



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL



**ANEXOS:
INFORMES CLÍNICOS DE
PÁCTICAS PRE-
PROFESIONALES**

MARZO, 2010

**Facultad de Filosofía, Letras y
Ciencias de la Educación**

Carrera de Psicología

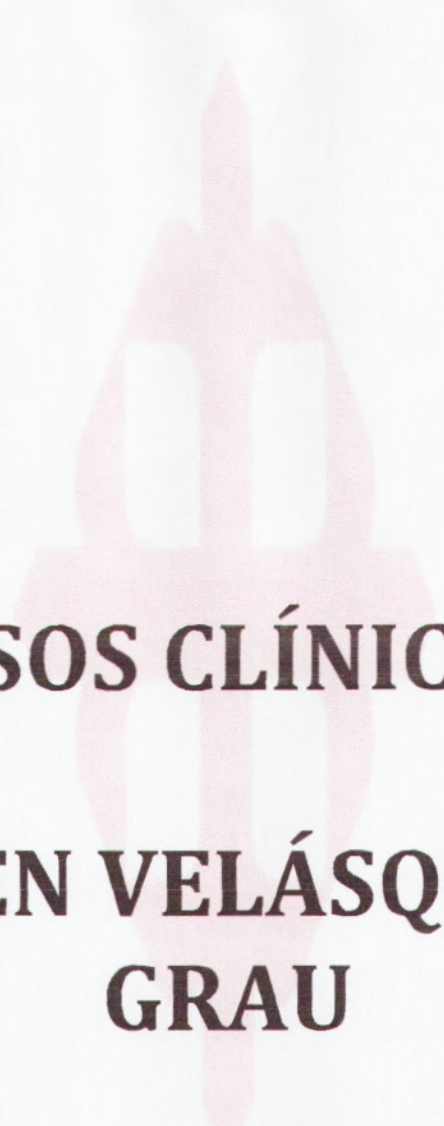
Integrantes:

**Stefanía Collantes
Andrea Guerrero
Ana Labanda
Keila Mora
Tatiana Torres
Alen Velásquez Grau**

Director de Prácticas

Psic. José Acosta

**Período
B-2010**



CASOS CLÍNICOS:

**ALEN VELÁSQUEZ
GRAU**

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Informe Psicológico N° 1

Fecha: 2010-01-24

Profesional: Alen Velásquez Grau

Datos de filiación

Nombre: N.

Edad: 15 años

Escolaridad: 8vo de básico

Nombre de la madre: M **Edad:** 50 años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: ama de casa

Nombre del padre: P **Edad:** 44 años

Escolaridad: secundaria

Ocupación: albañil

Hermanos: 4 hermanos

Procedimiento

Se realizaron 9 entrevistas semi-dirigidas, cada entrevista tuvo una duración de 30 minutos.

La primera entrevista que se realizó con la alumna tuvo como objetivo la recopilación de datos personales (anamnesis), y la explicación del motivo de su consulta.

La segunda entrevista fue de contrato, esclarecimiento de los roles que cada uno debe de ejercer con sus respectivos objetivos, la cual tuvo una duración de 30 minutos.

La tercera, cuarta, quinta, sexta, séptima y octava entrevista, constituyeron las entrevistas de tratamiento, acopladas a los esclarecimientos de las problemáticas y necesidades de la paciente.

La novena entrevista fue la de cierre y evaluación: en esta entrevista se procedió a evaluar con la paciente los logros alcanzados a lo largo del tratamiento y se realizó el cierre.

Motivo de consulta

La estudiante consulta porque siente ansiedad con sus estudios de matemáticas, se considera incapaz. Duerme poco, llora con facilidad ante situaciones circunstanciales e indica que sus relaciones amorosas y familiares son nefastas puesto que para todo se siente insegura. Decía que estaba "alocada", que no controlaba sus reacciones y que llevaba un largo tiempo así, pero que ahora se encontraba en el límite.

Antecedentes familiares y personales relevantes

Es la mayor de cuatro hermanos (dos varones y una mujer). Señala que su madre siempre estuvo muy cerca, y sigue estándolo, pero su padre es un hombre difícil, muy problemático, siempre angustiado por nimiedades y agresivo. Ella cree que su forma de ser se la debe a su padre, menciona que él la hizo así, que ella aprendió conductas de él y por consiguiente ella no es la culpable de todo.

Un tiempo después de que su familia se trasladara a Guayaquil, teniendo ella 10 años, se fue a vivir por un corto periodo de tiempo con su abuela. Cuando volvió a casa de sus padres, lo vivió como un "retroceso" debido a que su rendimiento escolar había disminuido notablemente. Señala que no se lleva bien con casi nadie en su familia, solamente su madre es la que la estimula y brinda amor, sin embargo cuando su padre la castiga, la madre no hace nada por defenderla, N. entiende la postura de la madre pues colige que no le queda de otra, si no ella también será castigada. Con sus hermanos no se lleva bien, se siente excluida y además indica que siempre abusan de ella y deduce que todo esto es producto de su mala relación con el padre, además N. se auto culpa e implica en la problemática al señalar que ella a contribuido a que se asiente y progrese esta mala relación que mantiene con sus hermanos ya que ella es muy severa con ellos y también los castiga de forma enérgica, pero posteriormente ella se siente mal por lo sucedido.

Lo que ahora la tiene especialmente angustiada, es la relación con J. Lo dice y pone una expresión de tragedia, no la vive como algo bueno. Con él ha reencontrado la comprensión y la ternura, pero parece que la culpa lo opaca todo por la manera en que ella lleva la relación, considera que no es muy amorosa, que siempre se encuentra a la defensiva y que esto impide que crezca la relación; tiene temor de que él la deje y refiere que sería una lástima porque él hasta el momento ha sido bueno, pero que igual ella sabe que lo perderá.

Problemática vital

El nódulo del problema radica en el hecho de que la paciente tiene dificultades en cuanto a la relación con los otros, no puede controlar sus emociones, su temperamento es exacerbado (se irrita fácilmente por situaciones que no lo ameritan), lo cual lo ha tomado como referencia de su época infantil, puesto que proviene de un hogar en el cual todo lo que le inculcaban lo hacían de manera muy estricta; además, tiene el temor de que exista una inhibición intelectual a causa de sus conflictos personales.

N. refleja una imagen de fragilidad, una necesidad de protección y atención, pero al mismo tiempo tiene dificultades para aceptarla. Parece que hay una gran necesidad de apego, a la vez mucha dificultad para conseguirlo, puesto que tiene temores al respecto. Además, pude notar en ella un gran nivel de autoexigencia, muy culposa.

N. no regula esas ansiedades que la desbordan, y la manera de calmarse es a través de los otros significativos, volcando en ellos su malestar. Le pasa con los padres (por ejemplo cuando algo de su casa no funciona, ella grita y pierde la compostura ante sus padres que intentan ayudarla) y le pasa con J. Es presa de una ambivalencia: necesita del otro, pero no acepta esa necesidad. Expresión de desborde emocional en que obliga al otro por pena, a veces con reproches, a atenderla. Hay ansiedad por enfrentarse sola ante cualquier problema.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico fenomenológico (descriptivo)

Apariencia general (Biotipo morfológico del paciente): N. tiene 15 años; estudia corte y confección, es una chica alta, de contextura delgada, piel trigueña, cabello negro, ojos café oscuro e impecable en su arreglo personal. De mirada directa, habla en tono alto, su discurso es fluido, detallista y coherente, gesticula todo el tiempo, manifiesta inquietud y abatimiento. En general, mantuvo un estado de ánimo estable aunque en ciertos momentos se preocupaba por su estado actual exaltándose, llorando o manteniendo posturas hiperactivas.

En las sesiones siguientes continúa manteniendo una actitud cordial y colaboradora, comenta sobre su etapa infantil, menciona que en su hogar la disciplina era muy estricta con normas y leyes que debían acatar todos. Además indica que el más estricto era el padre, quien al dar las órdenes, todos debían cumplirla inmediatamente: *“Mi padre siempre quería que cumpliéramos con las actividades que el nos designaba y en especial con su horario, además quería que hiciéramos las cosas de manera rápida sino se disgustaba”*. Inmediatamente refiere que por este motivo ella es así, por eso desea que su relación amorosa sea impecable sin ninguna falla esto es lo que desea inculcarle a su novio.

En las siguientes sesiones habla sobre aspectos de su vida colegial señalando que gusta relacionarse con hombres más que con mujeres pero que el cuadro afectuoso cambia radicalmente cuando se trata de llevar una relación amorosa, ella se siente demasiado insegura y por eso agrede por nimiedades a su pareja. Además destaca que todo debe hacerse como ella quiere y dispone: *“Siempre quiero que todo se haga como yo quiero, si no es así entonces yo me enojo y ya no quiero hacer nada”*.

Posteriormente da cuenta de la aparición de cierto tipo de manías (temas que adopta), a lo que ella refiere que esto la incomodaba ya que termina siempre exhausta: *“Siempre fui estricta con mis trabajos, los revisaba y lo volvía a hacer incluso cuando me decían que ya estaba bien, pero yo tenía que estar segura y a veces los hacía*

nuevamente hasta estar completamente segura, esto es algo que lo sigo haciendo y la verdad es que termino bien cansada, yo para todo tengo que estar siempre segura es por eso que hago las cosas de manera repetida, pero igual todo me sale mal, soy mala para los números, no se que pasa yo reviso una y otra vez pero igual siempre fallo o en sumar, restar, o multiplicar, nunca me sale la respuesta y además temo depender de mi mamá y peor de mi papá para pedir ayuda.”

