se forma entre el Yo razonable del paciente y el Yo analítico del analista (Sterba, 1934). Las manifestaciones clínicas de esta alianza de trabajo son la disposición del paciente a realizar diversos procedimientos y su capacidad de trabajar analíticamente con los insight dolorosos y regresivos que provoca.

Aberastury (1984) dice que la alianza terapéutica solamente podía establecerse con el niño y nunca a través de los padres. Es necesario mantener una relación bipersonal

con el niño, usar el material verbal y preverbal e interpretar la transferencia y neurosis de transferencia, todo ello sin perder de vista la contratransferencia del analista.

El encuadre de trabajo contribuye al logro de esta alianza. Para el niño, el inicio de un psicoanálisis – o psicoterapia – exige el cumplimiento de una serie de condiciones. Varias parecen evidentes, y su explicitación permite que el camino no comience con un no dicho. Se enuncia lo que se espera de la cura y se establece cuáles son los sujetos que, además del niño, pueden verse en la necesidad de estar presentes en ella (Avrane, 2004).

*Difícilmente se hallan palabras que retraten al vivo las grandes desdichas*  
*-Séneca-*

## **2. El maltrato infantil. Una visión contemporánea**

Dentro de una sociedad en donde la violencia es una constante, los niños no están alejados del fenómeno. Son los pequeños, por sus características particulares, los más susceptibles de sufrir abusos y malos tratos.

La atención a los problemas de maltrato, negligencia y abuso infantil es una prioridad sanitaria y social que atañe tanto a la asistencia como a la prevención.

La existencia de malos tratos a los niños es un problema de profundas repercusiones sociales, médicas, jurídicas y éticas que requiere conocimientos y soluciones inmediatas, en virtud de su magnitud, mayor de lo que se puede pensar en razón de los hechos conocidos (Osorio, 2005).

El maltrato infantil connota un problema de salud de carácter universal y es importante no dejar de lado la compleja interacción de factores de riesgo que se presentan para el menor agredido, su familia y la sociedad en la que se desenvuelve.

Las raíces históricas, culturales y sociales constituyen un reto a vencer al enfrentar el maltrato infantil (Barreto, 1996).

## 2.1 Definición del término

Es primordial definir el concepto de maltrato para poder establecer una aproximación diagnóstica adecuada y programas de intervención que sean acordes a las necesidades de esta población.

En México La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor (en Aguilar, 1992).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: "Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos".

Respecto al maltrato Manterola (1992) dice que el maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad.

Un niño maltratado, en términos de Osorio (2005), es la persona que se encuentra en el periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier daño personal, provenientes de sujetos que, por cualquier motivo, tengan relación con ella.

Es importante la detección temprana del problema pues éste es un factor predictivo de diversos problemas, desde trastornos de la personalidad y anímicos/de ansiedad, hasta de alimentación (Wekerle, *et al* 2007).

## 2.2 Tipificación del maltrato

En el presente trabajo se abordará de manera global la clasificación del maltrato desde el punto de vista propuesto por Martínez y Paul (2000) quienes sistematizan tomando en cuenta si el maltrato se da dentro o fuera del ámbito familiar.



Fuente: Martínez y Paul (2000)

### 2.2.1 Negligencia: Los golpes ocultos

Según Leticia Quintanar (2006) se incurre en negligencia, cuando sin tener en su origen la intención de daño, se provocan por ignorancia lesiones físicas al menor. Como ejemplos podemos mencionar la ingesta de algún fármaco contraindicado en el embarazo que dañe al producto; el tabaquismo, alcoholismo o drogadicción de la madre durante el embarazo, que también provoca lesiones diversas al producto; así como la transmisión de enfermedades venéreas y SIDA; asimismo, cuando por desconocimiento de las necesidades de los menores no se proporcionan los cuidados o alimentación adecuados.

Algunas veces se plantea la problemática referente al abandono infantil como el tipo de maltrato denominado por omisión o negligencia. Lo anterior se genera a partir de que los padres omiten el cumplimiento de sus responsabilidades legales, sociales y emocionales hacía el hijo por lo que están contribuyendo al maltrato. El abandono infantil impacta de manera severa a quien lo padece, ya que su buen desarrollo requiere de la cercanía, el cuidado y el afecto de las figuras importantes para él.

### 2.2.2 Abandono: La pérdida afectiva

Se encuentra en la bibliografía una fusión o una no muy clara diferenciación entre lo que es el abandono y la negligencia por lo que es importante clarificar la definición.

Arrabuena y Paul (1994) consideran abandono a aquella situación donde las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y

vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo con que convive con el niño. Sería el grado extremo de la negligencia con gran implantación física (Martínez y Paul, 2000).

El abandono emocional es la situación en la que el niño no percibe afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, risa...) o sus intentos de aproximación o interacción (Murillo en Jiménez, 2005).

El tipo de abandono se puede clasificar en tres tipos principalmente:

- Los pequeños que son abandonados en la vía pública o en alguna institución.
- Niños que pasan la mayor parte del día en la calle, sin supervisión, pero con vínculos familiares.
- Niños de “la calle” sin vínculos familiares.

### 2.2.3 Físico: Más que marcas corporales

Es el tipo de maltrato que se identifica con mayor frecuencia. Ésto se debe a que el tipo de lesiones que lo describen son evidentes. Es frecuente encontrar denuncias de médicos, profesores, vecinos y personas cercanas a los niños que por la evidencia del maltrato físico (golpes, hematomas, fracturas, etc.) identifican a los niños en riesgo.

Su estudio formal se remonta a los estudios de Kempe y sus colaboradores Silverman, Steele, Droegemueller y Silver que publicaron el artículo titulado “Síndrome de niño apaleado” convirtiéndose en uno de los primeros investigadores que describió los síntomas y características del niño maltratado así como la personalidad de los progenitores (en Gallardo, 1998).

Las lesiones de la piel y mucosas provocadas representan la forma más frecuente de maltrato físico, y es la que en general, permite el diagnóstico (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

Martínez y Paul (2000) definen el maltrato físico como cualquier acto intencional producido por los responsables del cuidado del niño que implique o que pudiera provocar lesiones físicas (producidas con o sin instrumentos), enfermedades o intoxicaciones.

Linares (2000) indica que la violencia física quizá sea la modalidad de maltrato infantil que más directamente depende de factores interaccionales en la pareja parental. Aunque es preciso aclarar que los menores no sólo reciben malos tratos por parte de sus padres, hay otras personas como profesores, parientes, amigos e incluso desconocidos que hacen uso de la fuerza física como forma de educación para los niños.

#### 2.2.4 Psíquico o emocional: Cuando las palabras hieren

Se define como cualquier acto que rebaje la autoestima del niño o bloquee las iniciativas infantiles de interacción por parte de los miembros adultos del grupo familiar.

Presenta manifestaciones consecutivas a las conductas activas (rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar) o bien de las conductas derivadas de la omisión (la privación del sentimiento de amor, afecto o seguridad, la indiferencia, etc.)... si bien es uno de los subtipos de maltrato, es difícil concebir que no sea el acompañante de cualquiera de los otros subtipos (Martínez y Paul, 2000).

Villanueva y Clemente (2002) destacan que este tipo de maltrato abarca toda hostilidad verbal en forma de insulto, burla, desprecio, crítica, amenaza de abandono y el constante bloqueo de interacción infantil (desde la evitación hasta el encierro). Reiteradamente se rechaza al niño, se le priva de las relaciones sociales, se ignoran sus relaciones emocionales y de estimulación, se le exige por encima de sus posibilidades, se muestra frialdad afectiva, etc.

Muñoz (2007) hace una clasificación del maltrato emocional en a) activo, cuando la relación es predominantemente agresiva (amenazas, críticas, aislamientos, etc.) y b) pasivo, cuando lo que marca la interacción es la ausencia de respuesta a las señales de interacción afectiva del niño.

Este tipo de maltrato suele ser una de las formas más difíciles de diagnosticar pues no hay huellas “evidentes” de maltrato, por lo que es poco identificado en los niños. También es importante hablar de la cultura, pues en México se tienen arraigadas ideas de educación que incluyen los gritos y las amenazas como herramientas disciplinarias. Son comunes las situaciones de ambigüedad, confusión y creencia por parte de los adultos de que su conducta está justificada y ajustada al comportamiento social.

### 2.2.5 Sexual: El asalto de lo íntimo

Arrabuena y Paul (1994) lo definen como cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el menor.

En un sentido más amplio Kempe y Kempe (1979) definen este tipo de maltrato como la implicación de niños y adolescentes dependientes, e inmaduros en cuanto a su desarrollo en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado.

Como bien señala López (1995) los abusos sexuales deben definirse a partir de dos grandes conceptos: coerción (o asimetría de poder) y la discrepancia de edad. Esto permite incluir las agresiones sexuales que cometen unos menores sobre otros.

Se pueden dar cuatro tipos de maltrato sexual (Arrabuena y Paul, 1994):

- Incesto: si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano(a), tío(a) o sobrino(a).
- Violación: el contacto sexual se da con la presencia de penetración anal o vaginal del adulto al menor.
- Vejación sexual: cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas del adulto.
- Abuso sexual sin contacto físico: se incluyen casos de seducción verbal explícita, exposición de órganos genitales con el objeto de obtener gratificación o excitación

sexual con ello, la automasturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño.

#### 2.2.6 Síndrome de Münchausen por poderes: Los padres que “enferman”

Este síndrome debe su nombre al barón Von Münchausen quien inventaba y exageraba sus hazañas militares. El primer autor que describió el síndrome de Münchausen fue Asher en 1951 (En Casado, Díaz y Martínez, 1997) describiendo casos clínicos de personas adultas que habían visitado múltiples hospitales y habían recibido un gran número de actuaciones médicas y quirúrgicas, teniendo en común la característica de haber falseado los síntomas y malestares.

Quienes diagnostican este síndrome con mayor frecuencia son las instituciones de salud y los médicos-pediatras quienes al atender al niño identifican la falsedad de los síntomas, así como las contradicciones de las personas que los llevan a recibir atención.

En niños este padecimiento también es llamado sometimiento químico –farmacéutico, pues son situaciones en las que el maltratador/a somete al niño a constantes ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa en el menor (Villanueva y Clemente, 2002).

### 2.2.7 Prenatal: El maltrato antes del nacimiento

Martínez y Paul (2000) incluyen en la definición todas aquellas condiciones de vida de la madre gestante que, pudiéndolas evitar, se mantienen y tienen consecuencias negativas en el feto. Ejemplos típicos de estas condiciones son: alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal, enfermedades infecciosas, hábitos tóxicos, seguimiento inadecuado de una enfermedad crónica, etc.

Hay diversos factores que influyen en el desarrollo fetal tales como los medicamentos y las enfermedades padecidas durante el embarazo, el trabajo, el estilo de vida materno y adicciones.

### 2.2.8 Maltrato institucional: El abuso del poder público

Hablar de los pequeños maltratados en las diferentes dependencias de cuidado es un aspecto clave. ¿Cómo es posible que en lugares a donde las personas acuden para ser cuidadas, puedan ser maltratadas? La terrible realidad es que en esas instituciones no hay garantía de que el residente no sea maltratado por otros residentes o por el personal. Es difícil comprender cómo y por qué suceden estas cosas y el motivo por el que no se erradican (Clough, 1996).

San Martín (2005) dice que maltrato institucional son acciones (o inacciones) que tienen lugar en el marco de las instituciones y que atentan contra el normal desarrollo del niño.

La mayoría de los niños son maltratados sólo por el hecho de estar institucionalizados y encerrados... es claro que no les dan el afecto y atención humanas que son necesarias

para un desarrollo saludable (Feigelson, 1980). Se considera que estas deficiencias pueden estar promovidas por la falta de personal calificado dentro de las instituciones de cuidado, así como la falta de apoyo gubernamental a estos sitios.

El maltrato institucional abarca también a aquellos niños que son castigados físicamente y agredidos de manera verbal por sus maestros. Esto pasa en todos los estratos sociales, por lo que es importante resaltar que no es un problema de clases, sino resultado de la cultura y la educación de cada país.

La separación del hogar nuclear de niños que cursan la infancia temprana es crítica. Se sabe que muchas casas de crianza y desarrollo del niño son impredecibles y desconocidas y que, por lo general, han resultado poco eficaces como hogares sustitutos, por lo que se vuelve –en algunos casos– cuestionable separar a los niños de sus familias. Por lo tanto, se debería separar al niño solamente por razones muy urgentes (Feigelson, 1980). En México los criterios para separar a los menores de sus padres son ambiguos. Hay en las instituciones de cuidado niños que se encuentran atravesados en medio de un proceso de divorcio de sus padres, y por desacuerdo de éstos los niños tienen que ser retirados del hogar, otros se encuentran institucionalizados por alguna conducta delictiva de los padres o por ambigüedad en cuanto a la línea de consanguinidad que compruebe la paternidad de un niño con dos o más personas que lo reclaman.

### 2.2.9 Explotación: La esclavitud infantil

La explotación como forma de maltrato infantil tiene, principalmente, dos caras: la explotación laboral y la explotación sexual.

Excluidos de la educación y atrapados en el círculo vicioso de la pobreza, estos niños “trabajadores” ven socavados sus derechos básicos, su salud e incluso su vida. Generalmente la explotación infantil está asumida dentro de la familia como una fuente de ingresos aceptada por la totalidad de sus miembros. En zonas rurales el problema se exagera, sin querer decir que en la zona urbana no exista. El trabajo del menor en el campo es el más común, a menudo se ven obligados a trabajar las tierras de la familia, sin tener en cuenta sus derechos escolares, de salud, de recreación, etc.

La convención sobre los derechos del niño (en Osorio, 2005) en su artículo 32 explica sobre la explotación laboral que:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud, su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.
2. Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales para garantizar la aplicación del presente artículo. Con este propósito, y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes en particular:
  - a. Fijarán una edad o edades mínimas para trabajar
  - b. Dispondrán la reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo

- c. Estipularan las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación efectiva de este artículo

Respecto a la explotación sexual dice en el artículo 34

Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abusos sexuales, con este fin los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir

- a. La incitación a la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal
- b. La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales
- c. La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos

### 2.3 Trauma psíquico: El dolor de la experiencia

La palabra trauma etimológicamente procede de *traumaticus* (latín) y éste del griego trauma: herida; por extensión el trauma psicológico implica una herida psíquica.

En 1893 con Breuer, Freud consideraba al trauma como una experiencia que provoca estados penosos, tales como temor, ansiedad, vergüenza o dolor físico. Freud (2005) dice que el trauma se podría definir como un aumento de excitación dentro del sistema nervioso, que este último no es capaz de tramitar suficientemente mediante reacción motriz.

Freud (2005) menciona que el contenido del recuerdo es por regla general trauma psíquico apto por su intensidad para provocar el estallido histérico en el enfermo, o bien

el suceso que por su ocurrencia en un momento determinado se convirtió en trauma. Una experiencia puede tener un efecto traumático si ocurre en momentos de peculiar susceptibilidad para el estímulo (Furst, 1971).

Según Breuer y Freud (2005) los traumas derivan en sintomatología debido a que no pueden ser suficientemente abreactados.

Un evento traumático está considerado siempre como algo especialmente destructivo en la vida de los individuos, familias y comunidades afectadas (Rubin y Bloch, 2003).

En los niños maltratados el recuerdo de uno o varios eventos violentos dejan como secuela un trauma psíquico con el que es preciso trabajar. Hay una cantidad de emociones y sensaciones tanto dolorosas como de temor, ansiedad, angustia, vergüenza, sentimientos de ser expuestos física y emocionalmente, que es prioritario que sean trabajados en un proceso psicoterapéutico que ayude al menor a trabajarles.

El trauma, aquí, no es otra cosa que el efecto de una agresión que ha penetrado en las defensas, así como una puñalada puede atravesar la piel. La gravedad de la herida se debe a que la violencia ha desbordado las protecciones y éstas no pueden absorber el golpe. Cuando se trata de un trauma, cuerpo y psique funcionan según el mismo modelo. El trauma psíquico es una intrusión brutal, inopinada, inimaginable. Es una irrupción entendida como violencia porque va más allá de la capacidad del sujeto de integrar ese acto en un discurso que le concierna (Avrane, 2004).

De acuerdo con Silvia Bleichmar (2001) el traumatismo ocupa un lugar central también para el diagnóstico. Conocer la historia de cada paciente es importante pues eso nos llevará a encontrar pautas de intervención adecuadas.

Los tipos de maltrato a los que el niño fue expuesto influyen en la forma en que el trauma se instaura en el psiquismo de cada persona. En los casos en que la exposición a la violencia aumenta el terror de los niños a más allá de un nivel determinado, una fantasía que simplemente devalúe su Yo e idealice a sus padres no es suficiente (Bloch, 1986).

La pérdida temprana de los padres, o de la figura importante –hablando de una pérdida ya sea real o simbólica- que haga las veces de tal, predispondrá a padecimientos psicológicos adultos (Remus, 1965).

El trabajo terapéutico encaminado a permitir la expresión de emociones, sensaciones y sentimientos producidos por la exposición a la violencia es prioritario. Esto ayuda, sin duda, a que los niños simbolicen y así puedan manejar la energía causada por estas experiencias.

El trabajo del psicólogo consiste entonces en poner en palabras, en el uso del discurso sobre el trauma sufrido y la devolución hecha al sujeto así como la facultad de hablar en su propio nombre y emitir un juicio personal. Palabras, juegos de roles o dibujo, modelado y pintura en el caso de los niños son los medios empleados con ese fin (Avrane, 2004).

#### 2.4 Institucionalización: Una opción de cuidado

En México, cuando existen denuncias o averiguaciones previas en donde los niños se vean en riesgo de maltrato, el ministerio público se encarga de canalizarlos a las

instituciones competentes (albergues, casas hogar, hogares sustitutos) para que resguarden al niño en riesgo.

El propósito es brindarles un lugar en donde el niño pueda ser “cuidado” mientras se resuelve su situación jurídica, para determinar si es reincorporado a la familia o es dado en adopción. Los albergues e instituciones de asistencia infantil brindan a los niños éste alojamiento, alimentación, protección, educación, atención médica y en muchos casos atención psicológica complementada con programas de estimulación para el crecimiento del menor en todas las áreas de su vida.

Existen dos posibilidades para los infantes dentro de las instituciones. Ser alojados de manera temporal o bien tener una permanencia hasta cumplir la mayoría de edad. Se pretende ayudar a los niños a sentirse protegidos y amados, además de interesarse en el desarrollo de habilidades de independencia y autosuficiencia.

En la mayoría de los casos los niños institucionalizados han vivido experiencias desagradables antes de llegar a los albergues. A ello se suma que al ser incorporados a la institución es altamente probable que vivan la situación acompañada de sentimientos de pérdida, confusión, enojo, soledad, tristeza (Fanshel en Itzkowitz, 1978).

La adaptación de los niños a estos lugares puede verse reflejado en diferentes formas. Para algunos la tristeza (a causa de una pérdida real) es el sentimiento que les embarga al verse distanciados del núcleo familiar y de su cotidianeidad. Otros más lo viven con enojo por haber sido engañados por las personas que los presentaron a las agencias por medio del engaño. Algunos parecen felices por estar protegidos y

alejados de los malos tratos de los que eran víctimas. Así, cada niño, tiene una experiencia diferente en la adaptación de este nuevo hogar que, en la mayoría de los casos, es sólo temporal.

Winnicott (2005) dice que cuando uno le da un hogar a un niño, le proporciona un fragmento del mundo que el niño puede comprender y en el que el niño puede creer, en los momentos en que falta amor. Si existe una relación entre un niño y los adultos puede sobrevivir a largos periodos de incompreensión.

La institucionalización tiene ventajas. Una de ellas es dar al niño la oportunidad de crecer en un ambiente libre de violencia. Los niños al ser resguardados, aprenden a convivir con pares que han sufrido experiencias similares, eso ayuda a dar entrada a la universalización del problema. También se desarrollan habilidades de convivencia, de comunicación y de autocuidado.

Otra de las oportunidades que brinda la institucionalización es el desarrollo de la capacidad de preocupación por el otro, así como poner en práctica sentimientos de amor. Estas habilidades se dan a nivel de pares y entre cuidadores, terapeutas y personal de las instituciones en su interacción con el niño.

Una de las desventajas que es factible discutir aquí es la separación. Al tener las instituciones un carácter de temporalidad se tiene por anticipado que las pérdidas seguirán siendo una constante en la vida de los pequeños institucionalizados. Como se mencionó anteriormente, cuando un niño es retirado de su hogar, pasa por un periodo de duelo, en donde las pérdidas necesitan ser trabajadas. Al momento de lograr la integración del infante a la institución, no pasa mucho tiempo para que llegue el

momento de ser canalizado o reintegrado a su hogar, viene entonces otra separación en su vida.

El trabajo psicoterapéutico es urgente en estos casos. Aubin (1980) dice que el terapeuta puede intervenir en el sentido en que parece indicado y sobre todo el niño siente que en lo sucesivo tiene junto a él, lo que con mayor frecuencia le ha faltado, la figura tranquilizadora, experimentada, benévola y firme a la vez, que participa verdaderamente de su vida actual y que inspira, he allí uno de los puntos más importantes, el sistema de reacción de los restantes miembros del equipo (pedagogos, cuidadores, administrativos, médicos, enfermeras, etc.) respecto a él.

Este capítulo tiene una relevancia precisa para el entendimiento del caso clínico que se presentará más adelante, pues el maltrato infantil se encuentra relacionado directamente con la patología fronteriza. Masterson (en Paz, 1976) considera que la causa del síndrome "borderline" –o fronterizo– es la depresión por abandono, causada por el retiro de los suministros maternos ante el intento del niño de separarse e individuarse. Todos estos aspectos se desarrollaran con mayor claridad en el siguiente capítulo así como en el análisis del caso.

*“Sin duda  
somos muy pobres  
si somos totalmente cuerdos”  
D.W. Winnicott*

### **3. Patología fronteriza: ¿Una zona intermedia?**

#### 3.1 Antecedentes y definición

Hacer una revisión histórica del concepto “patología fronteriza” resulta complejo por diversos motivos. El primero connota el uso histórico que se ha hecho del término “límite” “borderline” o “fronterizo” para referirse a diversos trastornos; ello hace que el uso de estos conceptos no solo se reduzca al trastorno límite de la personalidad sino al trastorno bipolar, a algunos tipos de neurosis, psicosis, etc. Otro de los motivos es el uso de diferentes términos para designar este trastorno que se ha denominado indistintamente como fronterizo, limítrofe, límite, estructura "preesquizofrénica de la personalidad", esquizofrenia ambulatoria, esquizofrenia pseudoneurótica, personalidad "como si", el colérico, carácter psicótico, prepsicosis, etc. por lo tanto, no se tiene una certeza del uso correcto del término “patología fronteriza” en tiempos anteriores para denominar a dicho trastorno como lo conocemos hoy en día. Aquí se han intentado mencionar datos que describen a la patología fronteriza como se trabajará en este reporte.

En la rama de la medicina Homero, Hipócrates y Areteo describían a pacientes que estaban sujetos a cambios “inconscientes” del estado de ánimo, [melancolía](#), [manía](#) e ira (González, 2006). La historia del término se remonta hasta el año 1884 cuando el psiquiatra británico Hughes hablaba de un "campo fronterizo" en las enfermedades psicológicas. Este término se popularizó como "borderline". En aquel momento

describía a pacientes con diferentes cuadros sintomáticos, que no podían ser asignados con seguridad dentro de las tablas de neurosis ni en el espectro psicótico.

Freud (2005) en su artículo *“Neurosis y psicosis”* comienza a abordar esta patología diciendo: “el Yo tendrá la posibilidad de evitar la ruptura hacia cualquiera de los lados deformándose a sí mismo, consintiendo menoscabos a su unicidad y eventualmente segmentándose y partiéndose”, desde este momento se hacía ya referencia al mecanismo de defensa de la escisión que es el que predomina en el curso de la patología fronteriza.

El primero en usar el concepto “borderline” fue Aldof Stern (1938) para describir un grupo de pacientes externos que no obtenían provecho del psicoanálisis clásico y que no encajaban en las categorías estándar de ["neurótico"](#) o ["psicótico"](#).

En 1942 se acuñó el concepto de personalidad “como si” y Robert Knight (1953) describió las defensas del paciente “borderline”, así mismo Knight amplía el término límite al considerar que esta entidad nosológica lindaba no sólo con la frontera de las neurosis, sino también con la de las psicosis. En 1958 Elizabeth Geleerd publica un artículo sobre las características de esta patología en niño. Ekstein describe un tipo de niños con organización primitiva del Yo o que cambian a niveles más avanzados.

El término “borderline” aparece por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en 1980 y en la clasificación del Código Internacional de Clasificación de las Enfermedades (CIE) en 1994 como trastorno de la personalidad inestable. Actualmente el DSM define el trastorno límite de la

personalidad como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, los afectos, y de una notable impulsividad.

En la clasificación CIE 10 se le denomina trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad concepto que parece más afortunado y más descriptivo de lo que en realidad es este trastorno.

Esta patología afecta al 2% de la población, siendo dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. En poblaciones clínicas puede llegar a un 30%. En los familiares de primer grado de estos pacientes se ha observado una mayor prevalencia de trastornos depresivos y abuso de sustancias (Larrosa, 2008).

Desde la perspectiva analítica, para algunos, el estado límite de la personalidad es un estado fluctuante entre la neurosis y la psicosis, “no es una línea sino, más bien, un vasto territorio que no ofrece una división neta: una tierra de nadie entre la salud y la insania” (Green, 2001). Sin embargo, Otto Kernberg (1987) lo define como una organización patológica de la personalidad, específica y estable y no un estado transitorio que fluctúa entre la neurosis y la psicosis. Forsch (1964) trabajó el diagnóstico diferencial de los trastornos fronterizos destacó que estos pacientes presentan alteraciones en sus relaciones con la realidad y en sus vivencias de la realidad pero, en momentos, conservan su prueba de realidad lo cual los diferencia claramente de los psicóticos.

Winnicott (1958) define el término “borderline” refiriéndose a los pacientes en los cuales el núcleo de la perturbación es psicótico, pero revelan una organización psiconeurótica suficiente y centra sus estudios en la importancia de los objetos transicionales de la

primera infancia ya que los pacientes fronterizos no tienen una historia de la presencia de esos objetos.

A continuación se presenta un cuadro que ayuda a clarificar y sintetizar las diferentes estructuras de la personalidad y su comportamiento.

COMPARACIÓN ENTRE LAS LÍNEAS ESTRUCTURALES DE LA PERSONALIDAD

	<i>ESTRUCTURAS NEURÓTICAS</i>	<i>ESTRUCTURAS PSICÓTICAS</i>	<i>ORGANIZACIONES LIMITES</i>
<i>INSTANCIA DOMINANTE EN LA ORGANIZACIÓN</i>	Super-yo	Ello	Ideal del Yo
<i>NATURALEZA CONFLICTO</i>	Super-yo con el Ello	Ello con la realidad	Ideal del Yo con - Ello - Realidad
<i>NATURALEZA ANGUSTIA</i>	Castración	Parcelación	Pérdida de objeto
<i>DEFENSAS PRINCIPALES</i>	Represión	Negación Escisión Forclusión	Clivaje de objetos Forclusión
<i>RELACIÓN OBJETO</i>	Genital	Fusional	Anaclítico

Fuente: Bergeret (1980)

### 3.2 Características clínicas

El DSM refiere que en las historias de la infancia de sujetos con trastorno límite de la personalidad son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales, la negligencia en su cuidado, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental y que su diagnóstico tiene mayor incidencia en mujeres (alrededor del 75%).

Pedreira (2008) aporta puntualizaciones acerca de datos clínicos que se consideran importantes para la comprensión del trastorno fronterizo:

- a) La naturaleza de la angustia: Principalmente se trata de una angustia primaria, de destrucción, de fusión. Puede estar "pegada" por la externalización del conflicto, o bien inaccesible en los casos de inhibición masiva, o bien camuflada tras mecanismos más evolucionados y relativamente eficaces (defensas maniacas o elaboración de la angustia de separación).
- b) El proceso de vinculación y las conductas de apego: Se ha demostrado que el trauma tiene un papel importante en la psicogénesis de los estados fronterizos. Se cree que cuando se perpetra por parte de una figura de apego, el trauma interfiere con el proceso normal de desarrollo. El niño maltratado no puede darse el lujo de ver la expresión del padre como una indicación exclusiva de una realidad psíquica, como si no tuviera consecuencias, dado que los sentimientos del padre pueden acarrear repercusiones aterradoras. El niño que está rodeado por un trauma real o la amenaza del mismo tendrá pocas oportunidades de desarrollar una conciencia de cualquier distinción entre lo interior y lo exterior. En los casos

de maltrato, el niño no está a salvo y cualquier comunicación tranquilizadora de contención será falsa (Fonagy y Target, 2001). Las conductas de apego que establecen estos sujetos son inconsistentes, cambiantes y basadas en la seducción. Encauzan un proceso de vinculación inseguro, demandante y frustrante desde la figura de apego, por lo que la jerarquía de figuras de apego se va diluyendo de forma rápida. Desde este tipo de apego se responde a la ley del "todo o nada", con fusiones vinculares maximizantes que dan paso a rupturas vinculares resonantes, que originan descompensaciones afectivas y emocionales en el sujeto. No es extraño que, precisamente por este tipo de patrón vincular, los cambios de amistades sean la norma, o bien amistades circunstanciales con fáciles idealizaciones que pasan a ser amistades entrañables. Actúan como si tuvieran relaciones afectivas con la gente, pueden estar rodeados de mucha gente y entregarse a numerosas actividades, pero no tienen verdaderos amigos (Paz, Pelento y Olmos de la Paz, 1976).

Las figuras de apego iniciales de estos pacientes tienen especiales características, sobre todo en el propio establecimiento del vínculo, son figuras un tanto inconsistentes y contradictorias a la hora de establecer los límites, con cierto simplismo mental, no es extraño que aparezcan en una o en ambas figuras parentales síntomas, cuanto menos subclínicos, de la serie ansioso-depresiva y que ellos mismos establezcan con sus hijos relaciones de todo o nada. La fusión y sobreprotección de las figuras parentales parece la norma, pero se acompañan de cierta rigidez y frialdad afectiva, teñida de

explosiones emocionales de afecto o de múltiples datos de "chantajes afectivos" (Pedreira, 2008).

Bychowsky (en Kernberg, 1987) estudió estos aspectos de la patología fronteriza y describió que dentro de las características estructurales más importantes está la persistencia de primitivos estados yoicos disociados y el clivaje de las imágenes parentales en objetos buenos y malos.

La teoría del vínculo temprano dio lugar a las descripciones de los fenómenos de "segunda piel" que aportó Ester Bick, y a los de la identificación adhesiva, por parte de Meltzer. La formación de la identidad por medio de mecanismos más primitivos como el de la identificación adhesiva, que entraña una fantasía omnipotente de quedarse pegado sobre la superficie del objeto, permitió el estudio de un tipo de trastorno de la personalidad que se caracteriza por la superficialidad, la inconsistencia y el fácil colapso ante la ausencia del objeto, la personalidad "como sí", o, en casos más patológicos, el autismo o muchos estados "borderline" (Barugel, 2000).

Uno de los rasgos más característicos de la personalidad fronteriza es la inestabilidad y tempestuosidad de sus relaciones. Fonagy y Target (2001) parafraseando a Winnicott dicen que no existen personas "borderline", sino solamente una pareja "borderline" –la persona y su objeto–.

- c) Amenaza de ruptura o ruptura con la realidad: Es la expresión de una deficiente organización del sentido de realidad que, a veces, puede canalizarse alrededor de ciertos temas prevalentes (algunos las han llamado

"psicosis imaginativas") o gracias a mecanismos adaptativos eficaces, pero frágiles (parapsicosis). Para Segal (2003), quien trabaja a partir del punto de vista kleiniano, la fantasía está siempre presente y activa en todo individuo. Lo que determina el estado psíquico del sujeto es la naturaleza de estas fantasías inconscientes y su relación con la realidad externa. Crear fantasías es una función del Yo. La fantasía no es tan sólo una fuga de la realidad; es una comitante constante e inevitable de las experiencias reales, en constante interacción con ellas. La fantasía inconsciente influye y altera constantemente la percepción e interpretación de la realidad, lo inverso también es cierto: la realidad ejerce su impacto sobre la fantasía inconsciente. Las funciones de la fantasía son múltiples y complicadas, la fantasía tiene un aspecto defensivo que se debe tener en cuenta. El objetivo de la fantasía es satisfacer impulsos instintivos prescindiendo de la realidad externa se puede considerar que la gratificación proveniente de la fantasía es una defensa contra la realidad externa de la privación.

Aunque sea parcial y temporaria, puede haber transiciones entre alucinaciones reales, seudoalucinaciones, sueños diurnos y delirios. Hay casos en los cuales el juicio de realidad se quiebra de tanto en tanto para reaparecer más tarde (Paz, Pelento y Olmos de la Paz, 1976).

- d) Infiltración constante de los procesos secundarios por los procesos primarios: Resulta la expresión directa de la pulsión, sea al nivel corporal o en las producciones fantasmáticas. Entraña mecanismos defensivos masivos y rígidos o bien frágiles y lábiles. Se constata la existencia de mecanismos

procesuales y defensivos de carácter regresivo, progresivo o de descarga, características de tal o cual nivel de la organización libidinal primaria (responde a la angustia primaria), oscilando entre el repliegue narcisista masivo a la identificación proyectiva, de la realización alucinatoria del deseo a las defensas maniacas, de los clivajes a la forclusión, de la idealización mágica a la proyección (Pedreira, 2008).

Knight (en Paz, Pelento y Olmos de la Paz, 1976) sostiene que en los pacientes fronterizos las funciones del Yo normal, el proceso secundario del pensar, la integración, el planteamiento realista, la adaptación al medio ambiente, el sostenimiento de relaciones con los demás y las defensas contra los impulsos inconscientes primitivos están severamente debilitados. El Yo del paciente fronterizo opera defectuosamente, como resultado de tendencias constitucionales, sucesos traumáticos con perturbación de las relaciones humanas, juntamente con una tensión precipitante más reciente.

Existen aspectos específicos de labilidad yoica, como el predominio de primitivos mecanismos de defensa. Los aspectos *inespecíficos* de la labilidad yoica son básicamente tres: falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos e insuficiente desarrollo de los canales de sublimación (Pedreira, 2008).

Podemos observar en acción mecanismos del proceso primario; por ejemplo su necesidad de descarga inmediata, la caída en el uso del desplazamiento, la condensación, la sustitución de un todo por partes y una cierta pérdida del sentido de realidad (Ortega, 1980).

e) La dificultad en acceder a lo simbólico hace que se constituya una simbólica un tanto irreal: De esta forma la relación de objeto es muy primitiva, domina la relación de tipo narcisista, fusional o diádico, sin posibilidad de triangulización de las relaciones o con una triangulización incompleta que dificulta la llegada a posiciones edípicas, siendo, por lo tanto, predominantemente oral. En ocasiones no existe una verdadera elaboración de relación objetal, existiendo posiciones autoeróticas y anaclíticas que dejan al sujeto bajo el dominio de la pulsión de muerte.

f) El funcionamiento defensivo o utilización de mecanismos de afrontamiento. La escisión juega un papel importante en estos pacientes. Es una operación de defensa esencial en la patología fronteriza, subyace a los otros mecanismos defensivos. Es un proceso activo de mantener la separación entre las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta. La escisión es una causa fundamental de labilidad yoica y un Yo débil es proclive a la utilización de este mecanismo (Kernberg, 1987).

Fonagy y Target (2001) desarrollaron un término para el mejor entendimiento del funcionamiento mental de estos pacientes. La *equivalencia psíquica* se utiliza para referirse a la calidad de los estados mentales cuando existe la asunción de que lo pensado debe ser real –no diferenciación entre realidad y fantasía–.

El sistema defensivo que utilizan estos sujetos es a base de utilizar mecanismos arcaicos, tales como la negación y la proyección. El mecanismo más utilizado es el de la proyección, por el que el sujeto queda al margen de

los acontecimientos y de los conflictos, ya que éstos se originan por la acción de los otros, sus propios comportamientos se deben a una reacción frente a la actitud y los comportamientos de los demás. Esta actitud hace que las dificultades personales y relacionales sean severas y, en cierta manera, progresivas, sobre todo en la pérdida de habilidades sociales. Estos mecanismos de afrontamiento o de defensa son muy rígidos, muy duros, pero extremadamente frágiles, un símil aceptable es el vidrio, cuya dureza hace que sólo el diamante lo raye, pero cuya fragilidad le lleva a fragmentarse en mil pedazos ante el menor golpe. Todo ello hace que aparezcan pensamientos y actitudes de contenido altamente referencial, lo que favorece el encerramiento en sí mismo y dificulta sobremanera el abordaje terapéutico y el conjunto de la relación interpersonal. El conjunto de lo descrito hasta el momento actual nos encamina hacia la soledad del sujeto y a una distorsión perceptiva relevante que, de forma compensatoria, tiende a explicar la situación evitando el compromiso y la involucración personal. De aquí al paso al acto, existe sólo un paso y la sucesión o catarata de acciones de este tipo "vacían", en cierta medida, la capacidad de mentalizar y la pobreza intelectual se va abriendo camino, unido a un cierto simplismo explicativo de situaciones de conflicto. Por ello la autoestima va disminuyendo, las críticas propias y externas arrecian y la dificultad de afrontar un cambio es mayor, la dificultad para rectificar va en aumento porque lo interpreta como un cuestionamiento de su narcisismo.

La identificación proyectiva es una forma primitiva de defensa muy utilizada por pacientes fronterizos está destinada principalmente a externalizar imágenes agresivas de sí mismo y de los objetos; el paciente tiene necesidad de controlarlos ya que les teme debido a lo que se proyectó en ellos. La típica manifestación transferencial de estos fenómenos es el intenso temor y desconfianza que le inspira el terapeuta, que es vivido como atando al paciente, en tanto que éste empatiza con la fuerte agresión proyectada y trata de controlar al terapeuta de manera sádica y arrolladora (Kernberg, 1986).

g) Deficiente control pulsional:

- Agresividad: aparece en forma de descargas bruscas en muchas ocasiones desproporcionadas en relación al estímulo desencadenante, cóleras impulsivas, frecuentes pasos al acto, inhibición motriz masiva (como expresión de un oposicionismo pasivo y trastornos del tipo pasivo-agresivo).
- Funcionamiento libidinal: actividades autoeróticas compulsivas (por ejemplo onanismo compulsivo), enuresis o encopresis, coexistencia anárquica de posiciones y relaciones de objeto de tipo oral, anal y fálico, con predominio de las de tipo oral.
- Trastornos del sueño: inversión del ritmo nictameral, pesadillas, adelantamiento de la hora del despertar.
- Trastornos de la alimentación, de gravedad variable: bulimia, anorexia o alternancia en fases de ambos trastornos, pérdidas de peso.

- Angustia: difusa, masiva, poco integrada e incontrolada, con frecuentes accesos de pánico.

### 3.3 Patología fronteriza en niños

La historia de la evolución y discusión de conceptos “borderline” o fronterizos en niños y adolescentes es breve.

Margareth Mahler es la primera investigadora que englobó con el término de “psicosis benigna” a estos cuadros en 1949. Estos fueron intentos cautelosos, más adelante llegaron trabajos en donde se dan por sentados aspectos como la existencia del síndrome, se plantean hipótesis sobre el funcionamiento y el origen del trastorno y se aplican a la población infantil. Hay trabajos apegados al nivel clínico, del lado empírico que dan bases para la atención de estos pacientes, mientras otros se enfocan a la teoría.

Kestenberg (en Paz, Pelento y Olmos de la Paz, 1976) estudió a pacientes infantiles y a partir de su material clínico destaca:

1) Los elementos comunes que están presentes en estos pacientes: un ajuste o adaptación a la realidad distorsionada presentada por sus madres, el deseo de psicotizarse, una intensa sumisión a los deseos maternos, fuertes sentimientos de protesta, detención en el desarrollo, deterioro de las funciones yoicas y descenso del nivel de rendimiento intelectual y práctico.

2) Las características de las madres de estos niños: las describe como mujeres posesivas, agresivas, con una fuerte tendencia a forzar a sus hijos a un vínculo

simbiótico. Distorsionaban la realidad de acuerdo a sus deseos y la imponían como si fuera única y verdadera, los niños tenían que someterse o ser abandonados.

3) Los rasgos similares encontrados entre estos casos y cuadros esquizofrénicos, que son los que nos explican la confusión entre ambas entidades nosológicas: los rasgos similares con niños esquizofrénicos es la falsa evaluación de la realidad, falta de interés por los objetos, mecanismos proyectivos intensos, deterioro de funciones yoicas, disturbios de percepción y de juicio.

4) El modo de relación objetal diferente en una y otra entidad que justifica su diferenciación: se señala que las semejanzas sólo se dan a nivel fenomenológico ya que muchas de éstas características no se deben a una pérdida de relación objetal total o parcial sino, a un vínculo casi simbiótico con la madre que les impedía adaptarse a cualquier otro objeto que no fuera ella.

5) Realiza un intento de explicación etiológica acerca de los trastornos pseudoesquizofrénicos –fronterizos–: destacó un apego muy intenso a las primitivas organizaciones de la libido y una relativa inhabilidad para pasar de un estadio a otro.

En cuanto a la constitución psíquica se ha observado una estructura primitiva del superyó que se encuentra muy dependiente de los objetos externos, se muestra internalización, aunque se sobrepone la tendencia a la regresión. En este aspecto, las tendencias regresivas, se ha visto una manifestación excesiva de ansiedad frente a cambios en el desarrollo, y sobre todo aquellos que representen una pérdida de los objetos (Paz, Pelento y Olmos de la Paz, 1976).

Pine (1974) dice que los niños fronterizos muestran invariablemente una desviación crónica del Yo (no renuncian a la omnipotencia, al pensamiento mágico y no aceptan prueba de realidad), niveles cambiantes de organización yoica y ciertos grados de desorganización interna que desembocan en la desorganización externa.

Algunos de los síntomas que denotan presencia de disfunciones yoicas son la falta de diferenciación entre impulsos, afectos y sensaciones corporales, así como la constante confusión temporal, confunden el pasado y el presente, pudiendo revivir con toda su carga emocional experiencias pasadas. Se encuentra una deficiencia en cuanto a procesos clave, no pueden integrar ni sintetizar, por otra parte no puede controlar y posponer la descarga de sus impulsos. Respecto al pensamiento se ha notado que el paciente fronterizo infantil tiene perturbado el juicio, la memoria, la observación y no puede conectar causa y efecto ni prever las consecuencias; por ende, el proceso primario invade al secundario.

En Paz (1976) se plantean las características esenciales del paciente fronterizo infantil: ansiedad intensa; violentas explosiones de rabia; pobre control de impulsos; descarga de tensión a través del aparato muscular –descargas motrices–; conductas bizarras; perturbación en el sentido de realidad (con confusión sujeto-objeto); aparición de fantasías bizarras, especialmente durante el proceso de tratamiento, con posibilidad de un nivel delirante; distintas conductas dentro y fuera de la sesión –escisión– ; impresión de caos, y labilidad en el control; la falla de la represión; transferencia intensa con momentos autistas, simbióticos y escasa manifestación a nivel neurótico; contratransferencia intensa, como es la sorpresa, el horror, la imposibilidad de pensar; y la presencia de una pareja parental con trastornos psicológicos.

Respecto a los mecanismos de afrontamiento o defensa que más utilizan se encuentran la escisión, la identificación proyectiva, la idealización y la desvalorización de los objetos (Paz, 1976).

Green (2001) destaca que en los pacientes fronterizos, existe una escisión de los dos padres según las nociones de lo “bueno” y lo “malo”, lo “persecutorio” y lo “idealizado”; uno de los progenitores se percibe como “totalmente bueno” y el otro como “totalmente malo”. Dentro de esta relación, el objeto parental “bueno” se percibe como débil e ineficaz, y la sobrevaloración de la idealización “bueno” no defiende de la maldad omnipotente del otro progenitor. El miedo de ser abandonado por el objeto parental intrusivo “malo” no lleva a otra parte que a un desierto, y de que el objeto “bueno” idealizado sea inalcanzable, demasiado distante y poco confiable, colocando al paciente en un dilema insoluble.

Para Chabert (en André, 2000) la ambivalencia con respecto a cada uno de los padres caracteriza la organización edípica neurótica, mientras que el clivaje (amor a uno, odio al otro) sería más característico de las organizaciones edípicas de los funcionamientos fronterizos.

En los pacientes fronterizos existe la necesidad de mantener el odio, y la amenaza de invasión debe señalarse mediante estrategias de diferenciación; los movimientos pulsionales de odio evitan el riesgo de ser invadido por el otro, cuya proximidad puede tornarse una fuente de confusión por la atracción y dependencia que implica la hostilidad hacia el otro no enmascara el amor por él, sino el temor de perderlo, lo cual resulta paradójico: en el nivel manifiesto, los objetos son rechazados, maltratados,

descalificados; pero a nivel latente, esa negatividad se entiende como una medida de protección narcisista con respecto al miedo al abandono (Chabert, en André, 2000).

Desde el punto de vista emocional se subrayan el predominio de sentimientos de irritación y enojo desde los primeros meses de vida.

Con respecto a las relaciones objetales, llama la atención, la fuerte tendencia a transformar a las personas en objetos inanimados, lo que avala la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial con cuadros autistas.

En cuanto a la relación con la figura materna, se evidencian fuertes sentimientos de apego y hostilidad. Gerald (en Paz, 1976) explica que para el niño "borderline", perder la madre o estar ausente de ella significa ser atacado y estar en peligro de aniquilación. Las fantasías de estos niños provienen de todos los niveles y son sexuales y agresivas; una fantasía evoca la otra y ellas se tornan crecientemente terroríficas y bizarras.

En la historia evolutiva se describen conflictos agudos en cuanto al aprendizaje del control de esfínteres, comenzando tempranamente y sin resultado. Como rasgos de carácter señalan un oposicionismo marcado y sobrepreocupación por el aseo (Paz, 1976).

Estos mismos autores sostienen que en estos niños coexisten momentos en que se conducen de una forma totalmente patológica, riendo y gritando sin una razón aparente, y otros en que son capaces de mantener una conducta adecuada y secuencias de juego con contenidos significativos. Weil (en Paz, 1976) afirma que es difícil o imposible determinar la participación de lo constitucional y lo ambiental en estos casos.

Margareth Mahler en sus trabajos “Estudios clínicos en casos benignos y malignos de psicosis infantiles” (1949) y en “Psicosis y esquizofrenia infantil” (1952) describe a un grupo de niños que denomina “los casos benignos” describiéndoles como niños con baja tolerancia a la frustración y una falta de diferenciación emocional con la madre; las familias los describen como poco o nada conectados y Mahler afirma que estos niños emplean mecanismos de defensa similares a los neuróticos.

Es importante, después de todo lo descrito con anterioridad, realizar una diferenciación entre las psicosis infantiles, los estados fronterizos infantiles y las neurosis. Frijling (en Paz, 1976) tiene una clara y práctica tabla que nos puede ayudar a ilustrar las diferencias de estos estados de manera concreta.

	<b>Psicosis infantil</b>	<b>Estados fronterizos infantiles</b>	<b>Neurosis</b>
<b>Motivo de consulta</b>	Inmanejable en la casa	Conductas incomprensibles	Toda clase de dificultades
<b>Descripción del niño</b>	Extraño	Extraño	Toda clase de descripciones
<b>Influencias ambientales</b>	Sobre estimulación. Falta de contacto o contacto anormal.	Sobre estimulación. Falta de contacto o contacto anormal.	Relaciones neuróticas familiares (menos intensa que en los casos psicóticos o “borderline”)
<b>Evolución del niño</b>	Ninguna fase real dominante. Muchos rasgos de fases tempranas, las fases se superponen y confunden. Serias dificultades en la transición de una fase a la otra siguiente. Distribución anormal de la libido con falta de catexis objetual u objetos	Ninguna fase real dominante. Fases del desarrollo superpuestas y confundidas. Dificultades en el pasaje de una fase a la otra. Menores disturbios en la distribución de la libido que en la psicosis. Dependencia muy marcada de unos cuantos objetos. Relaciones	Existencia de una fase dominante. Conflictos que emanan de la fase edípica. Regresión. Catexis de objetos. La autoestima puede ser perturbada por conflictos neuróticos.

	caracterizados con libido narcisista. Preferencia de objetos inanimados. Intensa catexis del self. Excitación crónica.	simbióticas. Intensa catexis del self, pero menos excitación crónica. Poca vitalidad. Algunos rasgos fetichistas. El fetiche puede representar un objeto transicional o una identificación primitiva con una persona, o ciertos aspectos asociados a una persona.	
<b>Agresión</b>	Alto grado de impulsividad. Peligroso para ellos mismos y para su alrededor.	Menor agresión directa. Impulsos explosivos.	Dificultades en el manejo de la agresión, pero no peligrosa para los otros. Solo peligrosa para ellos mismos. Tendencias suicidas y accidentes.
<b>Conflictos</b>	Severos conflictos intrasistémicos. Masculino-femenino. Activo-pasivo. Libidinal-agresivo. Falta de conflictos intersistémicos.	Conflictos intersistémicos e intrasistémicos.	Conflictos intersistémicos e intrasistémicos.
<b>Desarrollo del yo</b>	Perturbaciones específicas de la integración y de la prueba de realidad. No hay distinción entre el self y la representación de los objetos. Detención en la diferenciación y percepción del objeto. El lenguaje no es usado como un medio de contacto con los objetos. Concretismos y neologismos. La falta de contacto humano puede persistir, y esto puede llevar a procesos restitutivos. Falta principalmente el proceso secundario.	Perturbaciones específicas de la integración. La prueba de realidad está menos perturbada que en la psicosis. Hay diferenciación entre el self y la representación de los objetos, pero con una tendencia a la regresión y a la confusión. Perturbación del uso del lenguaje como medio de contacto. A menudo con fuerte necesidad de contacto. Ideas de grandeza, pero sin constantes ilusiones y alucinaciones como en la psicosis. El pensamiento del proceso secundario es usado defensivamente.	Perturbación de la integración y de la prueba de realidad solo en la formulación del síntoma: el lenguaje es usado como medio de contacto. Continuo uso del proceso secundario.
<b>Defensas</b>	Predominantemente la proyección e introyección primitivas, se agregan a éstas	Son usados toda clase de mecanismos de defensa. Hacen mayor uso de la proyección e	Toda clase de mecanismos de defensa son combinados en la

	conductas rituales y estereotipadas, que son usadas como defensas contra la desintegración. Puede faltar ansiedad abierta, pero hay explosiones de pánico y conductas impulsivas.	identificación primitivas que en las neurosis. Desplazamientos fóbicos y síntomas obsesivos. Las defensas no son efectivas. Panansiedad.	organización defensiva. Ellos pueden persistir detenidos dentro de la estructura.
<b>Superyó</b>	Superyó no estructurado. Ansiedad arcaica proyectada en el mundo externo.	Estructura primitiva del Superyó. Muy dependiente de los objetos externos. Alguna internalización con tendencias a la regresión y a la reexternalización.	Superyó estructurado con mayor internalización de conflictos.
<b>Tolerancia a la frustración</b>	Muy baja.	Puede ser alta, aparte de situaciones traumáticas específicas.	Puede ser alta o baja.
<b>Tendencias progresivas</b>	Marcada oposición al cambio. Todos los pasajes evolutivos pueden conducir a severas regresiones.	Mucha ansiedad frente a cambios en el desarrollo. Peligro de crisis psicóticas si son empujados a asumir tales cambios. Especialmente si se refieren a relaciones de objeto adultas y a experiencias sexuales.	Si las relaciones de objeto adultas y experiencias sexuales son alcanzadas, pueden actuar ayudando a la mejoría y recuperación.