Luego habla un poco de su relación amorosa; cuenta que lleva un año de relación y la cataloga como agridulce: *“Hay algo que me impide progresar con él, no es él, pero hay algo que me frena a que sea cariñosa, que sea recíproca; quisiera darle a entender que el es muy especial, pero no puedo”*. Además se considera celosa, no se siente segura (llora mientras cuenta esto, se la ve tensa, sufriendo, lo cual puede indicar la manifestación de comportamientos regresivos, de inseguridad y mal manejo de frustración, es decir existe un debilitamiento yoico). Dice que se pone muy agresiva, por celos o por inseguridad, la ansiedad no la deja vivir; le pasan cosas que no le pasan con los amigos, es *“menos buena persona”*. Desde hace un año, la ansiedad la desborda. No puede dormir, está como alerta, especialmente cuando duerme.

Comenta que quiere cambiar su carácter y gozar de más libertades, es decir, tomarse la vida más a la ligera y ser menos temperamental. A veces se irrita por nada, y empieza a insultar; es consciente de que su modo de vida es agobiante pero refiere que no sabe que hacer, le es imposible cambiar por cuenta propia y por eso pide ayuda.

Advierte que lamentablemente todos están en su contra, que igual de nada sirve que esté bien con su novio si sabe que él va a cambiar radicalmente cuando estén casados, señala que ella siempre será víctima de abusos y maltratos.

Finalmente, en cuanto a sus temores debido a su inestabilidad emocional lo cual repercute directamente en su desenvolvimiento escolar comenta que tiene el temor que

este cuadro la limite por completo, tiene miedo de quedarse "inhibida mentalmente" y especialmente a no poder mantener relaciones sentimentales duraderas.

Diagnóstico clínico dinámico

El cuadro clínico que muestra la paciente, se caracteriza por presentar los siguientes signos y síntomas: conversivos (hipocondríacos): dolores de cabeza, dolores gastrointestinal, estado catatónico, voluntad débil; pensamiento rígido, ansiedades y estados de angustia (la paciente presenta miedos diversos en intensidad y presentación; la inseguridad, las dudas, el llorar con facilidad o la presencia de quejas somáticas, que a menudo exagera, son otros síntomas de esta personalidad atormentada por el hecho de vivir muy preocupada por su seguridad personal), distrés, inseguridades (por existencia de privación afectiva por parte de miembros familiares, es decir vivió experiencias de abandono y rechazo), inquietud motora o psicomotriz (el síntoma más expuesto en la consulta, el "sujeto nervioso" acostumbra a estar presente en la exposición del problema, la paciente tiene necesidad de moverse, no puede estar quieta y además pasa rápidamente a la acción por ser en extremo impulsiva), egocentrismo (aspectos egoístas de la paciente: a veces, se manifiesta a través de un protagonismo excesivo y da la sensación de que ella es "lo único importante"), llamadas de atención de lo más histriónicas (teatralidad, exageraciones, un afán posesivo a menudo "acaparador" y una tremenda dificultad para pensar en los demás), insatisfacción (malestar que produce el vivir insatisfecho; la paciente no valora las cosas que tiene -el novio -, no acaba de estar contenta, éste es un síntoma fundamental, muy a tener en cuenta a la hora del tratamiento: es una baja autoestima), distimia (constituye para la paciente uno de los síntomas más molestos para la convivencia diaria; se refiere a los frecuentes cambios de humor con tendencia al malhumor; se trata de una paciente quejumbrosa -se queja con poco motivo o por hábito- se lamenta de lo que le pasa: protesta y realiza una constante crítica de lo que acontece a su alrededor; es una paciente muy negativa y se desenvuelve con una actitud de oposición), intolerancia a las frustraciones (aunque se implica en su problemática, también exagera en echarle la culpa a los demás, es decir, la proyecta: la culpa siempre es de los demás; la fragilidad personal la hace caprichosa e intolerante a las frustraciones. Fácilmente se revela o llora si se le lleva la contraria),

agresividad (se presentan conductas en las que la paciente se muestra desafiante, irrespetuosa y opresora del novio y hermanos; hay presencia de la agresividad verbal y no verbal e incluso la agresividad en el juego), justificaciones diáfanas ("si yo soy así, que se le va a hacer", son los demás los que tendrán que aguantarme; se trata del síntoma definitivo, que sirve de justificación a su conducta) y sueño alterado (problemas de insomnio por altos niveles de ansiedad). Los signos básicos que ostenta la paciente comprenden aspectos que son inherentes a mecanismos neuróticos, los cuales aparecen en cierta medida en los individuos normales. Son individuos con un comportamiento excéntrico (curioso) e inestable.

Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que se presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada.

Constituye una estructura psicológica que no tiene base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener un considerable poder de auto observación y una sensación adecuada de la realidad; en ellos lo más común es que no se confundan las experiencias patológicas subjetivas y sus fantasías, con la realidad externa. La conducta puede ser afectada seriamente, aunque es común que se mantenga dentro de límites sociales aceptables; pues la personalidad no está desorganizada.

Típicamente, la conducta neurótica es repetitiva, conduce a una mala adaptación y es insatisfactoria. Funcionalmente, las neurosis son reacciones inadecuadas a las causas de estrés.

N. sufre una serie de reacciones nerviosas muchas veces silenciosas, suscitadas por el ambiente que la rodea. La influencia del ambiente familiar y la educación recibida han sido factores determinantes. En este terreno, se valora como la seguridad que proporcionan las figuras paternas: estamos hablando del afecto gratificante, la tolerancia tranquilizante, la coherencia que proporciona un ambiente estable y el toque firme e imprescindible de la autoridad parental.

Con estos ingredientes, que funcionan como cuatro pilares en los que se sostiene la llamada "mesa de la seguridad" (más otros estímulos educativos), el sujeto avanza,

progresa en su autoestima, se desprende, se tranquiliza, aprende, se responsabiliza, etc., en resumen, se adapta. Lamentablemente, en el caso de N. esta experiencia no ha sido gratificante; todo lo contrario ha sufrido carencias afectivas en un entorno familiar donde prevalece el autoritarismo, es decir, se imparten los límites de manera violenta, no hay flexibilidad, existe rigidez; la madre es la fuente del cariño que N. necesita, sin embargo también falla debido a que el factor represor que es el padre fragmenta esta fuente de cariño y seguridad.

De esta manera se puede inferir que la paciente presenta neurosis de angustia (histeria de angustia) con síntomas fóbicos, depresivos, obsesivos y neurasténicos.

En la paciente se muestran en forma transitoria otras manifestaciones neuróticas como las obsesiones, fobias y las quejas de tipo hipocondríaco (síntomas conversivos), es decir, trastornos de tipo fisiológico como palpitaciones, hiperventilación, sudoración excesiva, temblores, insomnio, problemas intestinales, neuralgia (dolores de cabeza). El episodio de angustia la vive como una experiencia dolorosa y debilitante; además la paciente sufre de fatiga, debilidad e irritabilidad.

Estados de angustia.

La angustia es el síntoma esencial de las neurosis y cumple una función defensiva como de descarga. Está caracterizado por sensaciones de inquietud, incertidumbre y desamparo que no guardan relación con un peligro real externo o interno. Está acompañada por manifestaciones fisiológicas: temblores, ahogo, transpiración, mareos y aceleración de los ritmos vitales, que expresan la hiperactividad del sistema simpático que esta emoción manifiesta y reaviva un hecho de la historia del sujeto.

En la paciente N. hay presencia de sensaciones de angustia: puesto que existe una frustración continua. Por una parte ella quiere actuar como un adulto (en sociedad, responsabilidad) y por otra adopta posturas infantiles.

Esta angustia es la manifestación de la tensión que la paciente soporta y que se manifiesta por:

a) Agresividad: como respuesta a dicha frustración, la agresividad es su mecanismo habitual. La cólera de la adolescente ante la negativa a sus exigencias, la irritabilidad, la propensión a la violencia, que de momento le supone una baja de tensión pero que por supuesto es sólo momentánea, las malas contestaciones, los portazos, las reacciones desmedidas en las peleas con los hermanos, etc.... son claros ejemplos.

b) Miedo al ridículo: se encuentra exageradamente presente. Es un sentimiento social de vergüenza y tiene manifestaciones físicas: taquicardia, trastornos gastrointestinales, etc....

c) Angustia expresada de modo indirecto: el miedo al examen, (quedarse en blanco), timidez extrema, miedo a desagradar, reacción de rechazo cuando se le dan muestras de cariño, tanto en público como en privado.

Estado de ansiedad.

Se trata de un foco permanente de inquietud y desasosiego sin que los compromisos orgánicos sean intensos ni que la vivencia subjetiva inunda e invada la personalidad. La desorganización y alteración a la que lleva se va produciendo de manera progresiva, incompleta y de larga duración, y se realiza a través de estados sucesivos, dando lugar a la aparición de comportamientos automáticos, más o menos complejos.

En cuanto a la distinción entre ansiedad y angustia, que son expresiones equivalentes, la ansiedad está muy mediatizada por la aprehensión, la preocupación y la anticipación, mientras que la angustia es más física, más drástica y aguda.

En la paciente N. existe la presencia de un tipo específico: ***Ansiedad confusional***, la cual es una mezcla de dos tipos de ansiedades: ***ansiedad depresiva***, la que implica pérdidas o carencias afectivas; y ***ansiedad paranoide*** porque la paciente proyecta en su novio aspectos negativos como el autoritarismo.

Síntomas depresivos (distímicos).

Se presenta de diferente manera en la paciente; a veces reacciona con tristeza y abatimiento (lloraba en casi toda la sesión) y en otras ocasiones reacciona con expansividad o hipomanía, es decir, se muestra inquieta o hiperactiva, agresiva, con gesticulaciones exageradas.

La paciente indica que a veces tiene la necesidad de estar sola, se siente abatida y con tristeza pero esto también se contrasta con estados de verdadera euforia, expansividad y agresividad.

Las reacciones se caracterizan por una pérdida de auto estimación, aparición de impulsos inhibitorios o de agresividad y distanciamiento de las personas significativas.

La **culpa depresiva** que presenta N. se manifiesta por la necesidad de autopunción, es decir, se siente culpable por lo que le pasa y quiere ser castigada; aunque contradictoriamente proyecta la culpa hacia los demás y de manera latente o implícitamente ella se siente culpable.

Síntomas neurasténicos.

Al referir debilidad, fatigabilidad y sensaciones de encontrarse exhausta. Cabe recalcar que en la paciente también existen sentimientos de autodesprecio. (La neurosis neurasténica es frecuente en la adolescencia tardía. Feldman, R, 1998, pp. 406).

Síntomas obsesivos.

El sentido del orden, el esquematismo y la superstición son aspectos que están presentes en la paciente: surgen de los conflictos sádico-anales. Hay resistencias a las fantasías incestuosas y criminosas que se perciben como amenaza si se pierde el control y la rigidez de su pensamiento. El orden está conectado respecto a las actividades escolares, de casa y al tiempo, siendo un reflejo del manejo de los conflictos sádico-anales. La superstición en cuanto a como se debe manejar la relación

amorosa, bajo aspectos represivos, inequívocos, rígidos y estandarizados (relación fantasiosa).

El sentido de la tenacidad (perseverancia), la obstinación (intransigencia) y la terquedad: comprenden rasgos que van desde la firmeza y el empeño hasta la terquedad. La obstinación (ser intransigente con sus otros significativos) la conlleva al intento de utilizar a otras personas como una tentativa de la lucha contra el superyó, mientras que la terquedad (tipo pasivo de agresividad) representa una superioridad de carácter mágico y una especie de superioridad moral con el fin de acrecentar su autoestima. La terquedad es un recurso usado como defensa ante la fantasía de ser atrapado, de ser objeto de abuso y de burla.

El sentido de la rigidez y el bloqueo emocional: la rigidez se refleja desde el aspecto corporal, comportamental hasta la afectividad e intelectualidad en la paciente. En el carácter obsesivo, el sentido de la rigidez toma gran fuerza debido a la angustia e inseguridad que le provocan las situaciones espontáneas o fuera de su control (como en el caso de N., de llevar una relación sentimental en la cual, nada es seguro, no hay estereotipos o esquematizaciones, la relación debe ser flexible, presta a cambios desarrollándola y modificándola con el tiempo, pero esto es lo que angustia a N). La situación está dominada por el control y el bloqueo de las emociones y afectos, ya que la idea esta manifiesta y el afecto está reprimido porque tiene la necesidad de control.

El sentido de la percepción focalizada y la cosmovisión rígida: Hay deterioro de la movilidad de la atención debido a la necesidad de control y que su percepción está limitada en la tarea específica. La cosmovisión está pautada por el "yo debo" sin sentir o tener placer por la acción como consecuencia de su relación con el superyó. Al tener un carácter rígido no da cabida a la improvisación, novedad y creatividad (básicos en una relación).

El sentido de la realidad limitado: esta distorsionado por la forma de interpretar los hechos y las situaciones. Busca el control a través del esquematismo (En el caso de N. expectativas irracionales o fantasiosas como una relación basada en la rigidez, sin dar

lugar a la equivocación, etc. producto de sus vivencias disfuncionales familiares) y la ritualización de su mundo sin embargo subyacen en el fondo la duda, la ambivalencia y la dispersión. Debido a otras características como la obstinación, la rigidez entre otras tratan de controlar el medio sin aceptar cambios logrando únicamente la visión limitada de la realidad

Síntomas Fóbicos

Antes que nada es necesario señalar lo siguiente: La relación entre neurosis de angustia y neurosis fóbica es evidente. La diferencia estriba en que en la neurosis de angustia, la reacción de temor aparece espontáneamente, en cambio en la fóbica la angustia brota ante un determinado estímulo, siempre el mismo.

Es pertinente acotar esto debido a que claramente en la paciente N. se puede hablar de neurosis de angustia pero no de neurosis fóbica, aunque pueden estar presentes ciertos rasgos fóbicos debido a situaciones traumáticas que se desarrollan en su entorno familiar (padre castigador, discusiones violentas, etc.), las cuales crean reacciones emocionales de miedo desproporcionadas ante estímulos (por ejemplo, temor excesivo a quedar en ridículo), o personas (por ejemplo, al padre que es la persona que simboliza poder y autoritarismo al cual N. le teme).

Tales reacciones emocionales incontrolables y a la vez irracionales la conducen a vivir momentos desagradables o a un deseo impulsivo de evitar la situación, como ocurre en la llamada fobia social, en la cual la persona se ve expuesta a la posible observación de los demás.

En conclusión, en la paciente aparecen temores con mucha frecuencia, pero no alcanza la especificidad propia de las fobias, son variables, imprecisos con la única excepción de los miedos a lo "por venir". Por otra parte, en esta forma clínica la angustia forma parte de la personalidad básica, lábil e hiperemotiva, circunstancia que habrá de surgir en la historia vital del sujeto.

De esta manera en el caso de N. a modo de síntesis se puede señalar que los factores ambientales (entorno familiar) no ha afianzado la base del depósito afectivo, y N. vive con un nivel de satisfacción emocional a todas luces insuficiente por lo cual queda potentado una permanente búsqueda de fuentes afectivas, egocéntricas, impropia de su edad, y su sufrimiento se traduce en una conducta inadaptada inequívocamente neurótica. Cabe señalar que una persona neurótica es, simplemente, una persona que sufre. Que sufre *mucho*. El concepto "neurosis" es sinónimo de "dolor emocional excesivo", con las secuelas psicoconductuales correspondientes. Estas secuelas pueden ser de muchos tipos (ansiedades, fobias, depresión, agresividad, hiperactividad, adicciones, obsesiones, miedos, problemas de personalidad, etc.), pero, en general, todas ellas comparten una misma naturaleza, un solo significado.

La paciente tiene un persistente conflicto con su entorno, si no recibe la ayuda necesaria (diagnóstico y tratamiento adecuado) provocará la cristalización de su funcionamiento neurótico (yo soy así y no puedo remediarlo), con el que llegara con carencias y debilitamientos yoicos a la adultez, lo cual generará problemas en su convivencia con los demás.

Mecanismos defensivos

En la vida cotidiana, constantemente estamos utilizando distintos métodos, técnicas o mecanismos psíquicos que nos alivian la ansiedad y de las tensiones que nos producen las frustraciones y las amenazas tanto del mundo interno como externo.

Los mecanismos de defensa pueden ser tanto una manifestación normal (cuando dependiendo del estímulo o situación se recurre a uno de los mecanismos que más se acople a dicha situación) como patológica que es cuando el yo recurre compulsivamente a ellos (o a uno de ellos) para conjurar peligros irreales, como es el caso de la paranoia (proyección), estamos haciendo un uso patológico de los mismos.

Freud afirma que la defensa emana del yo y se levanta contra agresiones internas de tipo pulsional, contra las representaciones inconciliables con el yo, displacenteras o penosas. Tiene en cuenta no sólo el destino de dichas representaciones sino también

el afecto al que están ligadas. Muy tempranamente se da cuenta que cada una de las neurosis usa un tipo de defensa particular, o sea, que la manera en que el yo se desembaraza de una representación inconciliable condiciona el tipo de perturbación neurótica.

En el caso de N. los mecanismos defensivos usados por el Yo son los siguientes:

⊕ **Represión o bloqueo de afectos.**

En líneas generales, el bloqueo de afectos es la represión actuando contra determinadas cargas afectivas. Produce rigidez emocional, ciertas formas de despersonalización y se delata en sueños y síntomas. Estas últimas provocan inestabilidad afectiva.

Como mecanismo defensivo central en la histeria. Dicho mecanismo consiste en transformar la representación fuerte de la penosa experiencia infantil en una representación debilitada y en desviar el afecto (suma de excitación) de su fuente verdadera; Freud la define como el proceso que relega a lo inconsciente aquello que angustia al Yo pero, que no quita a lo reprimido su fuerza dinámica. Evidentemente, este mecanismo, al que considera como el mecanismo de ajuste psicológico que relega todo impulso no aceptable para el Súper Yo a lo inconsciente. La represión implica un verdadero borramiento de ciertos fenómenos.

En el caso de N reprime todo aspecto emocional para con otros significativos, esto provoca un monto de angustia, no logra elaborar su problemática vital con el padre y hace que exista una extinción o borramiento de cualquier muestra de carácter afectivo.