Fuente: Paz (1976)

A manera de conclusión, Geleerd (en Paz, 1976) sostiene que existen casos en la niñez y en la adolescencia que difieren de la neurosis y que no presentan síntomas psicóticos francos; los diferentes estudios señalan como causas las perturbaciones yoicas, que varían en intensidad, siendo importante la edad en este aspecto. En todos los casos es básica la anormal relación con la figura materna. La ansiedad señal no funciona en ellos, y el pronóstico de estos casos depende de la naturaleza de la temprana deficiencia yoica y las influencias patogénicas del medio.

### 3.4 Angustia y somatización: Cuando el cuerpo habla

Emmanuel (2001) define la angustia como una respuesta a un factor todavía no reconocido, ya sea en el ambiente o en sí mismo, y que esta reacción puede tener un origen consciente o inconsciente. Los estados angustiosos se caracterizan básicamente por una cualidad específica de displacer –o malesta–, actos de descarga –sensaciones físicas—y la percepción de estos actos (Hollitscher, 1967).

Bion (1996) dice que la angustia es la premonición de una emoción, situando aquí la experiencia en el cuerpo de la persona que la vivencia reconociendo que las emociones son ante todo estados o respuestas corporales. La angustia despierta sensaciones poco gratas como cefalea, malestar estomacal, pulso acelerado, taquicardia, es decir “mal-estar” en palabras de Bion.

La angustia no equivale meramente a un temor irracional; en muchos casos, lo irracional sería no sentir angustia (Emmanuel, 2001).

Es de gran relevancia hablar de la *angustia primaria o automática* que es la reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones de origen externo o interno, que es incapaz de dominar (Laplanche y Pontalis, 1974). Es entonces que desde la concepción psicoanalítica esta angustia es una señal de que algo terrible va a suceder anticipando al cuerpo para mantenerse alerta física y psíquicamente.

Emmanuel (2001) afirma que la idea freudiana de la angustia deriva del hecho de que los bebés son criaturas desvalidas y para su supervivencia dependen totalmente de que se cumplan ciertas funciones parentales que reduzcan los estados de tensión interna generados por hambre, sed, frío, peligro, etc. La experiencia de desamparo se

considera el prototipo de cualquier situación traumática. El trauma sobreviene cuando el sujeto es incapaz de auto regularse y es avasallado. Freud (2005) dice lo que tienen en común los peligros internos es una pérdida o separación, que implica aumento progresivo de la tensión, hasta el punto de que, al final, el sujeto se ve incapaz de dominar las excitaciones y es desbordado por éstas, que define el estado generador del sentimiento de desamparo.

Hopkins (1990) afirma que los seres humanos experimentamos angustia a lo largo de la vida cuando somos amenazados ya sea por un entorno hostil o por el apartamiento o pérdida de la figura a la que tenemos apego. Entonces la pérdida de un objeto amado se vuelve una de las angustias centrales. Easter Bick y Bion conectan la angustia con falta de contención (Emmanuel, 2001).

A partir de todo lo anterior se puede deducir que la angustia es un tipo de dolor psíquico que tiende a expresarse de diferentes maneras en los individuos. En el caso de los niños la angustia necesariamente tiene que ser contenida por una persona emocionalmente receptiva que sea capaz de digerir y dar sentido a sus vivencias angustiantes. Aquí parece importante explicar brevemente el concepto de Bion (1966) continente/contenido. La psique del bebé no está lo suficientemente desarrollada como para contener sentimientos *muy potentes* y es que entonces se necesita de un objeto dispuesto para que el bebé pueda descargar estos sentimientos, comúnmente este papel lo funge la madre, y es a este objeto que Bion le llama continente, y entonces todo el material emocional no procesado ni digerido que se proyecta en el continente es el contenido. El objeto continente ayuda al bebé a investigar sentimientos, a que descubra lo que siente y significa. Cuando el continente no ayuda al bebé a dar

sentido a sus experiencias se puede experimentar hostilidad en esta falta de disposición para recibir las comunicaciones emocionales, entonces el bebé procurará deshacerse de estas experiencias negativas con tal fuerza que llegue a angustiarse cada vez más o bien puede llegar a renunciar a tratar de proyectar su dolor psíquico. Esto lleva a que no se desarrolle la regulación de emociones, limitándose así el crecimiento sano.

Las tres maneras de enfrentar la angustia son la modulación a través del pensamiento, la modificación a través de las defensas o la evasión a través de la obliteración (Bion, 1966).

En pacientes fronterizos la angustia es un elemento fundamental, aparece cuando la realidad compartida es insoportable y llena al individuo al punto de llegar a desbordarle. En algunos casos la somatización es una forma de canalizar esta angustia.

Algunos autores (Main, 1957; Bruch, 1982; Fonagy, 2001) han explicado los aspectos manipuladores de los desordenes alimenticios y otras formas de autoinflcción en términos de proyección o de identificación proyectiva de partes intolerables del self, o como parte de la comunicación.

En la aparición de una enfermedad orgánica y, particularmente, en el caso de una enfermedad grave confluyen numerosos factores. En este sentido, Winnicott (1963) señala que la enfermedad no reside en el estado clínico, tal como se manifiesta en la patología somática sino en la persistencia de disociaciones múltiples.

Importantes contribuciones al campo psicoanalítico provienen de numerosos autores, desde Paul Schilder, con su teoría del esquema corporal, hasta la Escuela Psicósomática de París y los fundamentales desarrollos de Françoise Dolto, Jacques

Lacan, André Green, Joyce Mc Dougall, David Liberman y muchos otros, pero quien es sin duda el principal representante es Donald Winnicott.

Winnicott (1963) es quien considera la enfermedad llamada "psicosomática" como la persistencia de una escisión o de disociaciones múltiples en la organización yoica del paciente, como defensa ante una integración psicosomática sentida como catastrófica. Dice Winnicott (1963): existen el soma y la psique, una compleja evolución en la interrelación de ambos y una organización de tal relación proveniente de lo que llamamos la mente. La integración psicosomática es un gradual entretejido del cuerpo y la psique, que permite llegar a la personalización, la habitación (el "morar dentro") de la psique en el cuerpo, verdadero "modus vivendi" psicosomático.

Más adelante Didier Anzieu, con su teoría del "yo - piel", expresa ideas afines a las de Winnicott al plantear un entorno maternante que rodea al niño protectoramente para que éste pueda emitir sus propios mensajes utilizando la superficie de su cuerpo y así ir construyendo su propio Yo.

Winnicott (1963) postulara la cuestión del cuerpo, del sí mismo y de la persona, desde una perspectiva tanto evolutiva como fenomenológica: para mí el self, que no es el Yo, es la persona que soy yo y solamente yo. El self se halla naturalmente ubicado en el cuerpo, pero en ciertas circunstancias puede disociarse del cuerpo, o el cuerpo de él.

El discurso sobre el cuerpo y el discurso del cuerpo nunca resultan neutros. Mientras por un lado, se refieren al aspecto físico, exaltándolo en tanto instrumento de creación, fuente y arquetipo de belleza y espejo-catalizador de las relaciones sociales; por el otro, estos discursos hacen las veces de traductor del aspecto trágico y doloroso de su propia temporalidad, de su fragilidad, de su deterioro y de su precariedad. El cuerpo

irrumpe así como fuente primera de sufrimiento, "...destinado a la decadencia y a la disolución, el cuerpo no puede ni siquiera prescindir de esas señales de alarma que constituyen el dolor y la angustia..." (Freud, 2005).

Winnicott (1954) dice: "Una cosa debe recordarse siempre, no obstante, respecto del trastorno psicósomático, y es que la parte física de la enfermedad vuelve a meter a la enfermedad psicológica en el cuerpo. Esto tiene particular importancia como defensa contra la fuga en lo puramente intelectual, vale decir, la pérdida de la significación del psique-soma para el individuo..."

La enfermedad somática no es sólo un refugio sino también un modo de poner en acto antiguas estrategias, a través de las cuales "lo actual del cuerpo" singular coincide con unas memorias inmemoriales. El cuerpo sabe mucho antes -que el propio sujeto lo advierta- qué es lo que le está ocurriendo, de modo que el sujeto es el último en ser "oficialmente" informado, de aquello de lo que su cuerpo ya lo está.

Los síntomas orgánicos son intentos de sostener la "continuidad del ser" que llevaría al: tener-hacer, una enfermedad. El síntoma, expresado en el cuerpo exhibe las huellas de lo temido, de lo no experimentado y por la modalidad propia a la integración, esto irrumpirá, emergiendo de algún modo.

El desciframiento de esas huellas nos conducirá al momento en que se produjo la falla, que se expresa del modo posible para cada individuo. Al ser la persona una unidad su padecimiento será siempre del orden de lo integral.

Winnicott (1963), marca que el terapeuta que trabaja con estos síntomas se jacta de su capacidad para -al igual que el paciente- montar dos caballos al mismo tiempo, con un pie en cada una de las monturas y ambas riendas en sus diestras manos y si

no se conocen las razones que llevan al fracaso debido fundamentalmente a la disociación, los médicos y terapeutas se descorazonan.

El trabajo clínico encaminado al entendimiento de la angustia amenazante y los síntomas que el cuerpo emite como medidas de alerta y compensación son fundamentales para el logro del establecimiento de bienestar – o en un sentido más amplio, del “bien- estar”, del paciente.

*La adquisición de cualquier conocimiento  
es siempre útil al intelecto,  
que sabrá descartar lo malo  
y conservar lo bueno  
- Leonardo Da Vinci-*

#### **4. Método de trabajo**

La práctica descansa siempre en ideas formales, las reconozca uno o no. Las ideas formales, a su vez, representan una construcción de la realidad, una puntuación entre muchas otras, que le da a la acción una coherencia, un sentido.

Es así que nuestro conocimiento no puede ser nunca interpretado como una imagen o una representación del mundo real, sino que es tan sólo una llave que abre paso a varios caminos posibles.

Este trabajo se encuentra inmerso en la investigación cualitativa que es el método de investigación usado con mayor frecuencia en las ciencias sociales pues tiene un profundo entendimiento del comportamiento humano. El presente, es un estudio de casos que como define Clark-Carter (2002) es el análisis profundo acerca de un individuo, que implica entrevistas y evaluaciones con instrumentos específicos.

##### **4.1 Objetivos**

###### Del reporte de experiencia profesional:

- Ofrecer un trabajo clínico basado en una teoría específica –psicoanalítica– que sirva de guía para casos similares

- Aplicar los conocimientos teóricos y prácticos obtenidos durante mi formación en la maestría

Del trabajo clínico (pautas del trabajo terapéutico con María)

- Señalar, realizar construcciones, dar información que le ayude a mantener un sentido de realidad
- Trabajar los patrones de conducta psicósomática
- Relacionar hechos, conductas y palabras que aparentemente están desconectadas
- Trabajar la ambivalencia de sentimientos, ayudando a integrarla en un mismo objeto
- Ayudar a simbolizar, poner en palabras lo que actúa, pues esto le dará una estructura
- Contener para resolver la angustia, realizar una devolución metabolizada de su angustia
- Apoyar a través de la interpretación al entendimiento, elaboración e integración de los eventos traumáticos a su historia de vida
- Incidir en la reducción de los sentimientos de culpa que impiden el desarrollo, permitiéndole responsabilizarse sólo de lo que le corresponde
- Ofrecer un patrón de relación en donde no opere la violencia, brindando un espacio cálido y seguro que le ayude a vivenciar otras maneras de convivir con personas adultas
- Desarrollar conductas de autocuidado

- A nivel de terapeuta estar constantemente alerta con las reacciones contratransferenciales

#### 4.2 Participantes

Se reporta el trabajo realizado con una niña en edad escolar quien cursaba en el momento de la intervención el cuarto grado de educación primaria en una escuela pública del Distrito Federal y que se encontraba bajo resguardo institucional del Albergue de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Es importante mencionar que parte del trabajo se realizó con las cuidadoras primarias de la niña, así como con el personal médico y de pedagogía de la institución.

#### 4.3 Escenario

El trabajo terapéutico se llevó a cabo en las instalaciones del Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

El albergue se encuentra adscrito a la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Esta institución cumple con la función social de salvaguardar a los menores que se encuentran en calidad de víctimas en tanto se resuelve la situación jurídica que originó su ingreso. El albergue otorga asistencia y protección social, brindando atención integral, profesional a niños y niñas desde la etapa de lactantes (recién nacidos) hasta la edad escolar (12 años) quienes se encuentran en situaciones de abandono, conflicto, daño o peligro, relacionados con averiguaciones previas y procesos penales, familiares

y civiles, canalizados a través de la Fiscalía para Menores, procurando en primera instancia preservar los derechos de los niños. El albergue está conformado por diversas áreas para ofrecer una atención integral a los niños que están bajo su custodia. Algunas de las áreas son: pedagogía, lavandería, cocina, cuidado médico, limpieza, administración, trabajo social, cuidadoras y el área de psicología, entre otras.

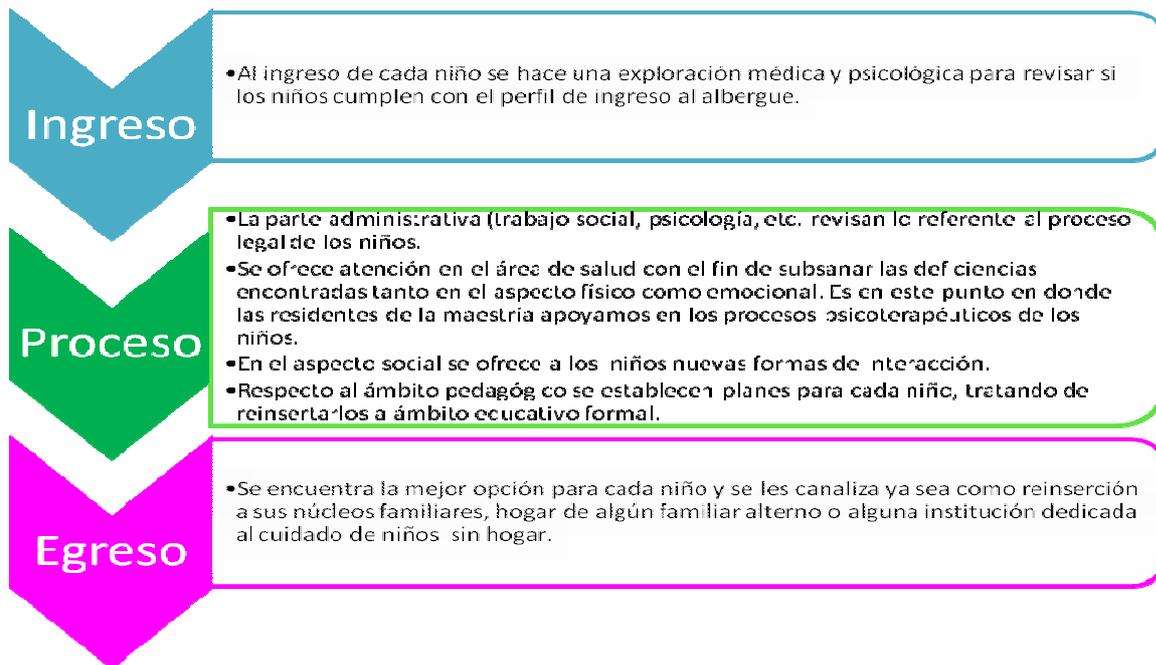
La subdirección de psicología tiene como objetivo ofrecer apoyo a los niños, pues producto de la institucionalización y de las problemáticas derivadas de las dinámicas familiares de las que provienen, presentan problemas emocionales y conductuales. Otro de los objetivos es ayudar a bien llevar el desarrollo psicoemocional de los niños que están bajo resguardo.

Las residentes del programa de Maestría en Psicología Profesional con especialidad en Psicoterapia infantil apoyan en ésta área del albergue. La función principal es ofrecer apoyo psicoterapéutico, teniendo como principales actividades:

- Realizar contención emocional a los niños que recién ingresan a la institución, así como a los niños que presentan crisis a lo largo de su estancia.
- Elaborar evaluaciones psicológicas del área intelectual, emocional, social y familiar para conocer las necesidades terapéuticas de los niños.
- Diseñar y realizar terapias de apoyo emocional –individuales y en grupo– para los menores que han sido identificados como “inadaptados”, generalmente esto deriva de problemáticas de índole psíquico y conductual.
- El propósito de éstas terapias es ayudar a disminuir el sufrimiento y apoyar la socialización en la institución.

- Preparar a los niños para la rehabilitación y la reintegración a las familias de origen, o en algunos casos a nuevas opciones de cuidado.

La manera en que funciona el albergue desde el ingreso del menor, hasta su salida se puede entender mejor a partir del siguiente esquema.

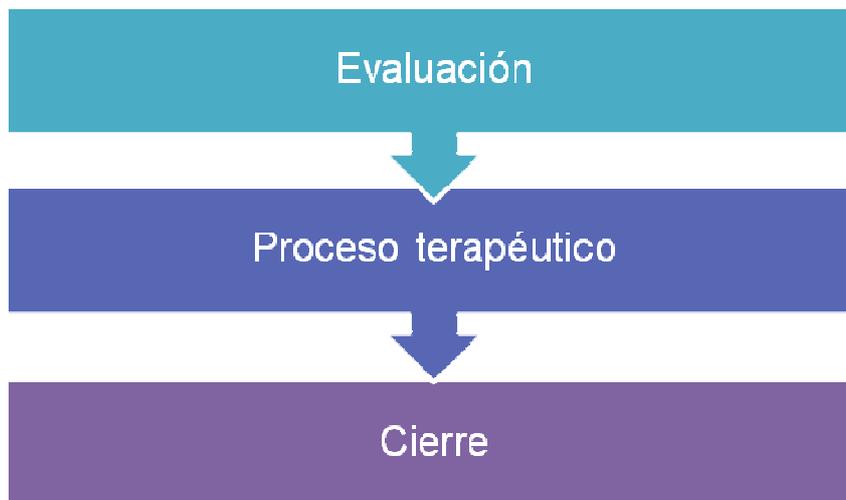


#### 4.4 Procedimiento

La forma de trabajo que se llevó a cabo para el presente reporte constó de sesiones psicoterapéuticas con una niña una vez a la semana, cada sesión tuvo una duración de 50 minutos y cabe señalar que se dieron sesiones extras de contención en situaciones específicas que se detallarán más adelante.

Las sesiones que llevé a cabo fueron supervisadas por mi tutora.

Se tuvieron 24 sesiones formales, que se dividieron principalmente en 3 etapas



Además de 5 sesiones de contención fuera de horario terapéutico y con duración variable.

Dentro de las fases de intervención se tuvieron diferentes “cortes” derivados de hospitalizaciones de la niña o situaciones legales como acudir a la agencia, o bien no ser dejada en la institución para que recibiera la terapia.

La intervención se dio dentro de los meses de febrero a junio del 2006, fecha de egreso de la menor del albergue.

#### 4.5 Instrumentos y materiales

Dentro del proceso se trabajó con diversos instrumentos y materiales, dentro de los instrumentos utilizados para la evaluación están:

- a) Entrevista semiestructurada
- b) Revisión de expediente
- c) House Tree Person
- d) Dibujo de la familia L. Corman

- e) Dibujo de la familia Kinética
- f) DAP: Sped Scoring System de Naglieri
- g) Fábulas de Düss

Otros de los materiales que se emplearon como apoyo dentro de las sesiones de juego fueron los que componen la caja de juguetes propuesta por Aberastury (1984) quien comenta que ésta se transforma en un tipo de contrato o acuerdo entre el terapeuta y el niño como inicio del tratamiento.

La caja de juguetes estaba compuesta por materiales como crayones, colores de madera, pinceles, pinturas digitales, hojas de color, cartulinas, masa, plastilina, cuentos, maletín de médico, herramientas, máscaras, casa de muñecas, muñecos que representan a la familia, animales de diferentes tipos, comida, armas, juguetes de construcción, rompecabezas, coches y juegos de mesa, entre otros.

Boston (1983) dice que los juguetes del cuarto de juegos deben presentarse para el juego simbólico, imaginativo y permitir la expresión de sentimientos.

Los juguetes son de mucha utilidad dentro de las sesiones terapéuticas pues tienen el potencial de que se utilicen como símbolos transformadores y como narradores de una historia que a veces no se puede describir con palabras.

*Uno se asombra del enorme poder  
de recuperación del infante.  
Uno se ve igualmente impresionado  
por la dotación congénita  
del infante institucional de extraer  
cada gota de estímulo humano,  
de nutriente ambiental,  
cada pedacito de contacto  
humano disponible*

*-Margaret Malher-*

## **5. Caso clínico: María<sup>1</sup>**

Los pintores impresionistas liberan las formas del color. Los toques de pincel parecen los matices sensibles que el ojo ha extraído de la forma que los circunda, y nos restituyen, por la vecindad de los colores, un conjunto del que olvidamos la envoltura visual. La contigüidad de los colores nos hace inconscientemente reconstituir un contorno que no está materializado por un trazo, y que sin embargo percibimos (Anzieu, 2001).

Así igual que como los que aprecian el arte van uniendo los colores, los terapeutas unimos junto con los pacientes las piezas de sus rompecabezas. En el caso de María esta analogía me parece práctica para poner en palabras la manera en que se trabajó en una institución de cuidado como lo es el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Hay niños, historias con huecos, no hay un trazo que sea claro ni bien definido en los colores de las historias, pero hay toques, pinceladas que dibujan las escenas, escenas que los niños como María van trayendo de la memoria para reconstruir el contorno de

---

<sup>1</sup> Los nombres propios, así como algunas situaciones han sido ligeramente modificados con la finalidad de cumplir con el principio de confidencialidad establecido en el código ético del psicólogo.

sus vidas, de sus historias y así con esos detalles que se dibujan muchas veces apenas con sombras y hasta los elementos que llegan a ser muy claros se comenzó a trabajar aquí, con estos niños que aprenden a reunir hilos para tejer el entendimiento de su origen.

A continuación describiré y analizaré el proceso terapéutico llevado a cabo con una niña que se encontraba bajo resguardo institucional del Albergue Temporal de la PGJ del DF.

Con María trabajé durante 4 meses, en donde el trabajo fue arduo. En ocasiones inconstante y sin duda bastante enriquecedor en mi formación profesional.

La presentación del caso se hará en tres etapas.

1. Evaluación
2. Tratamiento
  - a) Sesiones de psicoterapia
  - b) Sesiones de contención
3. Cierre

## 5.1 Evaluación: Camino a la comprensión del síntoma

### Motivo de consulta

El área de pedagogía canalizó a María a tratamiento psicológico. En la canalización se le describe como una niña agresiva, que impone sus deseos a los compañeros, manipula, y que recibe agresiones por parte de los mismos debido a su falta de empatía. También se indica que tiene conductas sobresexualizadas con sus

compañeras y compañeros y se describe un problema de alimentación tipo “anorexia” por periodos específicos de tiempo.

Uno de los motivos de la evaluación es encontrar si existen indicadores que comprueben abuso sexual o violación para apoyar la determinación jurídica de la niña.

### Plan de trabajo

Se planeó una evaluación emocional, pues no se reportan indicadores en el motivo de consulta que justificara una evaluación cognitiva.

El trabajo de evaluación se llevó a cabo en 5 sesiones y se utilizaron instrumentos grafoprojectivos –DFH, dibujo libre, dibujo de la familia kinética e ideal, http, DAP: Sped Scoring System--, semiestructurados –entrevista, revisión de expediente, fábulas de Düss.--; con el objetivo de realizar una aproximación diagnóstica desde el enfoque psicoanalítico.

#### *a) Ficha de identificación*

Nombre: María

Edad: 9 años 11 meses

Sexo: Mujer

Lugar de nacimiento: México Distrito Federal

Fecha de nacimiento: marzo de 1997

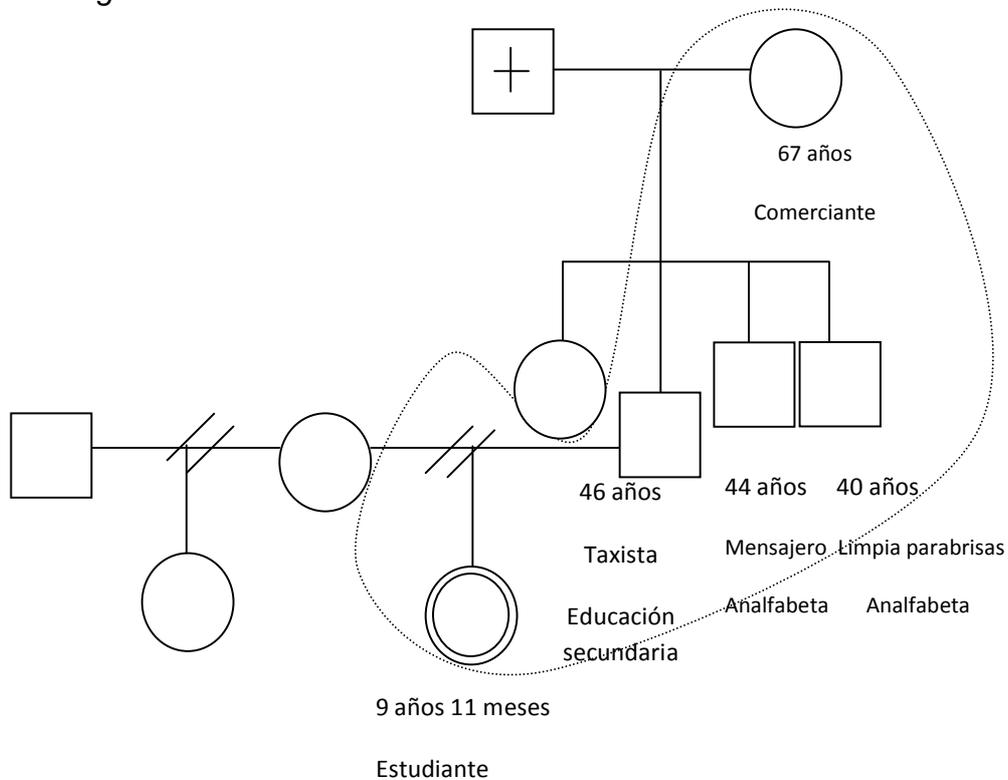
Escolaridad: a su llegada a psicoterapia cursaba el cuarto grado de primaria

Motivo de ingreso al albergue: Denuncia de hechos (maltrato)

b) Descripción de la niña

María es una niña que se hacía notar entre los demás niños en el patio del albergue. Sobresalía en su grupo por su apariencia física y conducta obstinada. Desde la primera sesión dejaba ver su labilidad emocional, mientras yo iba a buscarla a su grupo escuchaba algunas veces el llanto y otras la risa a carcajadas en el recorrido del pasillo a la entrada del salón. Físicamente destacaba de las demás niñas por el cabello largo y lacio, siempre suelto, con el que jugueteaba constantemente, este detalle la hacía diferente visualmente a la mayoría de las chicas en el albergue, pues se intenta mantener en las niñas el cabello corto por una situación de higiene. María bajita de estatura (1.25 m) y muy delgada, de rasgos faciales afilados, daba la apariencia de ser una niña de menor edad cronológica.

c) Familiograma



*d) Antecedentes*

Antes del ingreso al albergue María vivía con la familia nuclear paterna compuesta por el padre, la abuela paterna y dos tíos.

María es producto de la relación de la Sra. A y el Sr. B, los cuales decidieron unirse libremente un año antes de la procreación de la niña. Los padres de María viven juntos ese año en la casa de la abuela materna de la niña período en el que ocurre el embarazo. Al nacer María la pareja parental vive de manera independiente y al tener la niña aproximadamente un año tres meses de vida la Sra. A abandona el hogar dejando a la niña a cargo del padre argumentando que no tenía recursos económicos y la pareja llega al acuerdo de evitar que la niña vea a la madre para cuidar su estabilidad emocional. El padre refiere que la madre tenía problemas con su manera de beber y que éste fue otro de los motivos de la separación. María convivió desde entonces con sus familiares paternos, quienes estaban al cuidado de la niña mientras el padre trabajaba. El Sr. B. refiere que él optó por no tener otra pareja sentimental para poder cuidar a la niña y darle lo necesario para su desarrollo.

María tiene una hermana más, según los datos del expediente institucional<sup>2</sup>, aunque se tienen muy pocos datos acerca de ella, se sabe que es mayor que María y que no vivía con la familia del padre desde hacía años, aunque no se conoce cuantos con exactitud.

María ingresó al albergue debido a que su vecina, la Sra. C, presentó una denuncia contra los familiares de la menor por presunto maltrato. Se inició la averiguación y la niña quedó bajo resguardo del Albergue en tanto se resolviera su situación jurídica.

---

<sup>2</sup> Cabe aclarar que muchos de los datos institucionales acerca de la familia de María son inconsistentes en diferentes versiones (psicología, trabajo social, declaraciones ministeriales y versión de María) y que es importante informarlo pues hasta el egreso de María son datos que no pudieron constatarse y que tienen relevancia en el tratamiento de la niña, por lo que más adelante se explicarán algunas de estas inconsistencias.

Debido a la falta de acceso a los padres durante la estancia de María en el albergue, se tienen muy pocos datos acerca de su desarrollo desde la procreación hasta la edad escolar.

Durante su estancia en el albergue tuvo un historial amplio de visitas médicas por motivos diversos, el más significativo fue el de la presencia de síntomas anoréxicos durante los últimos días de cada mes; las visitas médicas posteriores a estos eventos se relacionaron con gastritis por falta de alimentación, migraña y bajas en la presión arterial.

El área de pedagogía reportó a María como “*conflictiva*” pues al parecer le resultaba difícil la socialización. Se refirió lo siguiente acerca de su conducta “es una niña pegalona, voluntariosa, agresiva y muy llena de resentimiento, miente mucho y con frecuencia llora para chantajearnos tanto a nosotros como a sus compañeros y cambia de ánimo de una manera sorprendente” (sic asistente escolar).

En los registros diarios de conducta se encontraron muy a menudo discusiones relatadas en las que destacan episodios largos de llanto y agresiones físicas con las demás niñas. Constantemente se le reportaba por no seguir con los lineamientos de disciplina como formarse a la hora de la comida, seguir horarios para dormir y despertar, realizar labores escolares, etc.

#### *e) Conducta ante la aplicación de las pruebas*

La niña se mostró la mayoría de las veces cooperativa, entusiasmada y de buen ánimo al ejecutar las pruebas. En la aplicación del dibujo de la familia se suscitó un evento de

llanto y de negación a la ejecución del dibujo. Se exploraron los motivos y se suspendió la aplicación para llevarse a cabo en una sesión posterior.

#### *f) Psicodinamia*

En el momento de la evaluación María estaba situada por edad cronológica en la etapa de latencia, pero se encontró un complejo de Edipo no resuelto, haciendo evidente la deficiente instauración del Superyó y teniendo a consecuencia una etapa fálica no *superada*. Había en la niña reminiscencias importantes de esta última etapa, se contaba con la presencia de juegos sexuales y conducta seductora. Estuvieron presentes en su juego aspectos de diferenciación de género e identificación sexual. Su estructura de personalidad no estaba bien desarrollada habiendo fallas importantes en el control de impulsos y desarrollo de Superyó. Existía también marcada dificultad en la introyección de las reglas sociales de convivencia, aunque si se mostraba interesada en el desarrollo de lazos de amistad.

Respecto al uso de mecanismos de defensa se encontró que María era capaz de usar mecanismos de defensa más evolucionados como por ejemplo la racionalización, pero en momentos en que la angustia la desbordaba podía llegar a utilizar mecanismos más primitivos como la escisión, la regresión y la identificación proyectiva.

#### *g) Resultados*

- Entrevista

Fue el primer encuentro. Se comenzó dando énfasis a la escucha activa, a la empatía y a crear un ambiente de confianza y seguridad donde la niña pudiera expresarse libremente, y a su ritmo.

Viñeta: Entrevista

Inicie la sesión presentándome y platicándole a María que somos los psicólogos y a que nos dedicamos, explorando lo que ella conocía acerca de estos y si había trabajado antes con alguno.

Después le pedí que se presentara, que me contara como era y que le gustaba, que cosas la hacían estar feliz, triste, asustada, o que me contara lo que ella quería que yo supiera de ella, entonces María comienza con una serie de preguntas

**M<sup>3</sup>: ¿Cómo te llamas? ¿Por qué vas a trabajar conmigo? ¿De dónde eres? ¿Con quién más trabajas? ¿Cuántos días nos vamos a ver? ¿Qué vamos a hacer? ¿Tiene hijos? ¿Está casada? ¿Con quién vive? ¿Cuántos años tiene? ¿Qué haces en las tardes? ¿Por qué no me buscaste antes? ¿Qué te gusta hacer?**

**T: Me doy cuenta que durante el tiempo que llevas en el albergue has conocido tantas personas que te hacen preguntas que ahora te resulta importante conocerme, también tienes derecho a preguntar. A mi me gusta ver la tele, conocer personas, voy a trabajar contigo porque creo que podemos hacer un buen equipo de trabajo ¿cómo ves?**

**M: ...Bueno ¿y con quien más vas a trabajar?**

**T: Trabajo con otros niños, seguramente nos has podido ver en el patio o en el dormitorio ¿porque te interesa tanto saber eso?**

**M: Nada más, oye....¿me vas a preguntar otra vez todo lo que pasó?**

**T: No, aquí vamos a hablar de lo que tú decidas, este espacio es diferente a cuando vas a la agencia a declarar, este tiempo es para acompañarte a que te conozcas mejor a ti, así que**

---

<sup>3</sup> A partir de aquí usaré "T" para nombrar terapeuta y "M" para referirme a María

**trabajaremos lo que tú quieras**

**M: ¿Y vamos a jugar?**

**T: Si, también vamos a jugar**

Y así continuó la entrevista, en ese primer encuentro María comentó que quería platicarme porque estaba en el albergue

**M: Mi tío se metió a mi cuarto en la noche cuando yo estaba dormida y desperté y lo vi desnudo, con su cosa de fuera**

**T: ¿qué cosa?**

**M: Eso que tienen los hombres entre las piernas y me agarró fuerte y le grité a la abuelita “abuelita me quiere violar” y él me tapó la boca y me agachó para metérmelo como 15 minutos metiéndolo y sacándolo de mi colita**

En este momento se presentó una somatización. La niña al contármelo se fue recargando en la cama, sentí que me mostraba como fue que ocurrió el evento y se quedó trabada, literal, me dijo que ya no podía moverse. Comenzó entonces a describir un abuso oral y dice que no le gustó como sabía (refiriéndose a sabor) pide ir al baño a vomitar y vomita, muy poco, solo saliva – simbolizando el semen-. Hago conexión entre lo ocurrido el día del abuso y el vómito. Me di cuenta de que estaba agitada, ansiosa y continué mi intervención relajándola con la respiración y conectando sus sentimientos con los hechos.

**T: Te duele recordar lo que me cuentas, respira, sé que dolió mucho lo que hizo tu tío y que es algo desagradable, no tienes que contarle si no quieres, aquí estas protegida por todos y nadie te va a dañar. Quiero que sepas que lo que tu tío hizo no se debe hacer y está mal, no es tu culpa.**

Relajó el cuerpo y se soltó llorando en la cama, sólo me observaba. La acompañe en silencio

tomando su mano.

Después del relato refirió que avisó a su abuela de lo que ocurría, quién la llevó a revisión con una de sus tías paternas que es médico y quien confirmó la violación. Dice que se le informó de esto al padre y que no hizo nada, sólo que pelearon y ella se asustó mucho que por eso se quedó callada y que su tío seguía agrediéndola.

Según se fue relajando, el llanto disminuyó y me platicó sobre su estancia en el albergue, sobre sus amigos con quienes –según María—peleaba mucho porque las niñas eran celosas y groseras.

Durante esta entrevista exploró los juguetes, reconociendo y apropiándose del espacio. Me preguntó por los materiales: **¿quién los usa? ¿dónde los compró? ¿me los puedo llevar?**

Entre otras dudas.

Seguí con el encuadre explicándole como trabajaríamos y le comenté el motivo por el que fue canalizada

**T: me contaron tus cuidadoras y la Lic. X que están preocupadas porque han visto que últimamente te enojas mucho, que hay ocasiones cuando no quieres comer, que te has enfermado y también que no te llevas muy bien con tus compañeros.**

Asintió con la cabeza y me miró.

Cuando le avisé que se nos había terminado el tiempo de la sesión, pero que si ella se encontraba aquí en la institución la siguiente semana nos volveríamos a ver para platicar más y jugar.

Me pidió permiso para hablarme de tú y se despidió de forma muy efusiva con abrazos y sonrisas, me pidió que la acompañara a su grupo de regreso y en el camino iba brincando y jugando por el patio.

Percibí en este primer momento un discurso de “ministerio público”, en donde primero ella me interrogó, como si fuera una declaración de agencia, continuaba narrándome el motivo por el que había llegado a la institución y pude notar que el relato estaba

desafectivizado. Parecía ser una narración plana, aprendida, y entonces llegó el momento de la somatización que rompió con aquella impresión.

Se estaba comunicando con todo el cuerpo, el dolor pocas veces alcanza a expresarse totalmente en palabras.

En ese momento me sentí ansiosa, incluso temerosa y pude notar que María me estaba compartiendo con acciones lo que ella sintió en el momento de su violación.

Su lenguaje era desorganizado, no se encontraba bien situada en espacio, tiempo y persona. Hay datos que parecían aprendidos como la duración de algunas escenas, la fecha en que ingresó al albergue, las fechas en que fue a la agencia, pero hubo momentos en que rompió con la estructura del tiempo y dijo por ejemplo

**M:mañana domingo al parque fuimos**

tomando en cuenta que el día de la entrevista era martes. Hubo también momentos en que detallaba o narraba refiriéndose a una tercera persona, lo cual denotaba las ansiedades y angustias que le generaban hablar de lo sucedido aunado al deseo de ser escuchada y me pareció que tenía presente la necesidad de que alguien le creyera lo que relataba.

#### *Área socioafectiva<sup>4</sup>*

- HTP

---

<sup>4</sup> Los dibujos de las aplicaciones de los test aparecen en el apartado de anexos

En esta prueba respecto al tiempo, la latencia y las pausas, cabe señalar que se mostró indecisa al comenzar el dibujo de la casa, comentó que es la primera vez que dibujaba una. En cuanto al resto de la prueba su desempeño fue muy bueno, trabajo de manera rápida sin tener actitudes de autocrítica o exceso de borraduras, al parecer estaba satisfecha con sus reproducciones graficas.

## Historias

### Casa

Estaba cercas de un río donde había pajaritos que volaban, esa casa estaba sola, abandonada porque estaba en venta hasta que llego alguien y la compro y ya después la casa se fue adaptando, bueno, las personas se fueron adaptando a la casa **¿cómo?** En vez de estar diciéndole cosas y cosas de la casa, la volvieron a vender pero nadie la quería, hasta que la lograron vender **¿Qué le decían a la casa?** Que no la querían porque estaba hecha de zapote negro. El clima es calientito, caluroso, es una casa grande y viven dos personas. –Pregunto detalles del dibujo– **¿Qué es esto?** Nubes **¿Qué hacen allí?** Tapan los rayos del sol **¿para que?** Para abrir el pasto y que pueda llover para que la casa se vea bonita. **¿Qué necesita la casa?** A alguien que este allí viviendo y cuidándola.

### Árbol

Era un árbol que estaba también cerca de un río, ese árbol estaba feliz porque estaba cerca del agua y no había nadie que lo molestara y quería vivir solito por eso le decían que no se casara, que no viviera aquí ¿Por qué que cree? Ese arbolito era muy feliz viviendo solo.

**¿Qué edad tiene?** 11 años, es mujer eh **¿está cerca de otros árboles?** No **¿está vivo?** Sí **¿alguna vez lo han lastimado?** No, nunca **¿esta lejos o cerca?** Lejos

Persona

La persona que esta aquí esta debajo de un arcoiris y esta feliz y quiere encontrar el caldero de oro que está al final del arcoiris porque quiere ser rica, pero no sabe como llegar al caldero y se tiene que subir hasta en las nubes para poder encontrar el caldero de oro y es feliz y ya **¿Qué edad tiene?** 2 años **¿Cómo se llama?** Nalley **¿Qué desea?** Llegar al caldero de oro **¿si pudieras cambiar algo de Nallely, que cambiarías?** Su forma de ser porque es enojona y trata de cambiar a ser enojona a ser feliz porque hay algo que la interrumpe y no la deja cambiar su forma de **ser** **¿Qué no la deja cambiar su forma de ser?** Estar viviendo con su mamá **¿Qué piensa o siente Nallely ahora?** Que estar siguiendo su sueño es verdad.

### Interpretación

Al hablar de uno de los detalles de sus dibujos (el arcoíris) dio explicaciones que podrían estar haciendo referencia de inseguridad y búsqueda de estructura para la situación de evaluación (o de dibujo).

Retomando los aspectos grafoprojectivos y las historias de éstos, se puede decir que la niña presentó indicadores que la describían como impulsiva, buscando la satisfacción inmediata de sus necesidades. Esto se relacionaba con la pobre tolerancia a la frustración que había manifestado durante las sesiones de evaluación.

Otro aspecto que aparecía de manera constante es la agresión. María plasma rasgos que tienden a la agresividad, aunque muchos de ellos se encontraban reprimidos. Se encontró a una niña insegura, inadaptada al medio en el que se desenvuelve, quizá esto pueda explicarse mejor por la situación de institucionalización pues no es un medio grato para la mayoría de los niños que quedan bajo resguardo de una institución.

Aparecían sentimientos de inadecuación y tendencia a apartarse del ambiente, así como rasgos depresivos. María hacía referencia a estos aspectos tanto en el dibujo como en sus historias al hablar de rechazo y abandono, sentimientos que reconoció en ella misma.

Reflejó un grado, al menos ligero, de rasgos paranoides así como reticencia y/o de oposición a la autoridad. María se plasmaba en constante búsqueda de apoyo pues parecía ser dependiente. En sus dibujos parecía estarse proyectando, aunque en las historias se pudieron encontrar sentimientos de ambivalencia con la madre a quién podría haber dibujado. Hizo referencia al temor a una madre débil, sin posibilidad de brindarle la protección que ella esperaba y necesitaba. Teme el abandono de la madre en un momento de crisis, percibe un ambiente familiar frío, distante, poco cálido o protector muestra de ello es el énfasis en los aspectos referentes al contacto con el medio.

La demanda de la niña era referente a la búsqueda de un ambiente cálido, como lo expresa en otra de sus historias, buscaba quien viviera con ella y la quisiera. María hizo uso de sus recursos para poder sobrellevar las adversidades del abandono y la falta de amor parental.

El medio no era percibido como seguro por la niña, pues éste no había podido satisfacer al menos sus necesidades básicas de amor, cuidado y seguridad emocional.

Interrogantes (Heredia, 2007)

- ✓ **¿Cómo se describe?** cautelosa, defensiva y con búsqueda de protección, con fuerza yoica.
- ✓ **¿Cómo se dibuja como mujer?** insegura, con los ojos bien abiertos para ubicar lo que pasa en el exterior, agresiva y dependiente.
- ✓ **¿Cómo maneja sus impulsos?** mostró pobre control de impulsos que pueden notarse en los trazos, específicamente en la figura de la persona.
- ✓ **¿Qué tipo de impulsos hay en ella?** de agresión aunque no los exterioriza con frecuencia, se pueden identificar en la conducta autolesiva que presenta al tener “accidentes” frecuentes y la somatización que estaba padeciendo al momento de la evaluación.
- ✓ **¿Quién predomina: Ello, Yo o Superyó?** el ello, pues se rige mucho por el principio del placer.
- ✓ **¿Cómo son sus relaciones interpersonales?** distantes, se mostró cautelosa, “cierra las ventanas” para protegerse de las agresiones del medio.

✓ **¿Qué mecanismos de defensa puede estar utilizando?** La negación y la proyección.

- Dibujo de la familia Corman

En esta prueba María se mostró renuente al principio y presentó llanto al recordar a su propia familia. Durante la ejecución de la prueba se mostró más tranquila y controlada.

Muestra rasgos agresivos, liberación de instintos. Es una niña que tendía a mostrarse cansada o depresiva por periodos de tiempo y a pensar con frecuencia en el pasado.

Se encontraba restringida la capacidad creativa e imaginativa.

Percibió el esquema corporal como pobre, devaluado e incompleto. Indicando inmadurez y desadaptación.

La niña percibía un ambiente familiar agresivo, había distorsiones y omisiones importantes que señalaron un problema en la manera de interactuar con el exterior tanto ella misma como los demás integrantes de la familia. Dibujó personajes que parecían desconfiados y ajenos entre ellos mismos.

María también mostró cierto temor a las agresiones tanto físicas como verbales.

El tío que abusó sexualmente de María apareció como una figura devaluada por la niña, negándole el movimiento como castigo o medida de protección para evitar el daño.

Se expresó instinto de muerte a través de la aniquilación de figuras importantes como el padre.

La niña parecía sentirse más protegida por los abuelos con los que se identificó adecuadamente.

El mecanismo de defensa más utilizado fue la desvalorización, mecanismo primitivo, niega a la familia completa como signo de desadaptación o inadecuación. Se presentó escotomización que puede vincularse a temor o sentimiento de culpa por tomar o tocar.

- Dibujo de la familia Kinética

Es un dibujo que daba una impresión agresiva y también proveedora, ambivalente.

Dibujó solamente a los abuelos paternos asignando a la abuela una actividad cálida como provedora de las necesidades alimentarias, entra en juego la concordancia comida-afecto. La abuela parecía ser la figura más importante de la familia aunque hay una ambivalencia entre los rasgos agresivos y distorsionados en la reproducción gráfica al parecer relacionados con el temor a su agresión física y verbal.

Por otro lado aparece el abuelo como cuidador-protector, un hombre regando una plantita para que crezca, ofreciendo nutrientes y cuidados, a pesar de ello era una figura incompleta que hacía referencia a los sentimientos de la niña acerca de la falta de capacidad para cuidarla adecuadamente.

Omitió figuras importantes como la del padre lo cual hablaba de los deseos de aniquilación de éste último. Hay un conflicto con la dinámica familiar, pues no logra unir a sus integrantes y hace énfasis en poner distancia entre ellos. Se observa que no

puede integrar a toda la familia en una misma actividad, existe la necesidad de separarlos para poder convivir.

- DAP: Sped Scoring System de Naglieri

En general la niña trabajó de manera rápida, sin mucho detenimiento. Las latencias fueron breves y no mostró resistencias. Hice algunos cuestionamientos para saber qué es lo que había dibujado y sólo contestó que a un hombre y una mujer normales y a ella. No quiso seguir el tema.

No hizo ningún comentario mientras se dibujaba a ella misma, aunque cabe destacar que sus dibujos son cada vez de menor calidad, los trazos aparecen más deficientes, además la impresión que daba era de ser figuras sensuales y sexualizadas.

El dibujo del hombre se mostró como una figura con cuernos, sin rasgos de contacto como los brazos, las manos o los pies, una figura con orejas predominantes.

La mujer se dibujó como una figura que parecía una prostituta, boca grande y ojos coquetos, de grandes pestañas y se repite la omisión de rasgos de contacto: brazos, manos y pies.

El dibujo de ella misma fue el que tuvo mayor puntaje, da la apariencia de una caricatura de una prostituta, una mujer fatal, una boca en forma de corazón y *fruncida*, manos en forma de ángulos, sin brazos. Una figura con no tan buena simetría aunque no cae en extremos.

Respecto a la calificación de los ítems cabe destacar que hubo omisiones en general y distorsiones de rasgos de contacto.

La niña puntuó en los ítems:

Hombre	Mujer	Ella misma
Figura que voltea a otro lado	Brazos omitidos	Colocación abajo
Brazos omitidos	Dedos omitidos	Brazos omitidos
Dedos omitidos	Pies omitidos	Dedos omitidos
Pies omitidos	Manos cortadas	Ojos vacíos
Manos cortadas		Boca fruncida
		Torso comprimido
		Dedos rapaces

Teniendo un puntaje crudo de 16

Calificación T 62

Se coloca en la segunda desviación estándar lo cual indicaba que era una niña con indicadores de trastornos emocionales. Al parecer por los dibujos y los indicadores que salen puntuados, el conflicto está básicamente en el área sexual y el establecimiento de relaciones interpersonales.

- Fábulas de Düss

### Historias

#### **I. Fábula del pájaro**

*Había una vez un nido de tres pájaros, eran dos papás pájaros y un hijito pajarito, estaban durmiendo muy calentitos en la rama de un árbol. ¡De repente sopla un viento fuerte y bruscamente sacude el árbol y el nido cae al suelo!, los tres pájaros se despertaron y la mamá pájara sólo voló hacia la rama de un árbol y el papá pájaro voló hacia la rama de otro árbol.*

*¿Qué hará el pajarito, ya que sabe volar un poco?*

Fue a buscar la ayuda **¿a dónde? –silencio-** no sé **¿qué más se te ocurre que hizo el pajarito?** Voló hasta donde pudo y con otros animales que había pidió ayuda para que le ayudarán a sacar a sus papás

#### **II. Fábula del aniversario de bodas**

*Era una fiesta de aniversario de bodas de mamá y papá, y organizaron una fiesta muy bonita, todos estaban muy contentos, pero su hijo(a) se fue solo(a) a un rincón de la casa o el jardín.*

*¿Por qué?*

Porque ella no podía estar con sus papás en la fiesta porque era para grandes **¿cómo se sentía esa niña?** Triste **¿Por qué?** Porque sus papás le dijeron que no podía estar allí.