⊕ **El histrionismo (Mitomanía, teatralidad, el llamar la atención).**

El histérico por sus comedias, por sus mentiras, sus fabulaciones, no cesa de falsificar su vida y sus relaciones con los demás. Se ofrece siempre como espectáculo, ya que su exigencia es a sus propios ojos una serie discontinua de escenas y de aventuras imaginarias.

El producir impacto en los demás, son rasgos constantes en la personalidad histérica. La paciente tiene una verdadera adicción al otro y sus vínculos son frecuentemente pasionales. Se exalta, llora, lo vive como un drama la relación que ella mismo la ha catalogado como nefasta con J. sin embargo señala que no puede vivir sin él puesto que es la única fuente de amor y comprensión que ella recibe.

⊕ **Proyección.**

La paciente se enfrenta atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. Ella mismo se queja de su prepotencia, egoísmo e impulsividad, pero proyecta en los otros significativos dichas características; en el caso de su relación con J. señala que ella lo trata mal porque (se anticipa) según ella conoce bien a todos los hombres y proyecta en él características que le son propias a ella y las cuales considera negativas (proyecta cualidades negativas del padre y de ella al novio).

⊕ **Anticipación**

La paciente ante amenazas interna, externas o conflictos, anticipa las consecuencias pero las vive de un modo negativo, sin hallar soluciones.

⊕ **Regresión.**

Mecanismo de defensa que consiste en regresar a períodos anteriores del desarrollo o a comportamientos antiguos, que eran más satisfactorios.

La paciente adopta actitudes o conductas inherentes a etapas ulteriores o infantiles, por ejemplo existe mal manejo de frustración y ante problemas o discusiones, ella no elabora o procesa el problema sino que realiza actings es decir es impulsiva, pasa a la acción, a la agresión.

⊕ **Identificación introyectiva**

Según M. Klein. "El resultado de la introyección del objeto en el yo, el cual se identifica entonces con algunas de sus características, o con todas". En el caso de N. ha introyectado características o posturas del padre que irónicamente ella detesta.

⊕ **Conversión**

Transformación de un conflicto inconsciente en manifestaciones somáticas, sensoriales o motoras. La energía libidinal desprendida se traslada a lo corporal. La representación sucumbe a la represión y el afecto (aspecto cuantitativo de la pulsión) pasa a inervar un órgano somático. Pero los síntomas somáticos de conversión no obedecen a ninguna ley de la fisiología ni de la anatomía.

Fenómeno típico de la histeria o neurosis de conversión; es decir, se canaliza la ansiedad hacia signos y síntomas corporales: temblores, ahogo, transpiración, mareos, aceleración de los ritmos vitales, neuralgias (dolores de cabeza), dolores gastrointestinal, estado catatónico, voluntad débil.

⊕ **Desplazamiento**

Redirigir la energías hacia otra persona u objeto. La paciente N. se encuentra furiosa con la actitud del padre, con las carencias afectivas, pero descarga su agresividad sobre su comprensivo novio evitando la ansiedad que surgiría si confrontase al padre.

⊕ **Formaciones reactivas caracterológicas.**

Este mecanismo provoca formas de conducta que protegen algún aspecto de la personalidad o historia del individuo, de la auto investigación o de la investigación por parte de los demás; recurriendo con frecuencia a actos disfrazados. Por ejemplo; en el caso de N. la paciente obedece ciegamente al padre para así ocultar su rebeldía; además es exageradamente limpia para ocultar la "suciedad inconsciente". Vale decir, mediante este mecanismo, una tendencia determinada es sustituida por otra contraria.

‡ **Racionalización.**

Por este mecanismo, la paciente se convence razonando consigo mismo de los motivos que tuvo para actuar de una manera determinada o para explicarse las frustraciones provenientes del mundo externo, con lo que en ambos casos, "al darse la razón", elimina la angustia que tales hechos pueden provocarle. La racionalización se emplea constantemente en su caso.

Planificación

Objetivos intrapsíquicos

- ☉ Disminuir el monto de ansiedad de N. mediante la dialectización de su queja (sobre la conducta de su padre).
- ☉ Promover la comunicación de la paciente con el padre.
- ☉ Trabajar con el problema del perfeccionismo y la autoestima (crisis de valores): enfatizar la importancia de remodelar el ideal del yo para adaptarlo con las capacidades de la paciente.
- ☉ Trabajar el aspecto la relación ambivalente que lleva con su novio.
- ☉ Procesar el aspecto de los esclarecimientos de problemáticas existenciales (angustia existencial): La adolescencia es una etapa muy importante y crítica en el proceso de formación de la identidad, de modo que una tarea esencial para el adolescente es responder a la pregunta "¿De dónde vengo?" "¿Para que estoy aquí?", "¿Adónde voy?", "¿Quién soy?".
- ☉ Poner énfasis en uno de los principios básicos para la salud mental, cuando se habla de "errores" de los que se puede aprender y no de "culpas", pues este último genera un círculo vicioso de vergüenza y depresión en el sujeto, que a la larga repercute en toda la familia.
- ☉ Trabajar sobre el aspecto de rigidez mental. "Yo soy así".
- ☉ Promover el insight es decir el "darse cuenta" o tomar conciencia. Se refiere a la comprensión de la propia conducta. La capacidad de insight es de tremenda importancia en psicología, pues determina hasta qué punto una persona tiene capacidad de comprenderse mejor a sí misma, de hacer conexiones entre su vida

interior, su cuerpo y las circunstancias de su vida. Reconocer y aceptar las propias debilidades permitirá romper el antiguo, erróneo o equívoco aprendizaje y emprender nuevos caminos. Constituye a la vez un reconocimiento de síntomas

Objetivos relacionados a su entorno (Estrategias familiares)

- Asesorar: Una vez que hemos explicado a los familiares la problemática de la personalidad neurótica debemos asesorarlos sobre qué actitudes deben evitarse y cuales pueden favorecer la mejoría de su hijo y por ende de la relación familiar.

Evolución del tratamiento

Tercera sesión

En la tercera entrevista, N. cuenta un sueño:

“Mi casa (la de ahora, con sus padres, aunque no parece igual) se inundaba. Yo llegaba y me la encontraba inundada”.

“Otro día soñé que me regalaban un patito chico y se me olvidaba. Llegaba a casa asustada de encontrarme el animal sin comer”, luego salía al cole y cuando volvía a casa la veía inundada de nuevo, y el pato grande, negro, bebiendo agua por la casa. Me daba miedo, me asusté mucho, pero pensé “por lo menos está bebiendo agua, no se ha muerto”.

Hace una semana tuvo dos sueños la misma noche:

“Iba G (un novio pandillero que tuvo) conduciendo, muy rápido, de noche, yo muerta de miedo “ten cuidado”. Cuando íbamos despacio porque ya llegábamos, chocamos. Luego soñé en la ciudad un nuevo choque. Inevitable, a cámara lenta, que te chocas y lo ves”.

El contexto de sus asociaciones en la consulta, y de los problemas que la preocupan en el momento de los sueños, me hacen entender estos sueños como expresión de cómo se siente. La inundación la entiendo como expresión de su desbordamiento emocional –su queja de no controlar sus emociones, cualquier cosa la pone fatal y se descarga con su madre, hermanos o con J, se pone agresiva. Asocia el pato con ella misma, que no ha podido crecer –se la ve, y se ve ella misma, como una niña

desprotegida, muy frágil. El ver al pato negro y grande, ella misma lo relaciona con su agresividad hacia el hombre con el que está: "saco la peor parte de mi con él", se vuelve celosa y agresiva, también su agresividad con su madre, su descarga emocional. Todo eso la hace sentir culpable. Pero el pato sobrevive por eso. En el segundo sueño de choques se expresa su sentimiento de alerta constante, ante la angustia de que algo malo puede pasar en cualquier momento y esto lo asocia con el autoritarismo del padre.

Cuarta Sesión

Cuenta que está nerviosa, que en la clase de matemáticas no le fue bien. El profesor le plantea los fallos, intenta ayudarla, pero no sabe cómo orientarla. Ella piensa que el profesor no se ha librado de ella. Ella se ve mucho peor que otros que también tienen problemas con los números.

Se atribuye a sí misma una identidad de inoperancia, se considera "bruta" para las matemáticas, además hace una extraña conexión: asocia esta inutilidad en las matemáticas con su incapacidad para saber llevar una relación *"Si ve, por mas que intento hacerlo bien no me sale, lo mismo me pasa con J., el pobrecito paga todos los platos rotos, bueno pero igual por algo pasan las cosas, creo que en este mundo todo se paga y a lo mejor creo que el esta pagando por algo que hizo o que hará"*. Inmediatamente le sugerí que explicara su afirmación, a lo que respondió *"Pues claro, yo creo que el ya está pagando por lo que me va hacer, Ud. que cree; el se porta bonito porque quiere algo, ya Ud. sabe, pero apenas nos casemos el se va a volver malo, como mi padre ya verá, por eso si lo pierdo por algo ha de ser, no necesito de nadie y para eso me estoy preparando y si tengo fallas en matemáticas no importa, ya las entenderé pero por mi propia cuenta sin la ayuda de nadie"*.

En ese momento me pareció pertinente elaborar algunos de los objetivos planteados. Se realizaron esclarecimientos, clarificaciones y trabajamos en los siguientes puntos:

- Promover la comunicación de la paciente con el padre.

- Trabajar con el problema del perfeccionismo y la autoestima (crisis de valores): enfatizar la importancia de remodelar el ideal del yo para adaptarlo con las capacidades de la paciente.

Promover la comunicación de la paciente con el padre.