### **III. Fábula del cordero**

*Había una vez una borrega con su hijito(a) borreguito(a) y se encontraban en la pradera o en un gran llano verde y el borreguito(a) se la pasaba jugando y saltando todo el día alrededor de su mamá, ella lo alimentaba con leche calientita y muy sabrosa.*

*Pero un día le llevaron a la mamá borrega un borreguito más chiquito que él (ella), porque había perdido a su mamá, se lo(la) llevaron para que la mamá borrega lo alimentara, y entonces la mamá borrega le dice a su hijo(a) borrego(a) más grande: hijito yo no tengo leche suficiente para darles a los dos, tu ya puedes comer hierba fresca, ve a comer esa hierba que está aquí en el campo.*

*¿Qué hará el (la) borreguito(a)?*

Se separó de su mamá y se fue a buscar a otra mamá y su propia comida, la mamá se quedó sola **¿cómo se sentía esa mamá?** Triste porque su hija la había dejado y ya no la quería **¿y cómo se sentía la hija?** Igual triste porque no tenía a su mamá.

#### **IV. Fábula del entierro (más de 6 años)**

*Había un entierro que pasaba por la calle, la gente se paraba a verlo pasar, alguien preguntó ¿quién fue el que se murió? Y la otra persona respondió: fue una persona de la familia que vive en esa casa.*

*¿Quién fue?*

Ay yo no sé! una persona **¿Qué persona?** Un papá **–silencio prolongado–** **¿qué más paso en la historia?** No, nada, la que sigue.

#### **V. Fábula del miedo**

*Había una vez un niño(a) que dice de repente: ¡hay que miedo tengo!*

*¿De qué tiene miedo y porqué?*

De su papá que le quiere pegar nada más, ya no quiero decir nada.

#### **VI. Fábula del elefante**

*Había una vez un(a) niño(a) que tenía un elefantito muy bonito y muy lindo, con su trompa muy larga y todo el día se la pasaba jugando con él(ella), un día al regresar de la escuela, encuentra que su elefantito está diferente.*

*¿Qué es lo que le cambió y porqué?*

Porque era mayor de edad y ya podía razonar las cosas **¿Qué sintió la niña al ver al elefante?** No sé, **-silencio-**

#### **VII. Fábula de la construcción de un objeto**

*Erase una vez un(a) niño(a) que construyó con plastilina un castillo muy bonito, que a él(ella) le gustó mucho. Pero su mamá le pide que se lo regale.*

*Él(ella) es libre de hacer lo que quiere. ¿Qué hará el(la) niño(a)?*

Se lo da a su mamá ¿no? Yo digo, sólo eso digo

### **VIII. Fábula del paseo**

*Había una vez un(a) niño(a) que sale a dar un paseo al bosque de Chapultepec, con su mamá (papá) y estuvieron por allá todo el tiempo divirtiéndose mucho, estuvieron ¡muy felices y contentos! Luego al regresar a su casa el(la) niño(a) encuentra que su papá (mamá) no tiene la misma cara de siempre.*

*¿Por qué?*

Porqué estaba enojada **¿Por qué?** Porque a su hija si la llevaron y a ella no y Nada más

### **IX. Fábula de la noticia**

*Había una vez un(a) niño(a) que al regresar de la escuela su mamá le dice: espera, no te sientes todavía a la mesa, tengo una noticia que darte.*

*¿Qué es lo que la mamá le va a decir, y cuál es la noticia?*

Que ya se casó, se va a casar con un nuevo papá y iba a tener un bebé aparte y que estaba a punto de nacer su hermano y ya y nada más

### **X. Fábula de la pesadilla**

*Había una vez un niño(a) que se despertó en la mañana y dice: ¡que horrible pesadilla tuve!*

*¿Qué fue lo que soñó?*

Que se la llevaban **¿Quién?** No sé **¿quién se lo llevó?** Nada más eso.

### Interpretación por fábula

1. Se percibió a sí misma fuerte y con cierta independencia, encontrando límites al buscar ser independiente. Se encontraron elementos de búsqueda de ayuda para rescatar la unión familiar, parecía ser algo que anhelaba María en aquel momento. Denota una buena percepción de sus recursos y tomaba en cuenta que había cosas que podía hacer por sí misma, pero que para otras necesitaba ayuda.
2. Aparecían celos por la unión de los padres, sentimientos de tristeza y cierto rechazo de los padres. Resaltaron sentimientos de estar apartada del subsistema parental y lo vivía con cierto rechazo.
3. Se mostró cierta dependencia de la figura materna y también parecía aplicar castigo hacia la madre como respuesta a su rechazo-abandono, mostró tristeza por la separación de la madre. Desapego normal, independencia.
4. Resistencia al tema, evasiva, hubo rechazo por la historia, al parecer le causó ansiedad, impulso de muerte. Apareció agresión y deseos de aniquilamiento hacia el padre, castigo y cierta culpabilidad por los deseos de anulación del padre.

5. Miedo por castigos propiciados por el padre, miedo a ser objeto de maltrato físico por parte del padre. Angustia, evadió en la medida de lo posible la respuesta.
6. Se percibía como una niña de mayor edad, quizá como adulto. Intellectualiza y razona lo sucedido. Evade la historia.
7. Se mostró indiferente con el relato, dando una respuesta simple, no mostrando conductas posesivas o de carácter controlador. Desprendimiento.
8. Complejo de Edipo no resuelto, se percibió como rival de la madre pues el papá “elige” salir con ella y no con su madre causando en ésta última enojo y malestar. Mostró lucha por la atención y el cariño del padre.
9. Temor de ser desplazada por un hermano que se lleve el amor y el cuidado materno. Deseos de construir una nueva familia con la madre, cambiando la figura paterna. Evasión de la realidad.
10. Temor de ser robada, llevada a otro lugar sin saber quién ocasiona el daño.

- *Sesiones de juego diagnóstico*

Durante las sesiones de juego María mostró conductas peculiares como la mentira, hacer trampa, se le dificultaba esperar turnos y hacía uso constante del miedo en las sesiones.

La fantasía es un elemento que permeaba las sesiones, siempre cargadas, con la presencia de deseos en el discurso y en la conducta. Ejemplo de ello fue la siguiente sesión de la que presento una breve viñeta.

### Viñeta Sesión 3

Durante esta sesión trabajó en la casa de muñecas y hablamos acerca de la familia, quienes eran sus familiares y comenzó a hablar de la muerte de la madre y el enojo que siente por que la abandonó.

**M: mi mamá me dejó cuando era bebé, no me quería dar leche de su *chichi***

**T: ¿cómo sabes eso?**

**M: me lo contaron todos mi papá, mi tía y mi abuela.**

Mientras jugaba fui indagando sobre la dinámica familiar, las relaciones entre los integrantes de su propia familia y pregunté sobre su casa en general.

**M: esta casa se parece a la mía**

**T: ¿me quieres contar cómo era tú casa?**

**MJ: “Mi casa era grande de 4 pisos, con alberca y muchos carros, bueno como 6 nada más y tenía muchos juguetes y todos veíamos la tele juntos y comíamos en la misma mesa”**

**T: ¿así era o te hubiera gustado que fuera así?**

Guarda silencio y sigue acomodando las piezas.

**M: bueno no tenía alberca ni tantos pisos pero era grande y bonita. Silencio.**

Terminó de acomodar las piezas de la casa y comenzó a hablar del abuso sexual.

**M: Cuando mi tío me violó yo le avisé a mi abuelita al otro día porque ese día en la noche me quede dormida del dolor y él se fue y me bañó a la mañana y ya le dije a mi abuelita y me dijo mentirosa y me llevó a revisar y le dijo a mi abuelita si mamá a la niña la violaron y nos fuimos a la casa y le dijo mi abuelita a mi papá y mi papá espero a mi tío y le reclamó y se pelearon feo y mi tío traía una navaja y mi papá dijo que me fuera a mi cuarto y que corriera pero yo agarré el teléfono que no tiene cables (*supongo inalámbrico*) y me salí a la calle y le llame a mi tía y vino y los separa y ya no sé más”**

Mientras relataba María se iba inclinando se quedó agachada diciendo que le dolía y que no podía pararse ni sentarse, le pregunté que le dolía y señaló el pubis, la entrepierna y los glúteos diciendo que no podía moverse más y que no aguantaba el dolor, comenzó a llorar.

**T: Respira, todo lo que me cuentas me parece que es muy doloroso y quiero que sepas que creo lo que me cuentas, que aquí no va a pasarte nada, vas a estar cuidada y que vas a darte cuenta que puedes convivir con otros adultos que no lastiman.**

**M: dolió que no me crean, me ponen triste**

**T: eres muy fuerte e inteligente María buscaste ayuda y ahora eso no tiene porque volver a suceder**

**M: tengo mucho miedo porque mi tío se junta con *drogaditos***

**T: él no está aquí, aquí estas a salvo. Algunas veces puede dar mucho miedo contar lo que sucedió, muchos niños se sienten confundidos y no saben qué hacer o que decir**

**M: Mi tía me dijo que dijera que no es cierto porque van a meter a mi tío a la cárcel y ya no voy a ver a nadie**

Retoma el tema de la madre entre sollozos

**M: Mi mamá ya está muerta**

*D: ¿qué recuerdas de tu mamá?*

**M: de que murió de cáncer de pulmón y mi hermana le avisó a mi papá, mi hermana la que está en Oaxaca porque ella ya se casó, las otras tres viven con mi papá y mi abuela**

Ya no quería seguir hablando y me pidió que le contara un cuento, el de el pájaro del alma que estaba entre el material.

Cabe destacar que hasta el momento de esta sesión yo tenía la información del expediente legal y de la niña, por lo que sabía que la madre de María estaba muerta tal como aparece en las declaraciones. Después de esta sesión en una charla con la directora del área de psicología me comenta que la madre de María está viva y que del subsistema fraterno sólo se sabe que tiene una hermana mayor y que hace años que no saben de ella.

En otras sesiones María retomaba el tema de la muerte para hablar de su abuela como un muerto, cuando aún vive, o de sus tíos como enfermos con alguna enfermedad médica aguda.

Estos elementos aparecían en momentos de ansiedad. Otra situación que se mostraba presente era el control que María pretendía tener de la sesión, quería decidir cuando iniciaba y cuando finalizaba, algunas veces irrumpió en las sesiones de otros pacientes

solicitando se le atendiera en ese momento, o bien cuando iba por ella a su grupo me decía que no quería ir a sesión y que me buscaría otro día.

#### *h) Aproximación diagnóstica*

A partir de las sesiones de evaluación se concluyó lo siguiente:

La niña muestra uso exacerbado de fantasía, no se encontró bien ubicada en la realidad y tiende a la actuación exasperada de sentimientos. La mentira es característica de su discurso así como la distorsión de los hechos. Parece estar presente la confusión mental y desajustes de las instancias psíquicas, mostrando un Yo débil.

En el nivel gráfico aparecen rasgos de hipervigilancia, agresividad y autoconcepto devaluado., están presentes en las pruebas indicadores de impulsividad, búsqueda de satisfacción inmediata de sus necesidades. Lo cual puede relacionarse con la pobre tolerancia a la frustración que ha manifestado durante las sesiones de evaluación. La agresión también se hizo presente. María es aprensiva, algunas veces la actúa en forma activa y otras en forma pasiva sus angustias y ansiedades.

Se presentó poca adaptación a la situación de institucionalización y seguimiento de horarios y roles dentro del albergue. Se mostró opositor ante la autoridad y constantemente se conflictuaba con las figuras femeninas adultas a quienes percibía como "malas".

La figura materna apareció devaluada en diferentes momentos de la evaluación y en otros bien valorada, lo cual indica ambivalencia no integrada. María percibió su ambiente familiar frío, poco continente, distante.

Respecto a la figura paterna muestra una marcada ambivalencia entre el amor y los deseos de aniquilamiento, además de mostrar un Complejo de Edipo no resuelto.

Se expresa un enojo marcado con las personas que representan los vínculos primarios, en este caso los padres y la familia paterna en general. Tiene una tendencia a atacar los vínculos familiares, destruirlos y luego intentar reparar.

En la evaluación María se representó como una niña ansiosa y angustiada apareciendo también una sensación de no querer ser ella misma. Las fronteras de su Yo no están bien definidas.

Los principales mecanismos de defensa utilizados fueron la escisión, la fantasía y la negación pues las manifestaciones de su inconsciente son muy abrumadoras para poder sobrellevarlas y también se hizo presente el clivaje que es un mecanismo de defensa que utilizó frecuentemente pues le ayudaba a desligarse de los eventos o pensamientos que no podía manejar, la tarea en la terapia estuvo dirigida a establecer nuevas formas de enfrentar esta realidad.

Es una niña que no logra pasar los pensamientos a la palabra antes de llevarla a la acción. La conducta de actuación busca la resolución de la ansiedad con accesos de ira y "mala conducta".

El principal problema que muestra al establecer vínculos se ve remitido directamente a la primera infancia, donde hay una madre ausente y un padre con el cual, posiblemente, se haya dado una relación libidinizada. La función de ambos padres en el desarrollo integral de los menores es innegable. En este caso, la madre que no figura como madre, sino como extraña, no ayuda a terminar de *resolver* lo que conocemos como etapa edípica. El apego, es un aspecto de suma importancia en el crecimiento socio-afectivo de los niños, pues es la madre precisamente con quién se establece el primer vínculo de relación interpersonal. También, el apego, ofrece un apoyo muy importante en el desarrollo de la seguridad y el autoconcepto en los niños, en María este aspecto no terminó por concretarse. Tenemos a una niña *atrapada* en etapas del desarrollo psicosexual y psicosocial no resueltas, aquí puedo mencionar principalmente la etapa oral al evidenciarse la agresión verbal y la etapa anal con las constantes agresiones. Respecto a la teoría de Erikson puedo enfatizar problemas para avanzar en las diferentes tareas del desarrollo, principalmente la obtención de la confianza. El abandono de la madre causó en María desconfianza al establecer relaciones cercanas con quién la cuidaba. Se desarrolló en un hogar donde no se satisfacen las necesidades de sustento, protección, bienestar y afecto.

Una de las principales deficiencias del pensamiento de la niña es la falta de integración de la ambivalencia en todos los sentidos, muestra de ello es hablar de una madre muerta y viva, buena o mala, al igual que con el padre. Esta forma de pensamiento se reflejaba en su conducta en el albergue, por un lado las psicólogas eran vistas como personas buenas y las cuidadoras como malas, y así podría ejemplificar muchas de las conductas de la niña.

Otro de los indicadores clínicos encontrados fue la desorganización del pensamiento en donde se presentaba constantemente la regresión, un pensamiento con grandes saltos entre coherencia y desbordamiento. Las situaciones estresantes como hablar de los eventos de violencia sufridos en casa, la llevaban a romper con la realidad y sumergirse en la fantasía, al punto que la niña llegaba a creer lo que decía, mostró respuestas emocionales como llanto que eran muy reales al momento de estar dentro de la fantasía y luego aparecía un estado de confusión.

La forma de solicitar el afecto aparecía en conductas imperativas pues al parecer ser dócil en casa no ayudó a obtener cuidado ni afecto. Tomó una actitud negativista desafiante para intentar inducir el cariño de quienes la cuidaban, o al menos llamar su atención a través del regaño para tener figuras adultas al pendiente –cuidado– de ella.

La somatización puede estar cumpliendo una función similar, la niña en las sesiones se mostraba ávida de afecto demostrándola a través de la búsqueda de contacto, de las caricias, haciéndose evidente que ante el contacto se muestra más estable y relajada.

Se puede pensar que María presenta fallas en la constitución del aparato psíquico. Esto es, un déficit en la constitución de las instancias ideales, que lo podemos ver de alguna manera en la dificultad que tiene de respetar reglas, como si no hubiera introyectado las normas, las interdicciones, lo que se puede y no se puede.

Hay una falla evidente en la consolidación del aparato psíquico, aún y cuando es posible que en un inicio ella tuviera una mamá que la libidinizara, que la pulsó, para ella hubo una ruptura o una falta en este sentido: “mi mamá no me quería dar *chichi*”.

Asimismo, se observaron fallas en el tercer tiempo del aparato psíquico, y una fluctuación entre el proceso primario y el secundario, por lo que hay momentos en que sí utiliza mecanismos de defensa más avanzados y estructurados, pero en momentos fuertes de angustia se desorganiza y puede llegar a utilizar mecanismos de defensa más primitivos como ya se mencionó. Se encuentra mejor establecida en el proceso primario, donde no hay lógica ni temporalidad por lo que las *representaciones cosa* no están ligadas quedándose a un nivel inconsciente, es decir, difícilmente pueden ser traducidas a *representaciones palabra*.

Al parecer aunque hubo objeto primario presente, no hubo alguien que cambiara esas representaciones cosa y pusiera en palabras lo que María hacía y sentía, es por ello que no puede entender y metabolizar todo lo que le pasa, pues le es difícil darle un significado.

Se puede hipotetizar que la libido no está ligada y que hubo fallas en la represión primaria, aunque sí notamos que cuenta con recursos yoicos tales como el gusto por el aprendizaje; sin embargo, tiene grandes carencias que han dejado espacios en la represión primaria que hacen que tenga comportamientos perturbados.

En cuanto a la instauración de la represión secundaria que favorece la diferenciación entre las instancias psíquicas se cree que no se logró, la ley de la prohibición del incesto no se instauró en ella.

Por otra parte, parece que, la angustia que puede presentar está ligada a la pérdida del objeto, como cuando llegan los últimos y primeros días de cada mes en donde se le observa más angustiada y llega a somatizar.

El exceso de ansiedad que expresa María posiblemente tiene sus orígenes en el abuso sexual. Parece que esta ansiedad es tan intensa, que en algunos momentos logra rebasarla y se empieza a comportar de manera bizarra.

María cuenta con recursos intelectuales que le han ayudado a mantener por momentos un sentido de realidad y con ello ha logrado sobrevivir a sus experiencias.

Al hablar en específico de una aproximación diagnóstica se puede notar que están presentes síntomas de un trastorno fronterizo infantil que pueden observarse en sus expresiones sintomáticas, por ejemplo.

- Ante situaciones de gran angustia María se desorganizaba, el Yo se veía invadido por la angustia, apareciendo expresiones de un Yo frágil
- Se mostraba fluctuante de manera constante entre la organización y la desorganización
- Su discurso se mostraba incoherente y sobre todo desbordado
- Incapacidad de procesar la información
- Su principal mecanismo de defensa era la escisión, esto puede notarse en la forma en que ella concibe los objetos, pues son vistos como extremos opuestos: “madre tierna-madre sexual” “madre viva-madre muerta”
- Baja tolerancia a la frustración
- Pobre control de impulsos
- Distorsión de la realidad
- Uso de la mentira, la fantasía y el chantaje de manera exacerbada
- Uso de la identificación proyectiva como mecanismo de defensa

- También se pueden notar dejes de conflicto edípico no resuelto

Estos datos se complementan con los signos diagnósticos del trastorno fronterizo propuestos por Bellak (en Paz, 1976): uso de afirmaciones sin base, falta de memoria para cosas evidentes, contaminación del idioma, condensaciones, inferencias arbitrarias sobre los hechos, pensamiento mágico, omnipotencia, neologismo, fantasías sexuales bizarras, falta de interés en lo que refiere a su enfermedad, confusiones entre sí mismo y el rol que tiene que asumir.

A partir del proceso diagnóstico se establecieron los siguientes objetivos terapéuticos:

- Señalar, realizar construcciones, dar información que le ayude a mantener un sentido de realidad
- Trabajar los patrones de conducta psicósomática
- Relacionar hechos, conductas y palabras que aparecen como desconectadas
- Trabajar la ambivalencia de sentimientos, ayudando a integrarla en un mismo objeto
- Ayudar a simbolizar, poner en palabras lo que actúa, pues esto le dará una estructura
- Contener para resolver la angustia, realizar una devolución metabolizada de su angustia
- Apoyar a través de la interpretación al entendimiento, elaboración e integración de los eventos traumáticos a su historia de vida
- Incidir en la reducción de los sentimientos de culpa que impiden el desarrollo continuo, permitiéndole responsabilizarse sólo de lo que le corresponde

- Ofrecer un patrón de relación en donde no opere la violencia, brindando un espacio cálido y seguro que le ayude a vivenciar otras maneras de convivir con personas adultas
- Desarrollar conductas de autocuidado
- A nivel de terapeuta estar constantemente alerta con las reacciones contratransferenciales

## 5.2 Tratamiento: Tejiendo nuevas opciones

Latencia significa que algo está en proceso de desarrollo. Esto puede ser el desarrollo sexual o sus reorganizaciones durante la vida. Es importante introducir lo que es el proceso terapéutico en esta etapa para dar mayor claridad al trabajo que se expone a continuación.

- La psicoterapia en la etapa de latencia

En esta etapa *el joven paciente* abandona poco a poco el juego por el dibujo, después por el discurso. El niño que juega experimenta las satisfacciones de poder representar, ante un espectador acogedor y comprensivo, los conflictos que le valieron las heridas narcisistas frecuentes. La proyección, en el juego, sobre los personajes y las situaciones ficticias, desculpabiliza las intenciones pulsionales, facilita la escenificación de los conflictos, los desdramatiza y da al Yo una parte de placer para funcionar libremente. La simbolización desarrolla entonces la expresión de los conflictos que se movilizan en el espacio psíquico del niño, entre la prevalencia del Superyó y las pulsiones libidinales (Anzieu, 2001).

Durante las sesiones, el juego procede a la selección de las representaciones y de las acciones posibles. “Hacer como si” permite representar sin consecuencia en lo real lo que los deseos o las pulsiones sugieren al Yo.

Los beneficios afectivos conquistados a través del síntoma se remplazan por la conquista de las capacidades de creación del Yo.

El periodo de latencia podría caracterizarse por una posición del preconscious en formación, el juego sirve de intermediario entre el inconsciente invadido por las acumulaciones traumáticas y la toma de consciencia de la identidad del Yo y de sus conflictos (Anzieu, 2001).

Algunos padres pueden apenas revelar inconscientemente estados mentales (odio, desagrado) que, en caso de ser generalizados, constituyen un abuso psicológico, porque el niño debe retroceder con respecto a la imagen implícita de si mismo. El aspecto más trastornante para el niño puede ser la contemplación de la crueldad o el odio que el padre siente con respecto a él. El niño maltratado puede crecer temiendo las mentes y repudiando la conciencia de sentimientos o motivos, siendo la persistencia de la equivalencia psíquica el subproducto inevitable de este proceso –confusión entre la realidad y la fantasía—el trauma también puede desorganizar la representación de sentimientos o pensamientos (Fonagy y Target, 2001).

El trato descuidado o cruel de un niño conduce al rechazo de la mentalización<sup>5</sup>, lo cual no sólo es un déficit, sino una adaptación que ha ayudado al niño a alcanzar cierta distancia con respecto a una situación traumatizante.

A partir de lo descrito con anterioridad y con base en los objetivos terapéuticos establecidos posteriormente a la evaluación planteada, trabajé con María en 24 sesiones terapéuticas y 5 sesiones de contención con horarios y duración diferentes a los de la psicoterapia, por lo que enseguida se reportarán estas dos formas de intervención por separado.

#### a) Psicoterapia

Es cierto que todas las sesiones trabajadas con María tienen un valor importante dentro del proceso terapéutico, pero se seleccionaron sólo 4 viñetas que son las que mejor ilustran las intervenciones realizadas con María. Se presentarán las viñetas y enseguida un análisis de cada sesión seleccionada con las principales temáticas, los mecanismos de defensa utilizados y puntualizaciones sobre la diada transferencia-contratransferencia.

#### Viñeta Sesión 6

---

<sup>5</sup> La mentalización es un componente importante de la capacidad de autocorrección en individuos que son capaces de soportar adversidades en etapas tempranas de sus vidas. Parte del tratamiento en la etapa de latencia es desarrollar la función reflexiva (Fonagy y Target, 2001).

Su cumpleaños estaba próximo. Me contó de los cumpleaños pasados.

De los cuales cabe destacar el cumpleaños número 7.

**M: Los siete años fue el día que murió mi mamá y en vez de cumpleaños fue funeral, el funeral de mi mamá**

**T: ¿y qué paso? ¿tú qué hiciste?**

**M: Me puse a llorar porque en los funerales todos deben llorar y me festejaron en el funeral**

**T: ¿cómo?**

**M: Me llevaron un pastel de chocolate que decía con una cruz grande feliz funeral y yo les dije ¿por qué dice eso? ellos dijeron que no ves que es un funeral y ya nos fuimos a la casa cuando se terminó todo**

Sigue comentando de los otros cumpleaños.

Sentada en la cama sigue relatándome como es que su mamá la visitaba cuando era más chiquita y como la conoció,

**M: Un día a los 10 años míos mi papá fue a entregar jugos boing a una tienda cercas de la casa de mi mamita y que me dice que lo acompañara a la casa de una amiga, y cuando llegamos me dijo mira esta es tu mamá y mi mamá corrió a abrazarme y decirme que la perdonara que no pudo cuidarme y así porque tiene que rehacer su vida y no puede conmigo**

María entra en angustia y da muestras de ansiedad, el movimiento del cuerpo se dispara, comienza a frotarse las manos y mover las piernas

**T: María hay cosas que no concuerdan y me gustaría que me ayudes a entender porque me acabas de decir que festejaste tu cumpleaños número 7 en el funeral de tu mamá y ahora me dices que la conociste cuando tenías 10**

La niña sólo responde con miradas, no le gusta que la confronte y corta la charla para comenzar con un nuevo tema

**T: Quizá te sientes confundida, pasa que se puede confundir la realidad con cosas que imaginamos para tratar de entender lo que pasa, por ejemplo saber qué pasó con tu mamá cuando se fue**

**M: Es que creo que mi mamá si dijo eso pero no sé si lo imagine ¿verdad mami?**

**T: Yo sé que aquí en el albergue les dicen que a las psicólogas, que a las cuidadoras y a tus maestras les digan mamis, pero no somos sus mamas. ¿A ti como te gusta que te digan?**

**M: Mary**

**T: A mí me gusta que me digan Diana, que te parece si yo te llamo Mary y tú me llamas Diana?**

**M: Órale va, ahora vamos a jugar a las masas y las cocinitas, me das de comer?**

**T: Sale, vamos a jugar como si te diera de comer porque la plastilina no se come eh!**

-Risas-

En el juego se relaja su ansiedad y juega en dos roles: como proveedora y como receptora de alimento y cuidados.

Termina la sesión.

### Temáticas principales

- Nacimiento / origen
- Muerte / Aniquilamiento
- Abandono
- Reencuentro

### Mecanismos de defensa

- Negación
- Escisión
- Fantasía

### Transferencia – Contratransferencia

- Transferencia: Se transfiere a la figura materna en la terapeuta buscando como respuesta funciones de maternaje y maternidad
- Contratransferencia: confusión, ambigüedad, agotamiento, necesidad de encuadre

## Análisis de la sesión

La cuestión del origen abre el tema. Me parece que su nacimiento es un tema muy poco hablado para María. La manera de entender e integrar su origen era el refugio en la fantasía. La *falta* produce confusión, para los niños es muy importante reconocer de donde provienen, quién conforma su familia, que les cuenten sobre ellos mismos siendo pequeños, etc. porque eso les ayuda a historizar e integrar su origen.

El instinto de muerte aparece en lugar del instinto de vida, se conjunta con deseos de aniquilación de las figuras que le significan *pérdida*, en este caso la madre. En un sentido kleiniano se podría decir que la angustia corresponde a la acción del instinto de muerte dentro del organismo, la cual es vivenciada como miedo a la aniquilación, por lo que María proyecta este miedo.

Se hace presente un Superyó débil el cual intenta integrar las normas que permiten el desarrollo de la empatía sin metabolizar en un sentido amplio los lineamientos de comportamiento genéricos –“**me puse a llorar porque en los funerales todos deben llorar**”- hay una ambivalencia no integrada al hablar de muerte y vida, un funeral y un cumpleaños.

Se pueden situar las raíces de la ambivalencia en el dualismo pulsional de la oposición entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte. El conflicto edípico, es concebido como un conflicto de ambivalencia y al tomar en cuenta que María no tiene resuelta esta etapa se entiende la aniquilación de la madre como producto de esta fase no elaborada.

Las posiciones propuestas por Klein dan luz a esta sesión pues se encuentran en María recursos yóicos como la reparación, propia de la posición depresiva. En seguida del discurso de la madre muerta aparecen relatos de la manera en que conoció a su madre devolviéndole la vida con tintes afectivos positivos mezclados con enojo y sentimientos de abandono.

Al confrontar momentos de la narración que son inconsistentes María se angustia. Se introduce con la confrontación el principio de realidad que es elemento del Yo que permite a la niña posponer o sustituir la presión de la realidad con la finalidad de ayudarle a la adaptación y supervivencia. Se hacen evidentes procesos secundarios como el razonamiento y el lenguaje congruente después de ser confrontada, permitiéndose así ampliar la gama de mecanismos de defensa empleados.

En esta sesión María pone en palabras el deseo y la necesidad de cuidado materno acompañado de acciones de maternaje, solicitando que en el juego se le satisfagan necesidades básicas como alimentación y cuidado. La transferencia en este momento del tratamiento era clara, un ambiente facilitador para la resolución del conflicto madre-hija. La figura materna cobra especial atención pues es la que salva al niño del sentimiento de indefensión. En este momento yo estaba colocada como una figura materna idealizada capaz de proveer y resolver las necesidades de la primera infancia. La transferencia durante la sesión, situada en el presente, ayuda a que las situaciones vividas se revivan, se reexperimenten y se reescenifiquen como si fueran parte del presente, lo cual ayudó a María al inicio de la integración de la figura materna en cuanto a la ambivalencia.

Sentí que mi desempeño durante esta sesión era fundamental y eche mano del concepto winnicottiano de ser una “madre” lo suficientemente buena<sup>6</sup> para María, tratando de ser una figura disponible, accesible, cálida y también capaz de poner límites. Asumí entonces que ninguna madre puede ser “perfecta” y que María encontraría en algunos momentos una frustración a sus deseos. De alguna manera pensar que solo tenía que ser “suficientemente buena” me ayudó a liberarme de angustia y permitió que estableciera con María un trabajo, desde mi punto de vista, más equilibrado.

#### Viñeta Sesión 9

Llega corriendo y gritando a la sesión. Dice que no quiere usar juguetes y pide material de arte.

Conforme avanza la revisión que ella hace del material se le ocurre trabajar con opuestos.

En una cartulina se señalan las siguientes categorías “yo soy- yo no soy” “yo tengo – yo no tengo” “yo siento – no me gustaría sentir”

En una cuarta parte de una cartulina fue colocando recortes para cada categoría. Recorto figuras de revistas diversas que hojéo previamente con detenimiento.

Mientras revisaba las revistas hacia comentarios espontáneamente.

**M: esta soy yo** –señalando a una mujer en lencería que aparece en un poster de dos páginas–

**T: ah! ¿y en que se parecen esa mujer y tú?**

**M: -risas- no no no ésta no soy yo**

Me fue señalando otros dibujos y me pidió que terminara de recortar lo que ella seleccionó.

Continuamos pegando en las hojas, su lenguaje era entonces regresivo, como de bebé.

**M: los bebés no importa si son niños o niñas**

**T: ¿por qué no importa?**

---

<sup>6</sup> El concepto de madre suficientemente buena se refiere a aquella figura que no aspira a ser perfecta ni la mejor, sino que acepta sus limitaciones, está disponible para su hijo, pero no de forma incondicional, pues es capaz de poner límites.

**M: los dos tienen cola igual de atrás aunque sea y ya no quiero hablar de eso**

**T: me parece que hay algunos temas que te ponen muy ansiosa, tu cuerpo expresa eso que se siente mira, por ejemplo tu pierna en movimiento o tus manos –señalándole como es que se aceleró en aquel momento el movimiento corporal –**

Guardo silencio y continúo recortando y nombrando todo lo que seleccionó.

**M: yo soy Mickey soy niña**

**T: ¿cómo Mickey?**

**M: sí, Mickey el de las caricaturas, el ratón**

**T: pero Mickey es hombre y tu eres mujer ¿no?**

**M: no, yo soy Mickey y tengo *pitilin***

**T: ¿qué es *pitilin*?**

**M: es eso que le cuelga a los hombres entre las piernas, entre los *huevos***

**T: ¿el pene? ¿hablas del pene y los testículos?**

Hubo muchas risas, el tema le producía curiosidad y angustia al mismo tiempo. Me di cuenta de la importancia de nombrar las partes del cuerpo, pues para ella los genitales estaban cargados de muchísimas cosas: vergüenza, ansiedad, angustia, morbo. María era una chica suspicaz y cuando quería salir de un tema que le incomodaba encontraba la manera de evadir. Esta vez continuaba interesada.

**M: ¿por qué dices pene? Eso es malo y te van a regañar**

**T: el cuerpo no es malo, el pene es una parte del cuerpo de los hombres así como la vulva y la vagina son parte del cuerpo de la mujer.**

**M: a mi me pegan si digo eso**

**T: aquí eso no va a pasar, es importante que le llamemos a las partes del cuerpo por su nombre, brazo, pierna, mano, ojo, nariz, pene, vagina...**

**M: ¿entonces aquí sí puedo decir pene?**

**T: sí, nadie tiene por qué regañarte por nombrar tu cuerpo**

**M: ¿es un derecho?**

**T: sí, eso es un derecho**

Sonrí y siguió la actividad. Cambia el tema.

**M: oye fui al hospital con papi G. –encargado del área de psicología del albergue– y el doctor no habló conmigo sólo con papi y ya nos fuimos**

**T: ¿y sabes por qué te llevaron?**

**M: porque iba al examen de la mente**

**T: ¿en dónde estaba el médico, en que hospital?**

**M: en el de las batas blancas**

**T: ah ok, voy a preguntarle al lic. G. para saber porqué fuiste con el médico**

**M: si, por qué yo no entendí nada**

**T: el jueves trabajé con papi R. –un chico de licenciatura que acude al albergue a dar juego de contención a los niños- a él le platicué de mi familia**

**T: ah que bien, ¿y que le dijiste de tu familia? ¿me cuentas?**

**M: ti, le dije que se murieron todos**

**T: pero tú sabes que eso no es verdad, tu familia está viva, ya en varias ocasiones has mencionado que están muertos, ¿por qué dices eso?**

**M: porque nunca los vi, no mentí**

La angustia se eleva y comienzan conductas estereotipadas como el frotamiento de manos y el parpadeo constante que denotan una conducta masturbatoria.

**M: bueno mi mamá viene en las noches y viene *nomas* cuando voy al baño y flota por el aire allí donde estas sentada y me cuida, mira voltea! Está detrás de ti en el vidrio –hace una mueca mostrándome como “estaba” pegada al vidrio–**

**T: ¿y qué crees que quiera?**

**M: viene a decirte que le cuides a su bebé... bueno ya déjala allí y ayúdame a recortar ¿sí?**

Recortamos, va rellenando las categorías que se describieron antes.

**M: los hombres son muy malos**

**T: ¿por qué?**

**M: porque me pegaban y me hacían cosas y no me preguntes de eso**

Sigue recortando.

**M: me gusta estar con las psicólogas, con mami H. porque me apapacha y me consiente y no me gusta que me de juguetes y no me haga caso... ¿ahora quieres saber porque me gusta estar contigo?**

**T: ¿me quieres contar?**

**M: me gusta que eres cariñosa y juegas conmigo y platicamos mucho y que te preocupas por mi y no me dejas sola, ya vamos a pegar todo porque no voy a alcanzar de tiempo**

Comienza a pegar y me pide que le ayude colocando el pegamento.

Se termina el tiempo y se queda pendiente el análisis de los recortes para la próxima sesión.

#### Temáticas principales

- Opuestos
- Diferenciación sexual y de género
- Relación con figuras masculinas
- Fantasías de muerte de la familia
- Figura materna
- Relación con figuras femeninas

#### Mecanismos de defensa

- Fantasía
- Anulación y desmentida
- Regresión
- Identificación proyectiva

#### Transferencia – Contratransferencia

- Transferencia: se depositan en la terapeuta responsabilidades y funciones parentales tanto de ofrecer información, educar y proporcionar cuidados
- Contratransferencia: confusión, miedo, ansiedad

### Análisis de la sesión

Al inicio de la sesión observé una conducta tirana, llegó gritando y pidiendo el material que ella quería para trabajar a través de órdenes y gritos. En ese momento sentí que estaba poniéndome a prueba para saber si me enojaba o le gritaba –como pasaba comúnmente con las cuidadoras– y esto lo pude constatar con constantes preguntas que me hacía como **¿ya te enojaste? ¿me vas a regañar? ¿me vas a correr?** al darse cuenta de que permanecía continente con ella, se relaja y deja de provocar reacciones de enojo en mi.

En cuanto al trabajo de opuestos, me parece, es un trabajo de integración. En sesiones anteriores había estado muy presente en María ansiedad de desintegración pues el discurso se permeaba de fantasías desligadas, el proceso primario predominaba y no había claro contacto con el principio de realidad.

Referente a la identificación se pudo observar que María se ubica como mujer adulta, sensual, provocativa. Al parecer en la niña se encuentra un desajuste en cuanto a la construcción de la identidad, para que el proceso antes mencionado pueda darse se involucran experiencias tempranas brindadas por los padres y en la niña esta función no fue cubierta satisfactoriamente, pues son los padres los encargados de desarrollar un adecuado ambiente facilitador.

El funcionamiento del ambiente facilitador se inicia casi siempre con un ciento por ciento de adaptación. En su crecimiento emocional el bebé transita de la dependencia absoluta a la dependencia y en dirección a la independencia. Winnicott (1963) dice que para que un Yo se desarrolle adecuadamente se necesita del soporte de la madre o la figura materna y si ésta lo hace bien el yo del bebé será fuerte y tendrá su propia organización. Esta capacidad de dar soporte se acompaña de la disposición para identificarse temporalmente con el bebé y el bebé con ella. El bebé desarrolla la capacidad de separar gradualmente lo que es “distinto de mi” de lo que es “parte de mi” logrando el inicio de la identidad. Esta sucesión de eventos en María parece que no se presentó por lo que el Yo de la niña aparecía *inmaduro*. John Bowlby (1951) concluyó que una cálida y continua relación con la madre –o sustituta que reúna estas características– es esencial para el desarrollo normal y sano de la personalidad. Al parecer María quiere diferenciarse colocándose como mujer adulta, provocar sexualmente y esto lo actúa con sus compañeros en el albergue y buscando que las relaciones establecidas con hombres adultos este permeada por la seducción<sup>7</sup>. María tiene interiorizada una imagen de su madre que no logra ser “*suficientemente buena*”, lo cual puede explicarse por la separación temprana de la diada madre-hija. Se pudiera hipotetizar que la madre de María había cumplido con algunas funciones básicas hasta antes de la separación, lo cual ayudó a que María tuviera ciertos logros en cuanto al apego y la relación de objeto que la niña establece que parece, en algunos momentos, ser más total que parcial. La falta de explicación acerca de la separación de la madre y

---

<sup>7</sup> Se ha reportado en diversas ocasiones que María busca un contacto “diferente” –sexualizado– con el personal masculino del albergue, como el personal de limpieza, los alumnos de apoyo para juego, etc. lo cual nos indica que se está frente a una niña excitada por una sexualidad adulta, consecuencia del abuso sexual.

la manera tan abrupta de reencontrarse desarrollan en María deseos de aniquilación permeados de ambivalencia, este puede ser el resultado de un intento de integración de María a la realidad.

En esta sesión se hizo presente la regresión, me parece que esta conducta regresiva se relaciona con la necesidad de un continente que le ayude a digerir la angustia de la desintegración. La no integración relacionada con la falta de relación entre cuerpo y mente puede desembocar en la despersonalización. De aquí la importancia del sostén terapéutico. Durante las sesiones de psicoterapia María se encontró con una segunda oportunidad para sanar aquella relación madre-hija cortada, dañada. Ahora mi función como terapeuta era actuar de manera constante como continente de sus angustias, libidinizarla y ayudarle a integrar su estructura psíquica a través de límites claros, de una relación cálida y consistente. Otra de las funciones era permitir la identificación con una figura femenina real, con características buenas (escucha, cuidado, disposición) y malas (fijando límites, frustrando, confrontando).

En cuanto a la función paterna, María ubica a los hombres con los que tiene contacto en el albergue en una posición parental, desde el nombrarlos “*papi*” siendo una situación que si bien la institución fomenta –con lo cual no concuerdo– la niña hace suya. La necesidad de un padre presente, comprometido y compartiendo con ella actividades del día a día hacen que María entre en el juego de roles padre-hija. La función paterna en la clínica psicoanalítica es retomada como punto nodal en la estructuración psíquica del sujeto, puesto que esta función es lo que separa a la madre del hijo permitiendo el proceso de separación individuación, produciendo la sensación

de falta. Esta falta posibilita el deseo, y la demanda. La función del padre también es la de prohibir el incesto, posibilitando la adaptación del niño al medio social.

En esta sesión también la contratransferencia ejerce su papel fundamental, de pronto pude sentir miedo a través del uso que María hacía de la identificación proyectiva y la puesta en palabras de sus demandas. Que me hablara de su madre muerta y colocada en el mismo lugar en donde yo estaba sentada me produjo angustia y temor. María sin duda me compartía, compartía su miedo, la angustia y la falta de imágenes para las historias que iba desarrollando en su cabeza. De pronto los sentimientos de abandono y la falta de contención hacen que la niña se desborde y deje allí a flote lo que se desprende de estas sensaciones, alguien las tiene que catalizar y devolver metabolizadas: la terapeuta.

#### Viñeta Sesión 12

Quando vamos caminando rumbo al lugar donde tendremos la sesión me señala su zapato

**M: mira tiene hambre, te estábamos esperando el y yo para que lo cures, tu puedes curar todo**

**T: no, no puedo curar todo pero podemos ver que te cambien esos zapatos.**

**M: el zapato se accidentó en la escuela, volvió enfermo**

**T: ¿y cómo pasó eso?**

**M: su dueña no lo cuidó**

Llegamos al área de trabajo y explora los juguetes, pide emocionada hacer masa. Me pide que vayamos a trabajar al aire libre –en el jardín– y salimos a preparar la masa.

Al principio tenía mucha precaución para tocar los materiales, comenzó mezclando con una cuchara y pedía constantemente papel para limpiar sus manos. Cuando me pide que le ayude, comencé a amasar con mis manos y dice

**M: a mi no me gusta meter las manos a lo viscoso**

Esta expresión me dejaba ver como simbolizaba por medio de las experiencias sensoriales la situación del abuso, en este caso simbolizando el semen.

**T: ok, tu puedes trabajar como gustes, a mi me gusta usar las manos, puedes elegir la manera en que te sientas más cómoda**

Me observaba y de pronto dice

**M: está bien pero sólo usaré una mano eh!**

**T: está bien, usa una mano si así prefieres**

Comienza a incorporar ambas manos y me observa

**M: a mí siempre me ha gustado el olor de la masa**

**T: ¿a qué te recuerda?**

**M: a mi abuelita que hacía pasteles de cumpleaños, fíjate primero hacía la masa con unas 4 tazas de azúcar, unas de harina y también me hacía atole de masa bien rico, mira huele la masa, huélela**

Ella olía constantemente la masa, se veía contenta, disfrutando de la actividad. Comienza a moldear la masa y me dice que me hará un panqué y tiene forma fálica

**M: mira éste está bien grueso y si te duele**

**T: ¿por qué duele?**

Se ríe y se mueve mucho, su cuerpo denota inquietud.

**M: por nada! lo que pasa que si te lo comes te duele la panza, ahora lo voy a decorar y tiene que tener colores fuertes porque es muy muy fuerte**

**T: ¿qué lo hace ser fuerte?**

**M: que es hombre**

**T: ¿todos los hombres son fuertes?**

Guarda silencio, es un silencio mantenido y prolongado, su expresión facial cambia, parece triste, sigue amasando y comienza a sacar pinturas digitales para pintar la masa.

**M: Diana tú también trabaja, ¿me haces un sol?**

Me pongo a hacer el sol moldeando la masa, me pide colorearlo y ella colorea el suyo.

**M: yo ya terminé, lo pinté con sangre, con mucha sangre. Un día de muertos mi papá me**

**compro pinturas para pintarme la cara y olía asquerosa, como sangre, es que eran *pinputas* de sangre –risas– digo pinturas es que me equivoqué. Cuando me pinté la cara parecía mujer mala, así me sentía. Pero bueno mejor haré una gordita como las que hacía mi abuelita.**

**T: has recordado mucho a tu abuelita en la sesión**

**M: si, es que la extraño mucho**

Comienza otra figura

**M: es un ombligo –risas– no, es un panqué y ahora tiene un hoyo y una rajada -dice en voz baja- es como una vulva**

**T: ¿una vulva?**

**M: no, una bola, dije una bola... no te he dicho algo importante, yo soy de otra religión**

**T: ¿de cuál religión?**

**M: testigo de Jehová, pero de eso hablaremos mañana, todo de mi religión y de lo que estas figuras significan para mi**

**T: ¿hoy no me quieres adelantar algo?**

**M: no, nada y mira esta figura (la de la vulva) va a ser de color claro y sólo una embarrada de color fuerte**

**T: ¿cómo el color del hombre?**

**M: si, si, así porque está llena de hombre**

**T: ¿llena de hombre?**

**M: lastimadita**

**T: ¿cómo lo que hacía tu tío contigo?**

**M: si, oye sabes que yo ya no me enfermo desde que me diste la pulserita que me cuidaba<sup>8</sup> y aunque la perdieron ya no me enfermo porque yo sé que si puedo estar bien**

**T: eres una niña muy fuerte, has vivido experiencias difíciles pero pudiste sacar toda tu fuerza para salir adelante y ahora estar mucho mejor**

---

<sup>8</sup> En una de las sesiones de contención trabajé con María a través de una pulsera que fungió como objeto transicional y de apoyo durante el trabajo con la somatización.

**M: yo ya soy más feliz y me gusta sentirme contenta, mira esta dibujo ¿cómo me quedó?**

**T: a mí me parece que quedó muy bien**

Termina la sesión por la hora, me presenta sus dibujos, acomodamos el material y se reincorpora a su grupo de trabajo.

### Temáticas principales

- Dicotomía enfermedad - salud
- Relación con la abuela
- Experiencia de la violación
- Sexualidad

### Mecanismos de defensa

- Proyección
- Identificación
- Idealización

### Transferencia – Contratransferencia

- Transferencia: se otorga a la terapeuta el poder de la cura, la confianza en la relación que sana
- Contratransferencia: percibí a una niña más integrada, con una mayor capacidad de simbolizar

### Análisis de la sesión

Comienza la sesión depositando confianza en la terapeuta para la cura. Aparece de manera implícita el amor de transferencia. El ascenso temporal del terapeuta permite al

mismo la colaboración del paciente con sus asociaciones y el cuidado por su tratamiento, es también una clara muestra del afianzamiento de la alianza terapéutica.

Simboliza en el zapato lo que a ella le ocurre, sentirse enferma. Habla de la dueña que no cuida al zapato, como su madre no la cuida a ella, o quizá la terapeuta puesto que ésta sesión se dio después de un puente en donde no nos vimos.

Con la masa aparece un juego diferente, en esta sesión noté a una María más controlada. El Superyó apareció punitivo en diversos puntos de esta sesión. Hoy aparece en la niña la capacidad de pedir, por ejemplo el espacio de trabajo, al sentir que las necesidades se van cubriendo la tranquilidad y la estabilidad aparecen. Para los niños con patología fronteriza parece difícil la expresión de internalizar la gratificación, ahora María estaba avanzando en este sentido, lo cual indicaba mejoría.

En esta sesión fue capaz de establecer límites, internos y externos, **“a mi no me gusta tocar lo viscoso” “sólo usaré una mano”** fue aproximándose al recuerdo o a la idealización de una abuela amorosa y proveedora a través de las sensaciones corporales, especialmente el tacto y el olfato.

Esta capacidad hablaba entonces de una capacidad de integración, dejando de lado – por lo menos hoy– de la escisión, pudiendo hablar de una abuela capaz de criar y ejercer la función de sostén.

La simbolización fue fructífera en esta sesión, pues logró simbolizar en el juego y con la masa el semen como parte del abuso sexual, logrando contactar de algún modo sensaciones y recuerdos. Pudo expresar como se sentía en aquel momento **“parecía una mujer mala, así me sentía”**.

Apareció también el uso adecuado del lenguaje para nombrar genitales, lo cual es un paso para el desarrollo de la capacidad de autocuidado, aunque aparece de la mano de un Superyó menos laxo pues comienza a hablar de su religión, lo cual hace referencia a las normas sociales compartidas.

Termina esta sesión con el discurso sobre la felicidad, lo cual es indicador del instinto de vida, desplazando el instinto de muerte que es el que había estado apareciendo de manera constante en el proceso psicoterapéutico de María.

El instinto de vida lleva a crear, a la búsqueda de soluciones creativas y la resolución de problemas de manera más eficiente.

#### Viñeta Sesión 20

Llega corriendo con la mochila cargada y dice

**M: ya no la puedo dejar sola porque tú crees se la roban**

**T: fíjate que quiero que hablemos de lo que pasó el fin de semana, porque entraron Y. y tú al cuarto de aislados y sacaron los colores del gabinete**

Replica que no y saca todos los colores de la mochila, me los muestra y nombra de quien son

**M: la verdad es que me los recogieron y ya no se donde están**

**T: es tú responsabilidad ir por los colores y devolverlos, porque esos colores no son tuyos**

**M: pero no te enojas solo les quería compartir, mejor ya vamos a trabajar.**

**T: que te parece si hacemos un ejercicio, vamos a escribir lo que si se vale y lo que no se vale, porque aunque lo hablamos cuando lo empezamos a trabajar parece que algunas cosas ya se olvidaron**

**M: ay está bien pero no va a volver a pasar**

Empieza a escribir en las hojas si vale, no se vale, mientras escribe empieza a relatar

**M: hoy es día once, si el jueves ocho tuve convivencia, hoy es ocho también**

Contamos juntas con un calendario y le muestro que el día de hoy es doce

**M: en la convivencia no pasó nada, ahora no te voy a contar. Bueno estuve con mis primos jugando ha ya no recuerdo que**

**T: con quien tuviste convivencia**

**M: con mi tía y los güeros, le platiqué a mi tía del día veintiuno acerca que desde ese día ya no iré a la escuela, seguro me va a regañar y le va a decir a mi papá y se va a enojar**

**T: ¿porque ya no quieres ir?**

**M: yo no dije que no quiero ir, sólo no iré**

Se hace un silencio prolongado y terminó de escribir en las hojas lo que se vale y no se vale, entra una empleada de limpieza y María se levanta y le grita

**M: aprende a respetar, este no es tú espacio y no puedes entrar sin tocar**

**T: puedes hablar las cosas sin gritar, a nadie le gusta que le griten**

Sale la empleada y María se ríe, está muy atenta a la puerta, viendo quien pasa, que se comenta en el pasillo y me pregunta

**M: donde están los escolares**

**T: supongo que trabajando pero no lo se**

**M: y si ya me dejaron**

**T: están en su grupo, cuando tú termines iras con ellos como cada sesión**

**M: fíjate que ya se fueron muchos maternas porque ya eran muchos los preescolares se van a ir hoy**

**T: por eso preguntas por los escolares**

**M: siento que se van a ir todos y yo me voy a quedar aquí y eso es algo que debo anotar en no se vale**

**T: hay cosas que suceden y no podemos controlar una de ellas es el día en que salen del albergue**

Silencio mantenido. Termina de escribir en las hojas y me lee si se vale: parecer diablos, ser mujer mala, besar a los hombres, tocar el fuego, viajar con dragones; no se vale: los tiernos, decir te quiero y los besos y que te quedes en el albergue. Retomo lo que acaba de leer y le digo que me

parece que faltan algunas cosas y que hay unas que no van ahí

**T: ¿por qué estará prohibido el afecto, el amor y sentirse bien y por que se permite que entren el miedo, la angustia y la fantasía?**

Silencio, no responde y comienza a recoger los colores

**M: ¿qué hora es?**

**T: es hora de terminar, hay que guardar todo porque se nos terminó el tiempo**

**M: voy a pensar lo que me dijiste y mañana o luego lo platicamos**

Fin de la sesión

### Temáticas principales

- Robo
- Reencuadre
- Convivencia
- Abandono

### Mecanismos de defensa

- proyección
- Negación
- Identificación
- Escisión

### Transferencia – Contratransferencia

- Transferencia: negativa, comportamiento tirano y retador, alejada del encuadre, provocando enojo
- Contratransferencia: imposibilidad de pensar en algunos momentos,

## desesperación y enojo

### Análisis de la sesión

La ruptura de las reglas de convivencia es el tema focal de la sesión. El robo es quien abre la puerta del diálogo. Proyecta en sus compañeros las conductas desadaptativas colocándose como víctima. Esta acción aparece después de un evento del fin de semana anterior en donde ella y otra compañera del albergue irrumpen en el mueble donde se guarda el material y sustraen colores, lo cual se aviso al área de psicología que fueron quienes nos informaron a nosotras.