Inicialmente señalé que era importante conseguir que ella hable con su papá; pero rápidamente me refirió que eso es imposible, que ella sabía que era perder tiempo, que nunca había hablado con él y por eso se le hacía difícil. Luego intenté persuadirla, animándola, tratando de enfatizar los aspectos positivos (todo lo que podía ganar y que ya nada podía perder); le dí unos tips. En primer lugar le dije que para que la comunicación sea adecuada era necesario modular el tono de voz, no exaltarse, mantener la calma, expresar sus ideas claramente, y si es que el receptor refutaba, ella debía mantener la misma postura, es decir tranquila y relajada. Ella escuchaba atentamente.

En segundo lugar le indiqué que para que la comunicación sea factible era necesario que ella tome en cuenta dos aspectos: Saber escoger el momento adecuado (la disponibilidad tanto de ella como de él para entablar una comunicación; hay que procurar elegir un momento adecuado para tratar temas delicados), y escoger el lugar adecuado (fuera de ruidos). Detallé que ella mas que nadie sabe cuando su padre está dispuesto a escuchar y cuándo no, le expliqué que era necesario tratar de anticiparse a eso y colegir el momento oportuno, es decir, saber cuando el padre estará disponible para dar apertura al diálogo; le aclaré que como todo ser humano, su padre tiene sus problemas, sus conflictos laborales, a lo mejor tuvo un mal día en el trabajo y tal como le pasa a ella, que al tener problemas en el colegio, con los amigos, etc., no tiene ganas de hablar con nadie.

También se habló sobre el comportamiento opresivo del padre, y comparé la actitud del padre y la de ella. Le expliqué que lamentablemente el padre a introyectado patrones erróneos de conducta e hice hincapié en que no justifico su comportamiento y de igual manera no busco que ella lo justifique, sino que simplemente vamos a tratar de entender la conducta del papá. De ésta manera llegamos a la siguiente conclusión:

que él fue educado con "métodos erróneos", por demás desacertados, que en su época infantil sus padres lo castigaban de la misma manera que él lo hace con ella, pero que lamentablemente éste es el producto de su aprendizaje, que esa es su herramienta para impartir disciplina, lo cual está totalmente mal. Además le indiqué que ella también corre el riesgo de caer en lo mismo y que no se da cuenta del todo; enfatiqué e hice una analogía de la actitud del padre para con ella y la actitud que ella mantiene con su novio, claro guardando sus distancias respectivas ya que son circunstancias claramente diferentes pero que guardan una equivalencia: el tratar con prepotencia, egocentrismo, autoritarismo y agresión a personas significativas, en el caso de N. tratar así a su novio, hermanos y madre.

- ✚ Era necesario hablar sobre esto para esclarecer las dudas que tiene la paciente en cuanto a su estado emocional (lo que le sucede); debemos señalar que la incuestionable responsabilidad de la familia en la formación de hijos neuróticos no solamente es ignorado por aquélla, sino también por algunos profesionales de la salud mental, que están sujetos a diversos intereses sociales e ideológicos y, además, ellos mismos tampoco han concienciado y resuelto sus propios dramas familiares. De este modo, las responsabilidades parentales quedan siempre en la sombra (excepto en los casos más graves), sin que la mayoría de psicoterapias vigentes quieran ocuparse del problema.
- ✚ Debemos asumir, además, que la personalidad, los comportamientos, la salud psicológica están también condicionados por la clase de trato psicofísico recibido por el sujeto a lo largo de sus años de crianza. *Según nos trataron, así somos y actuamos*, a veces de modos terriblemente compulsivos, agresivos, hipomaníacos, etc. Y quienes nos trataron (bien o mal) no son personas desconocidas, sino nuestros propios padres, hermanos, abuelos, parientes, profesores, amigos, etc., que a menudo siguen ejerciendo su nociva influencia sobre el neurótico hasta el fin de sus días. Si la sociedad se empeña en ocultar al neurótico los verdaderos autores inconscientes de su mal (es decir, los encubre y absuelve), entonces ¿qué entendemos exactamente por "curación"?

✚ Psicodinámicamente, la curación del neurótico exige recorrer el camino inverso al que causó el problema, es decir, descubrir las emociones ocultas que subyacen a los síntomas, asociarlas a sus verdaderas causas (los maltratos y conflictos familiares, el desamor, etc.) y, reviviéndolas en el presente con coraje y sin culpa (no sirve su mero conocimiento intelectual), superarlas poco a poco con la ayuda del terapeuta. Esto implica un largo proceso de autoconocimiento, duelo y liberación que ayudará al sujeto a madurar, asumir el presente y superar definitivamente el pasado. Sólo entonces, no siendo ya necesarios, la mayoría de sus síntomas desaparecerán por sí mismos y el auténtico perdón sobrevendrá espontáneamente.

Trabajar con el problema del perfeccionismo y la autoestima (crisis de valores).

Se trabajó con el problema del perfeccionismo: Se enfatizó la importancia de remodelar el ideal del yo para adaptarlo con las capacidades de la paciente. Este aspecto característico de la adolescencia: la incapacidad para hacer una evaluación certera de las propias fuerzas y limitaciones, con el consiguiente mantenimiento de objetivos y ambiciones poco realistas.

Se le explicó las características del perfeccionista. Ella dijo: *"Bueno, pero como Ud. puede ver, yo no soy perfecta"*; señalé, *"si es verdad, nadie es perfecto, el problema no es ese puntualicé, el problema es el amargarse por no serlo"*; ella escuchó y no dijo nada, bajó la mirada. Proseguí con la explicación: *por lo general, los perfeccionistas han aprendido desde su infancia que los demás los valoran por sus logros, y no por sus cualidades personales. Pueden haber vivido en un ambiente en el que los fallos no son aceptados o tolerados, o en el que el fracaso es considerado como algo terrible, que traerá consecuencias muy negativas (castigo, rechazo, humillación, etc.).* Esto se le explicó detalladamente a la paciente. Ella dijo *"ese es mi caso y ¿que más, que hago?"*

Antes de seguir con la explicación le pregunté de donde puede venir esa tremenda autoexigencia. Ella lo asocia con lo siguiente: *"cuando era pequeña y tenía mucho temor a ir a la escuela, mi padre me decía que tenía que ir"*. Ella iba, aunque lo pasaba fatal. N. fue creando así un "súper yo" fuerte basado en la autoimposición de tareas

difíciles, sin ninguna elaboración que hiciera que ganara seguridad interna. Tenía miedo a separarse, algo iba mal en el vínculo, no se sentía segura y no podía volcarse en el mundo de fuera, en la tarea. Pero tenía que ser una niña muy buena y cumplir, a la vez, para ser querida por su padre.

El psicoanálisis nos revela de inmediato que la mayoría de éstos síntomas neuróticos (inseguridades, temores, represiones) no son sino la manifestación de determinadas heridas y conflictos conscientes o inconscientes que, a su vez, son el fruto de un determinado grado de **maltrato en la infancia**. Dicho maltrato no hay que entenderlo exclusivamente en sentido físico, sino de un modo mucho más amplio, profundo y sutil. Psicodinámicamente hablando, es maltrato *cualquier tipo y grado de frustración de las necesidades intrínsecas del niño*. Las cuales podemos resumir del siguiente modo:



1. necesidades de **seguridad** (protección y cuidados físicos y emocionales)
2. necesidades de **afecto** (cariño, empatía, contacto físico y psíquico)
3. necesidades de **respeto** (a los sentimientos, espontaneidad y forma de ser del niño/a)

Se le indicó: *“Como consecuencia, puedes haber aprendido a valorarte a ti mismo en función de la aprobación de los demás. De este modo, tu autoestima estará basada en hechos externos. Esto puede hacer que seas demasiado sensible a las críticas y opiniones de los demás, pues tu autoestima depende de ellas. Para protegerte de dichas críticas y mantener tu autoestima alta, intentarás hacer perfecto todo aquello que pueda ser objeto de crítica por parte de los demás, todo aquello en lo que los demás puedan observarte y juzgarte”*.

Después mencioné dos características relevantes del perfeccionista y que encajaban con la personalidad de la paciente:

problemas de ansiedad social o fobia social". Le expliqué a qué me refería con fobia social y me dijo: creo que yo tengo un poco de eso.

Los perfeccionistas intentarán evitar que los demás vean sus errores, para no ser criticados y rechazados, de modo que no se abrirán a los demás, sin darse cuenta que el hecho de abrirse a otras personas hace que sean percibidos como más cercanos y más humanos.

Por todo esto, los perfeccionistas suelen tener problemas en sus relaciones con los demás, pueden tener ansiedad social y relaciones más superficiales e insatisfactorias. A continuación le mencioné algunos tópicos que le servirán de ayuda para superar este aspecto.

Qué puedes hacer si eres demasiado perfeccionista

Lo más importante es darse cuenta de que el perfeccionismo es un rasgo indeseable que hay que cambiar, pues conlleva plantearte metas que son inalcanzables y no estar nunca satisfecho con tus logros, porque nunca son suficientes. O incluso puede llevarte a evitar tareas por miedo a fracasar.

El siguiente paso, consiste en modificar el modo de pensar y los comportamientos que alimentan el perfeccionismo:

- Establece metas razonables, realistas y alcanzables, basadas en tus propias necesidades, intereses y capacidades. Esto te facilitará el triunfo y aumentará tu autoestima.
- Establece metas sucesivas de un modo secuencial, paso a paso. Cada vez que alcanzas una meta, establece otra un nivel por encima de la anterior y así sucesivamente.
- En lugar de exigirte un nivel de éxito del 100% siempre, establece diferentes niveles en diferentes tareas. Por ejemplo, en algunos casos puedes proponerte sólo un 60% de eficacia y pensar que eso es suficiente. No necesitas dar lo mejor de ti en todo momento, en todo lo que hagas. Además, algunas cosas se te darán mejor que otras. Si, por ejemplo, no se te da muy bien el deporte, acepta que es

así, no te exijas un nivel de eficacia del 100%, sino confórmate con el 50% y diviértete mientras lo practicas.

- Céntrate en el proceso cuando haces algo y no sólo en el resultado. Evalúa tu éxito, no sólo en función de lo que has logrado, sino también en función de lo que has disfrutado haciendo la tarea. Por ejemplo, si pasas tiempo preparando un trabajo que luego no sale bien, pero has disfrutado haciéndolo y has aprendido cosas nuevas, entonces no ha sido un fracaso aunque no hayas alcanzado tu meta. Reconoce que puede haber valor en el proceso de perseguir una meta, no solo en el hecho de alcanzarla.
- Afronta tus miedos preguntándote: ¿De qué tengo miedo? ¿Es tan terrible si pasara tal cosa? ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Qué probabilidades hay de que lo peor ocurra?
- Ten presente que muchas cosas sólo pueden aprenderse cometiendo errores. Cuando cometes un error, pregúntate: ¿Qué puedo aprender de esto? ¿Cómo puedo mejorar la próxima vez para no cometer este error?
- Evita el pensamiento dicotómico y trata de tener en cuenta los aspectos intermedios. Aprende a diferenciar las tareas prioritarias de las que son menos importantes. En las tareas menos importantes, no te exijas tanto como en las más importantes.

Fin de la sesión.

Quinta sesión.

Las ambivalencias.

Se trabajó el aspecto la relación ambivalente que lleva con su novio.

N. cuenta que siempre está ansiosa, que se pone agresiva con las personas queridas. Esta vez, con J, su novio. Habían decidido pasar la mañana del sábado paseando, ir al malecón. Ella no se sentía bien, porque pensaba que debía de estar estudiando. Aunque al principio dijo que no, luego acabó cediendo, porque le apetecía en realidad. Pero estuvo todo el día ansiosa. Después de comer se separaron, entonces ella se alteró, le echó en cara que no podría concentrarse en los estudios porque había estado

edad, la negativa a separarse de su madre o padre significa que ha desarrollado un vínculo afectivo con esa persona y está empezando a entender que cada objeto o persona del ambiente es diferente a él o ella. No obstante, aún no comprende lo que es el tiempo, de modo que no saben con seguridad si su madre o padre va a volver, o cuándo volverá, o si ha desaparecido para siempre. Por tanto, a esta edad, los niños se sienten atrapados entre el deseo de explorar el mundo por sí mismos y la necesidad de permanecer a salvo junto a sus padres. Antes de los 8 meses de edad, el mundo es tan nuevo para los niños, que apenas son capaces de diferenciar lo que es peligroso de lo que no lo es, de manera que las nuevas situaciones, experiencias o personas no les asustan. Durante el desarrollo normal, esta etapa inicial les permite establecer una familiaridad con sus ambientes. Tras esta fase, la falta de familiaridad suele producir temor debido a que el niño es ya capaz de darse cuenta de que sucede algo inusual. Los niños reconocen a sus padres como las personas familiares con quienes se sienten seguros. Cuando se separan de sus padres, sobre todo lejos de casa, se sienten inseguros y amenazados. Así pues, la ansiedad de separación es una fase normal del desarrollo humano. Ayuda a los niños a aprender cómo manejar su ambiente y sirve para mantenerlos seguros. Suele terminar hacia los 14 meses (1 año 2 meses) de edad, cuando los niños empiezan a entender que los padres siguen existiendo aunque ellos no puedan verlos y que van a volver más tarde. Por tanto, a esta edad es cuando los niños empiezan a querer ser más autónomos y explorar el ambiente que los rodea con más libertad. Son capaces de separarse de sus padres y estar varias horas lejos de ellos, porque han aprendido que los padres siguen estando ahí y volverán a verlos pronto. Ya han desarrollado una sensación de seguridad en su ambiente y son capaces de confiar en otras personas además de sus padres.

- ✚ Aunque la ansiedad de separación es normal entre los niños más pequeños, puede ser un trastorno emocional cuando sucede en niños de más de 18 meses de edad y adultos. En estos casos recibe el nombre de trastorno de ansiedad de separación. Para que sea considerado como tal, los síntomas deben causar un gran malestar y afectar la vida social, académica u otras áreas y durar al menos un mes. Por lo

general, el estado de ansiedad de separación puede aparecer en periodos de estrés (en situaciones nuevas, por ejemplo, si está en un hospital sin los padres cerca).

En este caso N. presenta un **trastorno de ansiedad por separación (TAS)**, es una condición psicológica en el cual la paciente presenta una excesiva ansiedad acerca de la separación del hogar o de la gente hacia quienes tiene una fuerte relación de apego (con la madre y el novio que son las personas más significativas, pues ellos le otorgan la seguridad, amor y protección que ella requiere). La ansiedad de separación en la paciente se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Signos de estrés al ser separado del sujeto motivo del apego (tal como un otro significativo, madre y novio).
- Preocupación persistente y excesiva acerca de perder el sujeto motivo del apego.
- Preocupación persistente y excesiva acerca de que algún evento vaya a llevar a la separación de un sujeto motivo de un apego importante.
- Temor excesivo a estar solo sin el sujeto motivo del apego.
- Renuencia o rechazo a dormir sin que esté cerca un sujeto motivo del apego.
- Pesadilla recurrente acerca de la separación.

Hay claros indicios de que tiene dificultad para sostener por sí misma un **balance narcisista adecuado**, necesitando de otros (especialmente de su novio) para que actúen como objetos del Yo, que la calmen y ayuden a disminuir su tendencia a ser dominada por dudas, inseguridades, obsesiones y rituales.

Es marcada su dependencia respecto a su novio. Se siente protegida por él pero, al mismo tiempo, abrumada y aplastada narcisísticamente. Desde el sistema de autoconservación, necesita y desea el contacto con J.; desde el narcisismo y la regulación psicobiológica, huye de él. Pudiera ser (es una hipótesis), que sus obsesiones y rituales con los objetos y el espacio (todo debe estar ordenado y esquematizado, se angustia si esto no sucede) sean intentos de tener un sentido de

control, de defender su Yo de un novio "invasor". Habría trasladado al espacio y a los objetos lo que siente que no puede controlar en la relación con su novio.

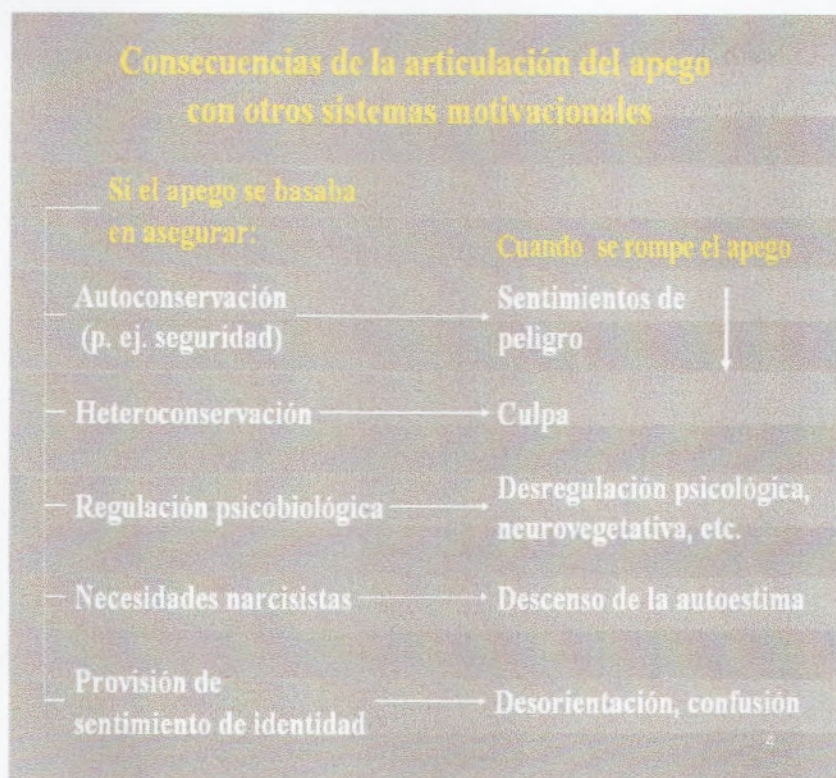
También hipotéticamente considero que influye mucho la conducta del padre: la paciente se vive como muy diferente del padre. Sin embargo, resulta clara la **identificación con él** en un aspecto concreto: grita como él para hacer que los otros satisfagan sus deseos, intentando que éstos compensen sus déficits estructurales. Agresividad defensiva que luego la hace sentir culpable y asustada de la respuesta de los otros significativos. Un punto que merece exploración es si sus remordimientos conscientes son porque no cumple con ideales superyoicos de cómo tendría que comportarse para ser una "buena" persona o si con ellos trata de aplacar y hacerse perdonar por sus seres significativos. Es decir, culpa defensiva impulsada por deseos de autoconservación y apego.