Me pareció fundamental el reencuadre como parte de la integración de su estructura psíquica, pues el robo es una conducta que no permite la adaptación al ambiente en el que se desenvuelven y desarrollan conductas de respeto, responsabilidad y la posibilidad de reparar el daño. Esta última capacidad descrita por Melanie Klein como la capacidad que se deriva de la necesidad de recrear la armonía pérdida por la destrucción objetal –a través de la agresión– que moviliza el amor, la creación, impulsa el desarrollo mental y creativo.

Apareció por algunos momentos la desorganización, por ejemplo a la hora de relatar la convivencia que había tenido. Habla de fechas salteadas, un discurso sin orden y lógica, eventos como no ir a la escuela que están desconectados de la realidad. La desorganización psíquica se caracteriza por niveles altos de ansiedad que no permiten, en este caso a María, la capacidad de manejar situaciones problemáticas con mecanismos de defensa superiores.

El uso del poder a través de la violencia fue ejercido ante la empleada que irrumpe en la sesión, mostrando María una conducta agresiva y tirana, por lo que se hace necesario ubicar a la niña con un principio de realidad que esté acompañado de pautas de convivencia diferentes y más adaptativas, siendo necesario reconocer y validar que ella tenía derecho a estar molesta por la interrupción.

Silencios prolongados y preguntas sin contestar son muestra de las pausas necesarias para integrar la información y los eventos que van ocurriendo durante la sesión, aunque tienen otra función que es el control del objeto –terapeuta– y es en este punto donde modelar la empatía fue la función primordial.

Aparece una conducta hipervigilante característica de estados patológicos graves y es importante explicarla a través del miedo que María expresa de ser *abandonada* por la institución pues se ha dado cuenta de que algunos de sus compañeros ya fueron canalizados a otras instancias. Al parecer María no siente protección o seguridad de permanencia en el albergue, lo cual es parte de los efectos de la institucionalización que tiene como característica principal la temporalidad de la estancia, situación que no es explicada a los niños en el momento de su ingreso, creando posteriormente una conexión del egreso con el castigo o la reedición del abandono que se ha sufrido.

En cuanto a la interiorización de las *reglas* o el encuadre dentro del espacio terapéutico, aparece confusión y poca claridad de pensamiento, denotando el aumento de ansiedad y poca capacidad de concentración, sin dejar de lado las características clínicas que describen Meyer y Gamm (en Paz, 1976) como la baja autoestima, sensibilidad extrema a la crítica y al rechazo, sospechas y desconfianzas, temores extremos.

Como se mencionó con anterioridad, dentro del proceso terapéutico de María hubo dos etapas, una es la que se acaba de exponer en el análisis de las viñetas seleccionadas de las sesiones de psicoterapia propiamente dicha y la otra etapa se deriva de las intervenciones realizadas fuera de horario terapéutico, con duración variable a solicitud del personal del albergue en diversas situaciones. A continuación se expondrá de manera breve un ejemplo de estas intervenciones.

#### b) Contención

La función de sostén del terapeuta es fundamental en todos los cuadros de patología fronteriza. El encuadre es el primer dispositivo para poner esta función en práctica, es en éste ámbito de la psicoterapia que se puede crear un espacio de escucha activa y empática, la capacidad por parte del terapeuta de ofrecer un ambiente cálido y seguro pero que contiene también la posibilidad de ofrecer límites necesarios para un funcionamiento psíquico integral. Es necesario diferenciar los conceptos principales con los que se realizaron las intervenciones de contención.

- *Sostenimiento*

La función del sostenimiento es un factor básico del cuidado materno que corresponde al hecho de sostener (emocional y físicamente) de manera apropiada. “Me conformo con utilizar la palabra sostén y con extender su significado a todo lo que la madre es y hace en este período de dependencia absoluta” (Winnicott, 1990).

El término procede del verbo “hold”: sostener, amparar, contener. En el desarrollo emocional primitivo, la noción de “holding” describe la función de la madre que permite la continuidad del ser del bebé: todo lo que la madre hace de manera normal. La madre que sostiene al bebé con tranquilidad (sin miedo a dejarlo caer), adecuando la presión

de sus brazos a las necesidades de su bebé, lo mece con suavidad, le susurra o le habla cálidamente, proporcionándole la vivencia integradora de su cuerpo y una buena base para la salud mental facilita la integración psíquica del bebé.

- *Manipulación*

Una de las funciones maternas primordiales es la manipulación o manejo (handling). Esta función contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática (la unidad psique soma) que le permite percibir lo real como contrario de lo irreal. La manipulación facilita la coordinación, la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia del self. La manipulación favorece la personalización del bebé (Winnicott, 1980).

- *Presentación objetal*

Esta función consiste en mostrar gradualmente los objetos de la realidad al niño para que pueda hacer real su impulso creativo. Lo describe así: “La mostración de objetos o realización (esto es, hacer real el impulso creativo del niño) promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos” (Winnicott, 1980).

A medida en que la madre habilita en el bebé la capacidad de relacionarse con los objetos, éste despliega su capacidad de habitar el mundo. La presentación objetal promueve la realización del niño. Por el contrario, las fallas maternas bloquean el desarrollo de la capacidad del bebé para sentirse real.

Después de esta breve introducción presentaré dos viñetas describiendo como es que intervine sosteniendo a María durante su estancia en el albergue.

## Viñeta A

Después de un *berrinche*<sup>9</sup> que no podían controlar las cuidadoras me buscan los encargados del área de psicología para que trabaje con María. El berrinche se había presentado después de un episodio en el comedor en donde María no comió y aventó la comida al piso y a la ropa de la cuidadora provocando enojo en ella y gritos que se salieron de control.

Cuando bajé María se encontraba pateando con quien se le acercara, tanto compañeros como cuidadoras, llorando, escupiendo y golpeándose en la silla.

Me senté a un lado de ella, la miré directamente y le expliqué que podía dañarse. Se detuvo y me observó. Era evidente que los controles estaban en mí y no en ella. Si intenté detenerla es porque el exceso de angustia y agresión la estaban rebasando.

Permanecí sentada junto a ella en silencio y le dije que respirara, que estaría esperando allí hasta que pudiera calmarse y me contara si ella quería lo que ocurrió. Poco a poco dejó de llorar y se me acercó

**M: me cargas un poquito”**

La tome en los brazos y se tranquilizó, le pregunté qué había ocurrido y comenzó a exaltarse y manotear por lo que le tome las manos y le dije que no estaba permitido dañar, ni hacerse daño a ella ni dañarme a mí, que podía no contarme si así prefería pero que lo podía decir en vez de pegar.

**M: si tengo hambre, pero... ¿y si me enfermo?**

**T: ¿por qué te vas a enfermar?**

**M: por qué es día 30 y me da el síndrome**

**T: hagamos un trato a ver qué te parece, come y te dejaré una pulsera que te va a recordar que fuerte eres para superar la enfermedad, no vas a permitir volver a enfermarte si tú lo**

---

<sup>9</sup> Lo que el área de pedagogía describía como *berrinche*, pudiera ser un ataque de pánico por la conexión con la fecha ante la que estábamos: un día 30 y final de mes.

**decides, ese síndrome se va a ir**

Asintió con la cabeza y me acompañó a pedir su comida. La acompañé mientras comía y me comenzó a platicar sobre su escuela y sus amigas, dejando de llorar y mostrándose con un afecto diferente.

Al terminar de comer le dije que como ya todos habían comido ella tenía que llevar los platos a la cocina porque ya todo estaba recogido y que la consecuencia de comer después era acomodar sus platos en la cocina, a lo cual accedió.

Después de terminar con su tarea la llevé al grupo a integrarse a la actividad que les tenían asignada, se integró al grupo sin ningún problema.

**Viñeta B**

Me mandan llamar de la dirección del albergue pues María había tenido convivencia y les estaba costando trabajo que regresara a su grupo, había una situación compleja en el área de trabajo social en donde estaban tanto los familiares de la niña como los de otros pequeños, por lo que la actitud de María los otros la imitaban.

Cuando llegué estaba abrazada de su tía y llorando, diciendo que quería que se la llevara ya, de una vez y que si no lo hacían ella se iba a escapar.

Ya personal de la dirección la había tratado de incorporar al grupo sin obtener éxito.

Cuando escuché la situación de la fuga, lo retomé.

**T: María eres muy inteligente y sabes que lo que dices está preocupando a tu familia y a las personas que trabajan aquí, pero esa no es la manera de resolver los problemas, tú lo sabes, porque eres muy lista, que te parece si juntos pensamos en otras opciones**

**M: es que yo ya me quiero ir**

**T: muchos de tus compañeros se quieren ir también, pero tu tía y nosotros también sabemos que hay que buscar lo que sea lo mejor para ti**

A ver, vamos a pensar juntos como podemos hacer para que vuelvas a tu grupo, porque eso tiene que pasar y para que no extrañes mucho a tu tía.

**M: y si le hago un dibujo cada día para no extrañarla y tu me los guardas?**

**T: que sea un trato, que te parece que ahorita hagan uno juntas, ella hace uno para ti y tu uno para ella y se despiden, la próxima vez que tengas una convivencia le enseñaras todos los dibujos que le has hecho para que sepa cuanto pensaste en ella**

Ambas se ponen a dibujar. María dibuja un corazón con alas y su tía le dibuja una familia. Les pido que lo intercambien y que ella –María– me acompañe para que ingrese a su grupo. Comienza a sollozar.

**T: quedamos en un trato, antes, cuando hemos hecho tratos yo cumplo con mi parte, ahora te toca a ti, dale un abrazo a tu tía y despídete de tus primos**

Se levanta los abraza y llora un poco, me toma la mano y caminamos a su grupo. Cuando estamos por el pasillo le digo que lo que ha hecho es una conducta de guerrera, que ella es muy fuerte y que sabe que pronto se resolverá de la manera que sea más conveniente para que ella esté tranquila y a salvo.

### 5.3 Cierre

Las vacaciones se acercan, es momento del cierre pues me han comentado que la situación legal de María está por resolverse, programé tres sesiones de cierre antes de las vacaciones.

Cuando se enteró de que ya no íbamos a trabajar lo primero que salió al ataque fue el enojo y puedo decir que me sentí castigada porque hizo mucho uso del silencio en las sesiones, después de una etapa en donde había estado más participativa.

El cierre de la psicoterapia es un tema “delicado”. Es un reto y hay una tarea difícil por hacer. Hay dos razones para terminar una psicoterapia, la primera y la más recomendable es dar de alta al paciente pues se han adquirido las habilidades

necesarias para hacer frente a la vida, además de haber cumplido los objetivos terapéuticos y la segunda razón es un evento como el que enseguida describo, una situación externa que exige un corte aun y cuando no es recomendado, no se considera que se dio de alta al paciente, sino una suspensión temporal.

A continuación describo de manera breve, en viñeta, una de las sesiones de despedida con María, con el mismo esquema de análisis que en la etapa de tratamiento.

#### Viñeta Sesión 24

Voy por ella al grupo y noté que tiene los ojos irritados, trae consigo un tarro de brillo labial y me dice que es una pomada que le recetó el médico para que no le duelan los ojos de tanto llorar porque no nos vamos a ver más.

**T: ese es un brillo de labios y tus ojos se irritan si te lo pones. Hoy es nuestra última sesión**

**M: -risas- ¿y ni así te vas a quedar? si yo ya no te veo me suicido**

**T: yo puedo quererte sin que estés enferma y sin la necesidad de que me amenaces con que te va a pasar algo**

**M: si me enfermo todos me hacen caso**

**T: ha sido hasta ahora una forma de obtener atención y cariño, además te das cuenta de cómo hay personas que se preocupan porqué estés bien, estoy segura de que hay otras formas de obtener lo mismo sin hacerse daño**

**M: yo no se**

**T: a ver, ¿si pensamos juntas? ¿a ti que se te ocurre que puedes hacer?**

Explora los juguetes y guarda silencio, toma un juego en el que el pulso es indispensable, se trata de colocar fichas en los extremos sin tocar otras partes del juego

**M: mira! Estoy logrando el equilibrio**

**T: en muchas cosas lo estas logrando, como en el juego, eso requiere de mucho esfuerzo y lo haces muy bien!**

Sonríe y sigue demostrándome como puede ganar el juego. Elige después un juego de cartas "uno" trata de hacer trampa y se lo señalo, se burla y continua intentando ganar

**T: hacer trampa es otra manera que has encontrado para ganar la atención, hay que intentar otras formas porque esta no hace sentir bien a los demás, por ejemplo ahorita yo siento que no es justo que hagas trampa, porque hay instrucciones y las dos las tenemos que seguir**

**M: ¿por qué siempre adivinas lo que quiero hacer? Por eso me caes bien, no te vayas**

**T: todo principio tiene un final, así como terminamos aquí un día vas a salir del albergue, un día vas a crecer y así van terminando las etapas en la vida**

**M: a mí no me gusta cómo se siente engañar**

**T: ¿engañar?**

**M : como en la escuela que digo que me pasan cosas que no es cierto y que digo que no iré a la escuela pero si voy a ir porque tienes razón y no quiero perder el año escolar**

**T: me doy cuenta cómo has crecido y aprendido a conocerte, puedes darte cuenta de lo que piensas y sientes y eso es algo muy importante y valioso**

Continuamos jugando con las cartas, ahora sigue las reglas, sonrío y ya casi termina la hora, así que le aviso que nos queda poco tiempo

**M: lo último que quiero que hagamos juntas es que me cuentes un cuento**

Le leo el cuento que ella elige

### **LA ROSA MAS BELLA**

Érase una reina muy poderosa, en cuyo jardín lucían las flores más hermosas de cada estación del año. Ella prefería las rosas por encima de todas; por eso las tenía de todas las variedades, desde el escaramujo de hojas verdes y olor de manzana hasta la más magnífica rosa de Provenza. Crecían pegadas al muro del palacio, se enroscaban en las columnas y los marcos de las ventanas y, penetrando en las galerías, se extendían por los techos de los salones, con gran variedad de colores, formas y perfumes.

Pero en el palacio moraban la tristeza y la aflicción. La Reina yacía enferma en su lecho, y los médicos decían que iba a morir.

-Hay un medio de salvarla, sin embargo -afirmó el más sabio de ellos-. Traiganle la rosa más espléndida del mundo, la que sea expresión del amor puro y más sublime. Si puede verla antes de que sus ojos se cierren, no morirá.

Y ya tienen a viejos y jóvenes acudiendo, de cerca y de lejos, con rosas, las más bellas que crecían en todos los jardines; pero ninguna era la requerida. La flor milagrosa tenía que proceder del jardín del amor; pero incluso en él, ¿qué rosa era expresión del amor más puro y sublime?

Los poetas cantaron las rosas más hermosas del mundo, y cada uno celebraba la suya. Y el mensaje corrió por todo el país, a cada corazón en que el amor palpitaba; corrió el mensaje y llegó a gentes de todas las edades y clases sociales.

-Nadie ha mencionado aún la flor -afirmaba el sabio.

Nadie ha designado el lugar donde florece en toda su magnificencia. No son las rosas de la tumba de Romeo y Julieta o de la Walburg, a pesar de que su aroma se exhalará siempre en leyendas y canciones; ni son las rosas que brotaron de las lanzas ensangrentadas de

Winkelried, de la sangre sagrada que mana del pecho del héroe que muere por la patria, aunque no hay muerte más dulce ni rosa más roja que aquella sangre. Ni es tampoco aquella flor maravillosa para cuidar la cual el hombre sacrifica su vida velando de día y de noche en la sencilla habitación: la rosa mágica de la Ciencia.

-Yo sé dónde florece -dijo una madre feliz, que se presentó con su hijito a la cabecera de la Reina-. Sé dónde se encuentra la rosa más preciosa del mundo, la que es expresión del amor más puro y sublime. Florece en las rojas mejillas de mi dulce hijito cuando, restaurado por el sueño, abre los ojos y me sonrío con todo su amor.

Bella es esa rosa -contestó el sabio- pero hay otra más bella todavía.

-¡Sí, otra mucho más bella! -dijo una de las mujeres-. La he visto; no existe ninguna que sea más noble y más santa. Pero era pálida como los pétalos de la rosa de té. En las mejillas de la Reina la vi. La Reina se había quitado la real corona, y en las largas y dolorosas noches sostenía a su hijo enfermo, llorando, besándolo y rogando a Dios por él, como sólo una madre ruega a la hora de la angustia.

-Santa y maravillosa es la rosa blanca de la tristeza en su poder, pero tampoco es la requerida.

-No; la rosa más incomparable la vi ante el altar del Señor -afirmó el anciano y piadoso obispo-. La vi brillar como si reflejara el rostro de un ángel. Las doncellas se acercaban a la sagrada mesa, renovaban el pacto de alianza de su bautismo, y en sus rostros lozanos se encendían unas rosas y palidecían otras. Había entre ellas una muchachita que, henchida de amor y pureza, elevaba su alma a Dios: era la expresión del amor más puro y más sublime.

-¡Bendita sea! -exclamó el sabio-, mas ninguno ha nombrado aún la rosa más bella del mundo.

En esto entró en la habitación un niño, el hijito de la Reina; había lágrimas en sus ojos y en sus mejillas, y traía un gran libro abierto, encuadernado en terciopelo, con grandes broches de plata.

-¡Madre! -dijo el niño-. ¡Oye lo que acabo de leer!-. Y, sentándose junto a la cama, se puso a leer acerca de aquél que se había sacrificado en la cruz para salvar a los hombres y a las generaciones que no habían nacido.

-¡Amor más sublime no existe!

Se encendió un brillo rosado en las mejillas de la Reina, sus ojos se agrandaron y resplandecieron, pues vio que de las hojas de aquel libro salía la rosa más espléndida del mundo, la imagen de la rosa que, de la sangre de Cristo, brotó del árbol de la Cruz.

-¡Ya la veo! -exclamó-. Jamás morirá quien contemple esta rosa, la más bella del mundo.

FIN

Fin de la sesión, y de la psicoterapia.

### Temáticas principales

- Despedida
- Manejo de la enfermedad
- Crecimiento

### Mecanismos de defensa

- Proyección
- Intelectualización
- Desplazamiento

### Transferencia – Contratransferencia

- Transferencia: se relaciona con una terapeuta integrada
- Contratransferencia: tristeza, ternura

#### Análisis de la sesión

Fue una sesión intensa, como María. Con altas y bajas. La despedida le cuesta -en realidad nos cuesta a ambas- aunque ésta fue una despedida diferente para ella, no abrupta.

Se retoma la búsqueda de nuevas formas de obtener la atención, la identificación de los patrones de conducta brinda la posibilidad de modificarlos. Aunque esta será una tarea de más tiempo.

Habla de equilibrio, pudiera ser el reconocimiento de logros propios.

En esta sesión aparecen varios insight y los verbaliza, su pensamiento se torna diferente al de la primera sesión. Hay menos fantasía en su lenguaje, acepta las confrontaciones y las analiza.

Ahora puede reconocer malestar en la puesta en acción de conductas como el engaño, conjuntando además de traición y deslealtad intranquilidad y falta de comodidad con su uso, aunque continua utilizando otras estrategias no menos desadaptativas como hacer trampa en el juego.

El deseo de ganar en María puede relacionarse con ganar el objeto, controlar la sesión y el miedo a la pérdida ya que las despedidas que ella había vivenciado se vivieron como devastadoras puesto que rompían con el equilibrio y el bienestar, incrementando de manera abrupta la angustia y la ansiedad, generando una sensación de malestar.

## 6. Discusión

La demanda de los adultos, que son generalmente los que solicitan la atención del infante, está dirigida hacia un reclamo de que el pequeño sea menos inquieto, más dócil o que no les cause ninguna dificultad. Estas peticiones muchas veces son vagas y no se tiene identificado con precisión el foco de atención. La demanda infantil es mucho más específica pues los pequeños hablan de aquellos aspectos que les incomodan y que les gustaría manejar. La manera en que los niños expresan esto se encuentra inmersa en el juego y esa es su mejor comunicación, pues es allí, en la situación lúdica, donde los pequeños pueden poner en manifiesto lo que les afecta.

La atención de una niña con características de patología fronteriza fue un trabajo complejo por diversos motivos. Por una parte fue un reto en mi formación tanto práctica como teórica pues me vi en una necesidad imperiosa de búsqueda de literatura y de supervisión para ofrecer una mejor atención. En los momentos más intensos del trabajo con María sentí desgaste emocional por las intensas emociones que se desprendían del trabajo terapéutico por ejemplo los momentos de impulsividad de la niña o conductas autolesivas que llevaban a limitaciones momentáneas en el trabajo terapéutico. Esto me llevó a la búsqueda de un espacio terapéutico donde analizar la contratransferencia que se desprendía de mis intervenciones.

Kernberg (1986) dice que en un principio, las manifestaciones transferenciales de los pacientes de personalidad fronteriza pueden impresionar como totalmente caóticas, yo diría que esto no sólo sucede al principio, sino en todo el curso del tratamiento.

En las sesiones realizadas con María los afectos que aparecían eran intensos. El miedo y la angustia *eran* reales, percibía desesperación por obtener comprensión y

vaciar lo que psíquicamente le atormentaba o “dolía”, la contratransferencia estaba llena de incomodidad y confusión, en ocasiones ella actuaba poniéndose en riesgo, como en los periodos de inanición o peleas violentas con otros chicos del albergue por los cuales me hacía sentir culpable “cómo no estabas, no sabía qué hacer”.

María era una niña con múltiples manifestaciones de ansiedad, como movimientos estereotipados de piernas y manos, además de labilidad emocional. Había encontrado en la niña reacciones de somatización en diversas expresiones, las más notorias fueron las presentadas en el mes de febrero cuando tuvieron que llevarla al hospital por “dolores” abdominales severos, sin encontrar daño físico.

Respecto a su actitud ante la terapia se mostró cooperativa y entusiasmada con las actividades que se realizaban, parecía estar interesada en el trabajo terapéutico y mostró apertura para hablar de diversos los temas, siendo notoria la ansiedad que le provocaba retomar temas como el del abuso sexual y la forma en que escapó de la escuela.

En María pude observar como había una marcada dificultad para manejar la ansiedad y la que presentaba al inicio del tratamiento era de tipo persecutorio. Se expresaban en ella pulsiones autodestructivas que se deben a recurrentes vivencias de frustración.

Aunque también se supone hubo momentos gratificantes que no le permitieron desbordarse en ansiedad.

Melanie Klein (1952) dice al respecto que en algunos casos la ansiedad persecutoria se puede expresar en una inhibición de la alimentación. La ansiedad persecutoria, desde el punto de vista kleiniano, surge en la medida que un bebé es expuesto a privaciones.

En María se podían constatar privaciones de diversos tipos comenzando por la falta de

satisfacción necesidades básicas de alimentación, seguridad y protección paternas y maternas.

La tarea principal era contener la angustia y ayudarla a integrar su estructura psíquica que aparecía difusa.

La excesiva frustración de las tempranas necesidades instintivas (sobretudo orales) era probablemente la principal causa de la falta de diferenciación entre sí-misma y los objetos, porque refuerza la normal disposición a hacer una fusión regresiva de imágenes de sí mismo y de los objetos que representa tempranas fantasías fusionadas de sí mismo y de los objetos, con el fin de conservar o recuperar la gratificación absoluta (Jacobson, 1964).

En María no había una buena integración yoica se expresaba en la marcada ambivalencia de su concepción de una madre buena y mala, sin poder integrar ambos aspectos en una misma persona. Hubo momentos en que la madre fue concebida como mala, bruja o prostituta con mucha carga negativa por no satisfacer necesidades orales principalmente y esto resalta en partes de su discurso. Esta pobreza yoica aunada al desarrollo de ansiedad persecutoria la llevaba a tener sentimientos agresivos y de aniquilamiento o destrucción, constantemente habla de una madre muerta y de una muerte trágica de la cual la madre es merecedora, desde su perspectiva, por su estilo de vida. En esos momentos María estaba atravesando por estados de odio y/o frustración que esto se expresaban en forma primitiva, como cuando los bebés en sus fantasías destructivas muerden, devoran y dañan al pecho sintiendo luego temor de ser atacados por ese pecho de la misma manera.