Otro aspecto llamativo evidente es que a N. le faltó también la experiencia infantil de poder influir en la mente del progenitor, que éste le escuche y la proteja de lo que ella sentía como peligroso, lo que puede constituir uno de los orígenes de su sentimiento de impotencia. Es evidente que N. podía haber sido maltratada en el colegio y nadie lo hubiera sabido. Y a su vez, el estado de angustia no resuelto proyectaba sus necesidades de apego, necesitaba cada vez más de su madre. No podía hacer nada, más que convertirse en una niña buena, controlarse, y así al menos mantendría el amor de ésta, su única figura de apego. Los miedos eran muchos: su madre padecía de dolores de cabeza, y se acostaba con frecuencia, ella tenía miedo a perderla. Y a su vez, se daba cuenta de que no era normal, que las demás niñas no vivían con esa angustia, y sentía vergüenza por esa conciencia de ser diferente.

La influencia del ambiente familiar y la educación recibida han sido factores determinantes. En este terreno, se valora como la seguridad que proporcionan las figuras paternas: estamos hablando del afecto gratificante, la tolerancia tranquilizante, la coherencia que proporciona un ambiente estable y el toque firme e imprescindible de la autoridad parental.

Con estos ingredientes, que funcionan como cuatro pilares en los que se sostiene la llamada "mesa de la seguridad" (más otros estímulos educativos), el sujeto avanza, progresa en su autoestima, se desprende, se tranquiliza, aprende, se responsabiliza, etc., en resumen, se adapta.

Lamentablemente, en el caso de N. esta experiencia no ha sido gratificante; todo lo contrario ha sufrido carencias afectivas en un entorno familiar donde prevalece el autoritarismo, es decir, se imparten los límites de manera violenta, no hay flexibilidad, existe rigidez; la madre es la fuente del cariño que N. necesita, sin embargo también falla debido a que el factor represor que es el padre fragmenta esta fuente de cariño y seguridad. Por lo tanto se puede apreciar en N. rasgos inoperantes como: conductas inhibitorias (privativas), sentimientos de peligro, culpas, autoexigencias, crisis de valores, baja autoestima, dificultades para adaptarse, desorientación y estados de confusión.



Cabe señalar que hasta el momento se ha podido apreciar un rasgo muy particular en la manera de cómo se maneja la paciente cotidianamente: a través de **ambivalencias** (encierra emociones o sentimientos contrapuestos), aspectos contradictorio; por una parte N. tiene la necesidad imperiosa de sobresalir por cuenta propia, querer ser autosuficiente, es extremadamente autoexigente, pero de manera llamativamente contradictoria, esa necesidad de "independencia" lleva implícita una carga exagerada de dependencia, de llamados de auxilio, de necesidad de ser protegida, en síntesis una necesidad imperiosa del otro.

Intervención

A partir de lo visto hasta ahora queda claro que la persistencia anómala de la ansiedad de separación es un signo de inmadurez psicológica y que las pautas de intervención van orientadas a fomentar el sentimiento de seguridad y su capacidad de autonomía que, como base de su personalidad, la paciente está consolidando. Para ello es imprescindible un fuerte y constante apoyo por parte de los padres, combinado con estimulación de la independencia y respeto a la misma, en lugar de minar la confianza en sí mismo, proporcionar las condiciones en la cual la paciente pueda desarrollarse mejor. Los escenarios en los que se puede intervenir en esta dirección no son otros que aquellos en los que en el día a día la paciente debe progresar desde la dependencia absoluta de su madre y novio hasta una autonomía personal, como son el ser capaz de alcanzar la exploración del entorno y regulación de sus miedos.

En cuanto a la **relación ambivalente que lleva con su novio**, se recalcó el problema de fijación que presenta la paciente en relación a las expectativas irracionales producto de sus vivencias disfuncionales familiares, un fenómeno dado por los persistentes apegos edípicos negativos. Estos apegos bloquean un mayor desarrollo en las áreas de pensamiento, juicio y acción independientes, resultando en un fracaso al hacer la transición psicológica hacia la primera etapa adulta.

La paciente presenta conductas regresivas dadas por un debilitamiento de las funciones yoicas y se manifiestan con inseguridad, mal manejo de frustración, incapacidad para llevar la relación, etc. Al tener un carácter rígido no da cabida a la improvisación, novedad y creatividad que son aspectos básicos para mantener una relación armoniosa.

Se le aconsejó lo siguiente: El primer paso para poder resolver con eficacia una situación conflictiva consiste en conocer cada factor y darse cuenta de hasta que punto puede influir en la relación de pareja. El conocimiento es el primer paso para el cambio y la solución de conflictos. En este caso, el problema de N. radica en su obsesión por llevar una relación fantasiosa, constituida por ser esquematizada, sin fallas, sin dar cabida a la improvisación, es decir llevar una relación monótona. Se le explicó que para que la relación prospere era necesario conservar la flexibilidad, la improvisación, dar lugar al aspecto sorpresa; estos semblantes hacen que el enamoramiento se salvaguarde, guste y mantenga viva las expectativas entre ambos. Cabe recordar que la vida está en constante evolución, no es estática y esta condicionada por cambios, variables, etc., de la misma manera funciona el amor en la relación sentimental.

Entre otras variables que influyen en las relaciones de pareja es necesario hablar de la autoestima o lo que es lo mismo, el concepto que tenemos de nosotros mismos:

Cuando una persona no se sostiene por sí misma, puede llegar a buscar que sea el otro el que la sostenga, utilizándolo así como único punto de apoyo en su vida. Sin él se caería, por lo cual, lo necesita para su "sobrevivir" diario, generando entonces relaciones patológicas o adictivas.

Así mismo, si nuestra autoestima es baja, nuestra capacidad para iniciar relaciones de pareja se ve mermada, produciéndonos miedo e inseguridad. Con respecto a las relaciones de pareja ya consolidadas pero que puedan tener conflictos de comunicación, ocio, pasión..., la autoestima también tiene relación en el sentido de que

si no nos vemos aceptables como personas, difícilmente podremos aportar fortaleza a nuestra relación.

Es importante también considerar el tema del "apego"; existen dos tipos de apego: **el seguro.**- Se asocia con relaciones confiadas y positivas. Con más autonomía previa, mejor selección de pareja, ideas más realistas y favorables sobre el amor, más fácil intimidad y compromiso, más satisfacción en el vínculo.

Apego ansioso: se asocia con relaciones dependientes y continúa necesidad de confirmación de que se es amado, dificultades para la autonomía, búsqueda y selección precipitada, miedo a no ser amado, miedo a la pérdida y celos frecuentes, ideas contradictorias sobre el amor, dificultad para romper.

Sexta sesión

En esta sesión empieza hablando de su madre. Ve a su madre como una mujer desprotegida, débil y la pone en posición de necesitar protegerla. A mi me sorprende este aspecto ya que ella mismo manifestó que su madre pasa ahora por el mejor momento de su vida, que está activa, tiene vida social, y la relación de los padres no es del todo mala; aunque sigue existiendo abusos del padre, en líneas generales, N. ha indicado que ya se llevan mejor, pero que hace poco tiempo atrás su padre le hacía la vida imposible a su mamá.

Yo interpreto esa visión como una proyección de su propio sentimiento de fragilidad, de su propia identidad dependiente. Veo aquí que su temor a la separación, su vínculo inseguro, debió desarrollarse en el contexto de ver a su madre débil, deprimida. Temía separarse de ella por perderla, por no saber si la reencontraría bien a la vuelta.

Aquí se puede inferir que existe una idealización de la representación de su madre, posiblemente como medio de obtener reaseguramiento ya que era la única figura de apego válida de la familia. La idealización con toda probabilidad, oculta también sentimientos de rabia hacia ella, que no podía permitirse por la motivación primaria de protección, y porque además la madre era vista como desvalida.

A lo largo de la sesión se va viendo cómo su juez interno "súper yo" rígido, sádico, le exige continuamente; pero tiene también una parte débil, desvalida, dependiente. En mi concepción de su psiquismo, para que crezca esta última (la parte débil de su yo), primero tiene que aceptarla. Es como un padre tiránico que intenta enseñar a un niño de dos años a vestirse sólo, y el niño, lleno de miedo, no aprende nunca. **Hay pues un conflicto entre apego y narcisismo**, por un lado debe reconocer necesidades y proporcionarse el tipo de vínculo que las satisfaga y por otro, el ideal del yo (**narcisismo**) de independencia.

Informe Psicológico N° 2

Fecha: 2010-02-26

Profesional: Alen Velásquez Grau

Datos de filiación

Nombre: T

Edad: 13 años

Escolaridad: 8vo de básico

Nombre de la madre: M **Edad:** 40 años

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: empleada doméstica

Nombre del padre: H **Edad:** 35 años

Escolaridad: secundaria

Ocupación: -----

Hermanos: 2 hermanos

Procedimiento

Se realizaron 8 entrevistas semi-dirigidas, cada entrevista tuvo una duración de 30 minutos.

La primera entrevista que se realizó con el alumno tuvo como objetivo la recopilación de datos personales (anamnesis), y la explicación del motivo de su consulta.

La segunda entrevista se realizó con los padres del niño y tuvo como objetivo acumular información.

La tercera entrevista tuvo como finalidad establecer el contrato, esclarecimiento de los roles que cada uno debe de ejercer con sus respectivos objetivos, la cual tuvo una duración de 30 minutos.