Otra tarea consistió entonces en la integración de las imágenes de sí misma y de los objetos constituidos bajo la influencia de instintos libidinales. Por lo tanto, las imágenes objetales idealizadas y “totalmente buenas” debían ser integradas con las imágenes objetales “totalmente malas”, y el mismo proceso debía cumplirse con las imágenes buenas y malas de sí mismo.

La expresión de sus emociones es característica de niños pequeños pues suelen ser emociones extremas y poderosas.

Sin duda a lo largo del tratamiento tuve dudas teóricas y muchas prácticas. ¿Cómo se debe devolver esta información? ¿Qué se puede lograr con María? ¿Cuánto tiempo vamos a trabajar? ¿En que ayudará la psicoterapia sin ayuda de fármacos? Ésta última pregunta aparecía constantemente.

En diversas ocasiones solicité una interconsulta de psiquiatría pues consideraba que el trabajo multidisciplinario ayudaría a que el trabajo terapéutico fuera más efectivo. Cuando María acude a interconsulta después de meses que se solicitó regresa con el diagnóstico de “personalidad bipolar”, ¿personalidad? ¿bipolar? Definitivamente no compartía el diagnóstico y la indicación fue psicoterapia sin medicamentos.

El ir y venir en el tratamiento de María era constante, me di cuenta de que lo único constante era el cambio. Aprendí a trabajar a partir de eso, sabiendo que si bien no se podía tener un trabajo integrativo con psiquiatría lo podía lograr con el equipo multidisciplinario del albergue, fue en ese momento en el que nos coordinamos el área de psicología, pedagogía, trabajo social y medicina. El trabajo conjunto reditúo frutos rápidamente, aprendiendo a ser respetuosos cada uno de la parte que le correspondía,

teniendo comunicación constante y ofreciendo asesoría a las cuidadoras sobre la manera en que podían relacionarse con María.

La forma en que está organizada la institución ayudo sin duda a que los objetivos se fueran cumpliendo.

La falta de atención farmacológica fue otro de los retos a los que me enfrenté, pues sabía que parte de las crisis que ocurrían con María podían ser controladas con fármacos para ayudarla a reducir la ansiedad y las ideas delirantes<sup>1</sup> que en momentos presentaba.

En un inicio para mí era complejo poder ver el caso sola, es decir sin un trabajo multimodal en el que participáramos un equipo de especialistas.

Otro aspecto que entra a discusión es si se considera que el proceso terapéutico ha terminado con la desaparición del síntoma y/o el egreso de la niña de la institución o si se busca un cambio estructural y dinámico situado más allá de la cura somática. Mi apreciación coincide con este último punto y creo que es necesario que María continúe con un proceso terapéutico aunado a la medicación pertinente. Klein (1994) es clara en este punto y dice acerca del fin de la terapia que un niño, aun pequeño, cuando termina su tratamiento debe disponer de un equipo verbal mínimo que le permita expresar sus ideas sin recurrir al lenguaje no verbal (los acting out). Este uso del lenguaje verbal es para Melanie Klein un punto importante a considerar para pensar en finalizar un tratamiento de un niño. En María este punto no se cumplió, pues aunque los

---

<sup>1</sup> Entendiendo como ideas delirantes como creencias falsas sobre la realidad externa, basadas en inferencias incorrectas, que se sostienen firmemente a pesar de que los demás estén en desacuerdo y se obtengan pruebas y evidencias indiscutibles en su contra, tal es el caso de los relatos de María sobre la muerte de sus padres, sostener que contaba con más hermanos, comentar a sus compañeros que estaba embarazada, etc.

avances fueron notables, aún hacía falta la capacidad de ligar con palabras las sensaciones y afectos que la invadían en momentos de angustia.

En cuanto a los alcances que se lograron, me parece que María logró ampliar el abanico de mecanismos de defensa, aprendió a poner en palabra antes de actuar, a simbolizar en vez de somatizar y a diferenciar –en cierta medida– la fantasía de la realidad.

Gran parte de la metabolización de la angustia se logró a partir de la relación terapéutica establecida. Con María rápido comprendí que lo que necesitaba era una figura cálida y continente, que le modelara algunas pautas de comportamiento y apoyara el proceso de estructuración de su aparato psíquico. Ser una constante fue primordial, María había pasado por pérdidas y duelos que no estaban integrados. Desde las palabras de Winnicott diría que la tarea consiste en crear un espacio de seguridad en el que se puedan corregir las fallas ambientales, ofrecer una nueva versión de la diada madre-hijo para ofrecer en este caso a María un espacio intermedio para pensar, sentir y crear.

## **7. Conclusiones**

En esta travesía de crecimiento pude realizar una mejor integración del trabajo teórico y práctico.

Del albergue me llevo mucho aprendizaje, un cachito de cada niño con el que trabajé, que haciendo cuentas fueron más de 60, me llevo mucho. Aprendí desde la burocracia y un medio que algunas veces hizo difícil el trabajo terapéutico pero que sin duda me

dió mucho en crecimiento personal, aprendí a resolver problemas, a ser asertiva y clara así como a ser tolerante cuando las cosas no se dan como se esperan o planean.

La supervisión de sede apoyó mucho este proceso pues siempre contuvo las reacciones que me desalentaban en el trabajo en el albergue y me ayudó a ver cómo es que nuestro trabajo es de gran utilidad para los pequeños.

En el albergue aprendí a ser muy práctica, a modificar la técnica cuantas veces fuera necesario para que las intervenciones dejaran una huella en la vida de los niños pues no teníamos aseguradas las sesiones o el tiempo en que los chicos permanecerían en el albergue. Aprendí a ver a un paciente como alguien que necesita ayuda y que confía en que nosotros le podemos ayudar, como se los decía a los niños en el encuadre de la psicoterapia, *a ser más felices* y esto se lograba a través del trabajo con los recursos y las fortalezas que los chicos poseen y respetar el momento en que querían retomar las experiencias traumáticas ofreciendo un espacio cálido. Las experiencias dolorosas se iban incorporando conforme el chico o la chica daba la pauta, me parece que esta es también una parte medular de mi aprendizaje: no retraumatizar ni ver a un niño como un problema, sino a un niño con diferentes vivencias, unas agradables y otras no tanto. La forma en que mi técnica fue moldeándose en el transcurso de la maestría me parece oportuna, tengo un marco teórico sólido aunque en construcción, intereses definidos y deseos de seguir siendo autodidacta en algunas situaciones.

En estos dos años valoré mucho el aprendizaje de la maestría, las cátedras, las cámaras de Gessell, formación que de aquí me llevo. Aprecio de una manera especial el apoyo de la tutoría, con mi tutora pude aprender más que cátedra, más que experiencia, le aprendí y le sigo aprendiendo a cada momento sobre la técnica, es un

hecho muy afortunado ser asignada como tutorada con una especialista con la que comparto un enfoque de trabajo, así como muchas ideas de lo que es la clínica psicoanalítica infantil.

En el trabajo con los niños aprendí sobre las dos modalidades principales: la individual y la grupal. En el albergue tuve la oportunidad de poner en prácticas ambas formas de trabajo, reconociendo que la valoración de un niño es esencial para reconocer que modalidad le beneficiará de mejor manera.

Los grupos terapéuticos fueron variados, el trabajo en este sentido me ayudó a tener otra visión del trabajo clínico, ahora puedo entender mejor el funcionamiento, el proceso, los anudamientos que se dan y los movimientos transferenciales y claro los contratransferenciales que se desprenden del trabajo grupal.

Los pacientes individuales fueron muchos y muy variados. Las problemáticas atendidas se pasean por un amplio abanico de opciones, por ello el aprendizaje en el campo clínico fue fructífero.

Las clases me dejan una sensación con la cual entre a la maestría: necesidad de autoaprendizaje, de continúa búsqueda de lo que me interesa, ganas de tener un acercamiento cada vez más estrecho a los teóricos con los que me siento apoyada en mi trabajo clínico, creo que esta necesidad me ayudó a llevar a buen término lo curricular y estoy segura de que me seguirá ayudando a lo largo del camino clínico, tomando en cuenta que queda mucho trecho por recorrer.

Respecto a las cámaras de Gessell puedo decir que en el rol de observadora aprendí muchísimo, el hecho de observar el trabajo terapéutico de gemelos me parece de por sí algo excepcional y una oportunidad invaluable de aprendizaje. En este espacio, el de

las cámaras, es en donde más tuve cambios y adaptaciones, tuve que adaptarme a mucho, ser la única observadora de una cámara fue un peso muy grande, cambios de la supervisora, la integración de las compañeras de nuevo ingreso, etc. Aprendí con todo esto que, muchas veces, los cambios traen consigo situaciones favorables. Considero que la supervisión contiene tanto a terapeutas como a observadores. Otra experiencia fue la oportunidad de observar a una pareja de coterapeutas conformada por hombre y mujer que en definitiva es muy diferente a cuando los dos terapeutas son del mismo sexo.

Ahora bien, de mi experiencia del lado de terapeuta crecí mucho, aunque hubo momentos en que también *sufrió*. Cuando estás de coterapeuta con un compañero quien no comparte el enfoque de trabajo del grupo es muy complejo. Hubo momentos en que no sabía cómo hacerlo, como sacar el trabajo adelante, por momentos, hubo quiebres dentro de la cámara que gracias al equipo de observación y al trabajo de la supervisora pudieron resolverse. Con todo esto también me di cuenta que no basta *llevarse bien* con alguien para que sea una buena pareja de coterapia, se necesita más que eso y que cuando las personas no se conocen y no comparten intereses esta experiencia se vuelve mucho más compleja. Aprendí a sobrellevar las diferencias, a poner en práctica la empatía, la tolerancia y llevar mi esfuerzo al máximo.

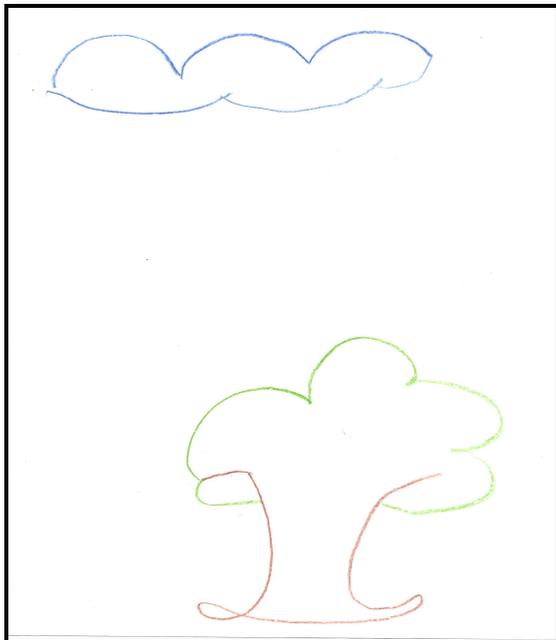
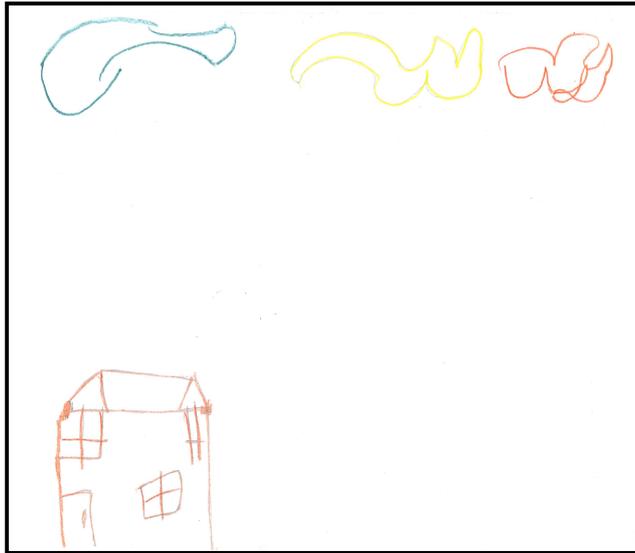
Quisiera concluir hablando de la tutoría que fue mi *sostén* durante la maestría, me ayudó principalmente a dar forma a algo que no era muy claro: mi técnica. La supervisión se volvió un espacio continente de mis ansiedades y de angustias de carga académica o *atorones* con los pacientes.

Agradezco a mi tutora toda su calidez y consistencia que fue para mí la combinación ideal, siempre clara y firme, abierta en la recepción de ideas y sensaciones.

De la tutoría me llevo el aprendizaje de que para la atención de un paciente se necesita más que el deseo de ayudar o trabajar, este espacio me ayudó a entender que la formación teórica es un punto nodal en el desempeño de la clínica.

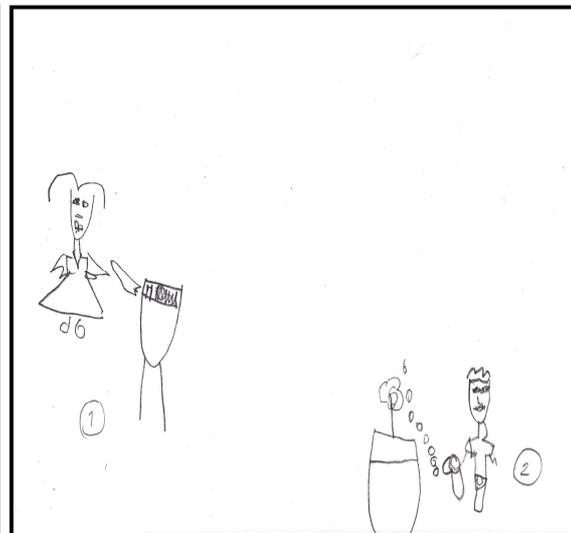
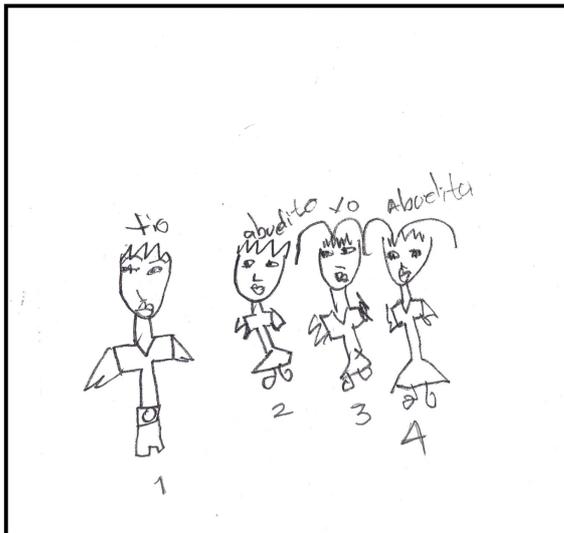
## 9. Anexos

House Tree Person

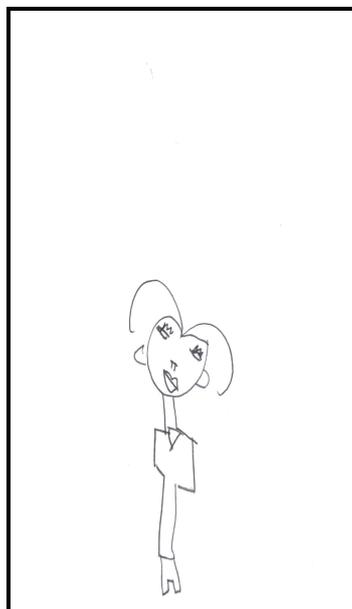
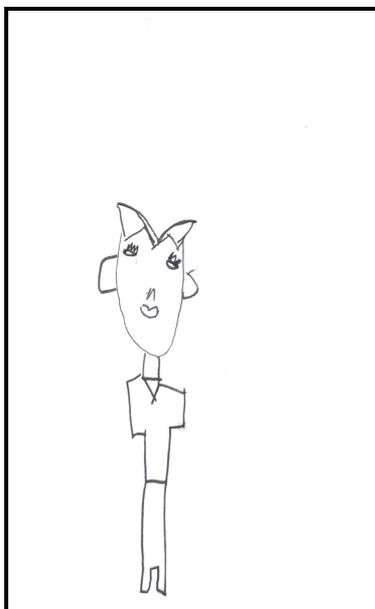


Dibujo de la familia L. Corman

Dibujo de la familia Kinética



DAP: Sped Scoring System de Naglieri



## 8. Bibliografía

- Aberastury, A. (1984) *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. México. Paidós.
- Aguilar, A. (1992). Maltrato a menores. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. *Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional*. México. Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2003)
- André, J. (2000). *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?* Argentina. Editorial Nueva visión.
- Anzieu, D. (1987). *El yo - piel*. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- Arrabuena, M., Paul, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia, Evaluación y tratamiento*. Madrid. Ediciones Piramide
- Aubin, H. (1980) *La psicoterapia institucional en el niño*. Barcelona. Editorial planeta.
- Avrane, P. (2004). *El niño en análisis*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Barreto, L., Suárez, E. (1996). *Maltrato de niños y adolescentes: una perspectiva internacional*. Panamá.
- Barugel, N. (2000). Melanie Klein, hoy. *Aperturas Psicoanalíticas, revista internacional de psicoanálisis*. No. 004. Argentina.
- Bergeret J. (1980) *La personalidad normal y patológica*. Gedisa. Barcelona
- Bion, W. (1966). *Aprendiendo de las experiencias*. México. Editorial Paidós.
- Bion, W. (1996). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires. Editorial Hormé.
- Bleichmar, S. (2001) *Clínica Psicoanalítica y neogénesis*. Argentina. Amorrortu editores.
- Bloch, D. (1986). *Para que la bruja no me coma. Fantasía y miedo de los niños al infanticidio*. México. Siglo XXI editores.

- Boston, M., R. Szur (eds). Routledge & Kegan Paul Boston (1983) *The Tavistock workshop: An overall view*. En *Psychotherapy with severely deprived children.*, London.
- Casado, J., Díaz, J., Martínez, C. (1997). *Niños maltratados*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.
- Chance, P. (1979). *Learning through play: A symposium*. New York. Johnson and Johnson Co. Gardner Press.
- Clough, R. (1996). *The abuse of care in residential institutions*. Londres. Whiting & Birch.
- De León, B. (2001) ¿Cómo trabajamos la transferencia en el aquí y el ahora?. Revista Uruguay de Psicoanálisis. Num. 94. Uruguay.
- Emmanuel, R. (2001). *La angustia*. Argentina. Longseller.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York. Norton
- Feigelson, N. (1980) *Un niño ha sido golpeado, La violencia contra los niños, una tragedia moderna*. México. Editorial Diana. 1980.
- Freud, A. (1981). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Freud, S. (2006). *El Yo y el ello y otras obras, obras completas, volumen XIX (1906 - 1908)*. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago. University of Chicago Press.
- Frosch, J. (1964). The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiat. Quart.* 38, 81-96.

- Furst, S., Rangel, L., Neubauer, P., Greenacre, P., Sandler, J., Solnit, A., Kris, M., Waelder, R., Freud, A. (1971). *El trauma psíquico*. Buenos Aires. Ediciones troquel.
- Gallardo, J. (1998). *El maltrato físico hacia la infancia, sus consecuencias socioafectivas*. Malaga. Universidad de Malaga.
- Gitlin-Weiner, K., Sandgrund, A., & Schaefer, C. (Eds.) (2000). *Play Diagnosis and Assessment*. (2nd ed.). New York. John Wiley & Sons Inc.
- González, V., Díaz-Marsá, M., Fuentenebro, F., López-Ibor A., Carrasco, J. (2006). Revisión histórica del concepto de trastorno límite de personalidad (borderline). *Actas españolas de psiquiatría*. 34:5. México. Secretaría de Educación Pública.
- Green, A. (2001). *De locuras privadas*. Argentina. Amorrortu Editores.
- Greenson, R. (1976). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México. Siglo veintiuno editores.
- Heimann, P. (1950). *On counter-transference*, *International Journal of Psychoanalysis*. Vol. XXXI. Londres.
- Heredia C. (2007). *Clase: Evaluación Psicológica II como parte de la materia Programa de residencia I de la Residencia en Psicoterapia Infantil*. Maestría en Psicología. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hopkins, J. (1990). The observed infant of attachment theory. *British journal of Psychotherapy*. Vol. 6. (País).
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. Nueva York. International Universities Press.

- Kernberg, O. (1987). *Desordenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*. México. Editorial Paidós.
- Itzkowitz A., 1989, *Children in Placement: a place for family therapy*. New York, The Guilford Press.
- Jiménez, M. (2005). *Caras de la violencia familiar, segundo seminario sobre violencia familiar en el Distrito Federal*. México. Publicaciones Eduardo Mosches.
- Kempe, R., Kempe, H. (1995) *Manual de protección infantil*. España. Editorial Masson.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal American Psychoanalytical Association*. 15:641 685.
- Klein, M. (1952). *Obras Completas III Desarrollos en psicoanálisis*. Paidós. Argentina.
- Klein, M. (1994) *Obras Completas II El psicoanálisis de niños*. Paidós. Argentina.
- Knight, R. (1953). *Borderline states*. (país). *Bull Meninger Clin* 17:1-12.
- Laplanche, J., Pontalis, J. (1974). *Diccionario de psicoanálisis*. (País). Editorial Labor.
- Linares, J. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. España. Editorial Paidos.
- Little, M. (1981). *Counter-transference and the patient's respons, Transference neurosis and transference psychosis*. Nueva York. Jason Aronson.
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca. Editorial Amarú.
- López, J. Valdés, M. (2003) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. México.
- Manterola, M. (1992). La prevención del maltrato a los menores en México. En: *El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do.*

- Simposio Interdisciplinario e Internacional*. México. Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil. I:173-184.
- Martínez, A., Paul, J. (2000) *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona. Ediciones Martínez Roca.
- Marucco, N. (1999). *Cura analítica y transferencia, de la represión a la desmentida*. Buenos Aires. Amorroutu editores.
- Medina, R. (1998). *Divergencias en la unidad: una introducción a los desarrollo psicoanalíticos después de Freud*. Buenos Aires Argentina. Editorial Lumen.
- Menninger, K., Holzman, P. (1973). *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Editorial Psique.
- Muñoz, A. (2007). Maltrato Psicológico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. México. Vol. 50. No.3, Mayo-junio.
- Money-Kyrle, R. (1956). Normal counter.transference and some of this deviations. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol. XXXVII p.360-368.
- O'Connor, K., Schaefer, Ch. (2005). *Manual de Terapia de Juego, avances e innovaciones vol 2*. México. Editorial Manual Moderno.
- Ortega, R. (1980). *Transferencia y contratransferencia en el caso de un niño borderline en la etapa de latencia*. Tomo XIII. Asociación Psicoanalítica Mexicana. México.
- Osorio, A. (2005.) *El niño maltratado*. México. Editorial Trillas.
- Paul, J., Arrabuena, M. (1979). *Niños maltratados*. España. Ediciones Morata.
- Pedreira J. (2008) La (re)organización estructural en la adolescencia: Hacia una comprensión psicopatológica del TLP. <http://www.sinlimite.net>

- Petot, J. (1982). *Melanie Klein, primero descubrimientos y primer sistema (1919-1932)*. Argentina. Editorial Paidós.
- Pine, F. (1974). On the Concept of Borderline Children. *The Psychoanalytic Study of the Child*. Vol. XXIX. p. 367. (PAIS)
- Quinatanar, L. (2006) *Children's Negligence , like a kind of intrafamiliar violence*, México. Instituto Mexicano de la Pareja.
- Racker, H. (1990). *Estudios sobre técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires Paidós.
- Remus, J. (1965). El duelo patológico en la orfandad temprana. *Cuadernos de psicoanálisis*. Vol. 1 numero 1. México. Asociación psicoanalítica mexicana.
- Reyes, V. (2004). Hermine Hug-Hellmuth, genuine pionner of child's psychoanalysis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 24. Nº. 89. España.
- Rodulfo, M., Gonzalez, N. (1997). *La problemática del síntoma, su formación y destinos en la niñez y adolescencia: una actualización*. Argentina. Editorial Paidós.
- Rubin, B., Bloch, E. (2003). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. España. Editorial Desclée.
- Rubio (2008) <http://emociones.superforo.net/documentos-bibliografia-f23/trastorno-limite-de-la-personalidad-t90.htm>
- Safouan, M. (1989). *La transferencia y el deseo del analista*. México. Editorial Paidós.
- San Martín, J. (2005). *Violencia contra los niños*. España. Editorial Ariel.
- Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México. Editorial Manual Moderno.
- Segal, H. (2003). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México. Editorial Paidós.

- Singer, M. (1960). Fantasies of a borderline patient. *The Psychoanalytic Study of the Child*. Vol. XV p. 310.
- Sterba, R. (1934). *The fate of the ego in analytic therapy*. J. Amer. Psychoanal. 15:117-26
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q.* 7:467–489.
- Villanueva, L., Clemente, R. (2002). *El menor ante la violencia: Procesos de victimización*. Servicio de Publicaciones de la Universidad Jaume I. España.
- Vives, J. (2002). *El proceso psicoanalítico*. México. Editorial Plaza y Valdés.
- Wekerle, Ch., Miller, A., Wolfe, D., Spindel, C. (2007). *Childhood maltreatment*. Alemania. Hogrefe & Huber Publisher.
- Winnicott, D. (1954). *La naturaleza humana*. Paidós. Buenos Aires.
- Winnicott, D. (1958). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Argentina. Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1963). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Winnicott, D. (2005). *Realidad y juego*. Barcelona. Editorial Gedisa.