La cuarta, quinta, sexta y séptima entrevista, constituyeron las entrevistas de tratamiento, acopladas a los esclarecimientos de las problemáticas y necesidades de la paciente.

La octava entrevista fue la de cierre y evaluación: en esta entrevista se procedió a evaluar con la paciente los logros alcanzados a lo largo del tratamiento y se realizó el cierre.

Motivo de consulta

El paciente fue derivado por el profesor debido a problemas de comportamiento, inquietud motora (hiperactividad). Casi no permanece en el salón de clases, tiene dificultades para atender.

Los padres también comunicaron que presenta problemas disciplinario (no obedece) y es muy agresivo.

Antecedentes familiares y personales relevantes

T. tiene 13 años y es el menor, luego de dos hermanos de 16 y de 14. Entre sus antecedentes se destacan gran inquietud, dispersión y oposicionismo en el preescolar. Estuvo en atención psiquiátrica desde los 5 años de edad, siendo medicado con metilfenidato (ritalina) y recibiendo orientación los padres, sin que se observaran cambios. Recientemente consultan con un neuropediatra que retira la medicación y solicita un estudio psicológico.

Casi no permanece en el salón de clase, del cual es retirado por el grado de descontrol (correr, tirar mochilas, romper útiles) y por sus actitudes "de payaso" muy marcadas que impiden la continuidad de la tarea grupal. A menudo es él quien se escapa corriendo. Se sube con gran agilidad a lugares muy altos, con el consiguiente riesgo para su integridad física, y desde allí se exhibe como un monito, lo que se ha convertido en un espectáculo divertido para sus compañeros, que muchas veces lo alientan a estas conductas. Otros ratos va a visitar a miembros del personal no docente (como la cocinera) con los que tiene una cálida relación afectiva. Los trastornos de

conducta se venían dando desde el Preescolar, pero se agravan mucho ante la mayor exigencia, sobre todo de adaptación social, del ingreso a primaria.

T. era famoso pero no tenía amigos, sus compañeros le temían y a la vez quedaban fascinados ante sus conductas. A pesar de lo poco que permanecía en clase, dado su alto nivel intelectual, había logrado sorprendentemente elementos básicos de los aprendizajes esperables, aunque por supuesto con muchos "baches". A la vez que impactaban sus momentos de desborde, su deambular como un "loquito", era sorprendente e inquietante su capacidad de manipulación, la elaboración de sus verbalizaciones, la agudeza de su observación de situaciones sociales, en un niño de tan corta edad.

Los padres llegan muy preocupados, hasta podría decirse desesperados, se muestran muy receptivos y colaboradores. Aparece la angustia por las dificultades del hijo y por el padecimiento que captan en él. Traen una visión idealizada de la propia familia (unida, afectuosa, divertida) que no coincide con la gravedad de la problemática del niño.

La madre parece por momentos una niña, culpabilizada, pidiendo recetas, se muestra excesivamente crédula ante determinadas justificaciones que daba T. sobre sus transgresiones. El padre se muestra más calmo y más dispuesto a la puesta de límites. No obstante algo suena "agrandado" en su modo de presentarse como el hombre fuerte y protector frente a su esposa frágil y su hijo en problemas.

En cuanto a lo relatado respecto a las primeras etapas de desarrollo y vínculo temprano, se destacan: hijo menor no deseado, hiperexcitabilidad desde el inicio, trastornos del sueño el primer año de vida y vivencia de la madre de sentirse desbordada y agotada por un bebe "difícil" al que costaba calmar, teniendo además otros dos hijos pequeños que cuidar.

T. ocupaba un lugar estereotipado de niño problemático en su familia, sintiéndose muy celoso y costándole encontrar un lugar en el grupo de hermanos que no fuera a través de sus trastornos de conducta y actitudes de "payaso".

Problemática vital

El nódulo del problema radica en el hecho de que el paciente tiene dificultades en cuanto a la relación con los otros, no puede controlar sus emociones, su inquietud motora constituye un llamado de atención (necesita o requiere atención por parte de sus padres), no ha logrado canalizar su agresividad y su síntoma objetivable es la hiperactividad.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico fenomenológico (descriptivo)

Apariencia general (Biotipo morfológico del paciente): N. tiene 13 años; estudia pastillaje y decorado, es un joven de baja estatura, de contextura delgada, piel trigueña, cabello negro, ojos negros y descuidado en su arreglo personal.

No puede mantener la atención, presenta movimientos estereotipados, se muestra ansioso, presenta algunos tics (levanta siempre la cabeza), habla en tono alto, su discurso es fluido y coherente, gesticula todo el tiempo, manifiesta inquietud y abatimiento.

T. se muestra muy abierto y social, destaca que no se siente muy bien con el trato que le dan sus padres, en general, no se identifica con su familia.

Señala que el colegio le sirve como un medio de "fuga", un lugar "lindo" donde puede hacer lo que quiere y que de esa manera "logra sacarse un peso de encima".

En cuanto a la relación con sus compañeros de clase, T. menciona que si bien es cierto parece popular, en realidad no es así, pues casi siempre pasa solo y únicamente le prestan atención cuando él hace "las payasadas"; termina diciendo que sus

compañeros le temen: "Yo soy malo, creo que merezco todo esto. En mi familia no me quieren mucho que digamos, imagínese, ni mi familia me quiere, yo creo que todo es por mi culpa, es decir, por mi mal comportamiento".

Las "actuaciones" de los padres:

En medio de los cursos del 2º año escolar, los padres deciden abruptamente sacarlo del colegio. Fue un acto muy impulsivo ante la gran angustia frente a la situación que transitaba el hijo y que se estaba volviendo insostenible para el colegio al que concurría. No obstante no pudieron operar anticipatoriamente y esperar a que otro colegio lo recibiese. T. quedó temporalmente sin una institución educativa de pertenencia. Se acentuó su vivencia de quedar por fuera de los circuitos sociales, de sentirse un "monstruo", un "extraterrestre". Los padres ya estaban lanzados a una búsqueda frenética de un colegio para T., sin pausa, sin procesamiento, sometiéndolo en unos días a varias pruebas y fracasos. Esto muestra sus dificultades para la empatía con su hijo y cómo los funcionamientos impulsivos de T. surgen de la dinámica familiar.

Diagnóstico clínico dinámico

Del estudio psicológico, el cual se realiza en base a entrevistas con los padres, maestros y niño, entrevistas de juego, tests proyectivos gráficos y narración de historias (CAT), surgen los siguientes aspectos, que serán una guía para el trabajo terapéutico con el joven, sus padres y con el colegio.

Vulnerabilidad narcisista: se muestra frágil, inseguro, con sentimientos de autodesvalorización. En las relaciones interpersonales, especialmente en el grupo de pares, es sumamente susceptible, temiendo la burla y costándole afirmar su lugar. Ello se relaciona con su rivalidad fraterna. Como modo de compensar estas vivencias busca llamar la atención a través de actitudes "graciosas" o desafiantes.

Dificultades serias de control de los impulsos, así como una problemática importante en torno a la aceptación de normas y con las figuras de autoridad.

Círculo vicioso: sentimientos de culpa, de no ser querido por malo, refuerzan su inseguridad afectiva, su desvalorización y aumentan los trastornos de conducta y búsqueda de castigo.

Funcionamientos sumamente discordantes por mecanismos de clivaje: En su producción durante el estudio: a nivel verbal denotaba un pensamiento bien organizado y buen contacto con la realidad, mientras que algunas de sus producciones gráficas tenían elementos bizarros, reflejaban trastornos importantes de la imagen corporal y fallas en los límites yo-otro.

Episodios de pasaje al acto con pérdida de la posibilidad de mentalizar: La descripción de los episodios de descontrol en el colegio hacía pensar en la invasión de ansiedades persecutorias y confusionales, con momentos de distorsión del contacto con la realidad. En esos casos era fundamental contar con la presencia de un adulto confiable.

Indicadores de buen pronóstico para una psicoterapia: su muy buen nivel intelectual, sus posibilidades de lograr un buen vínculo en un contexto personalizado, la conciencia de sus dificultades y el deseo de ser ayudado y, por último, sus capacidades de simbolización a través del juego y del lenguaje.

Síntesis diagnóstica: T. muestra por momentos el logro de un funcionamiento neurótico con posibilidades de simbolización y, al mismo tiempo, zonas de su psiquismo cuya estructuración es precaria, con predominio de angustias y defensas arcaicas que se corresponden con los trastornos de tipo narcisístico-identitario.

Una de las funciones yoicas se encuentra claramente distorsionada: la del juicio: T. no mide el peligro, no logra reconocer o elaborar las consecuencias de sus actos y en muchas ocasiones compromete su integridad física.

En este caso no se planteó realizar un estudio específico de otras áreas implicadas (desfases en el rendimiento y trastornos de la expresión gráfica) dada la entidad de la problemática afectiva, que era lo esencial y urgente de abordar.

Por otra parte se consideró que las dificultades emocionales estaban afectando las demás áreas de manera significativa. Se evaluó también que ni los padres ni el niño estaban en condiciones de sostener otros estudios o posibles tratamientos.

Estados de ansiedad.

Se trata de un foco permanente de inquietud y desasosiego sin que los compromisos orgánicos sean intensos ni que la vivencia subjetiva inunda e invada la personalidad. La desorganización y alteración a la que lleva se va produciendo de manera progresiva, incompleta y de larga duración, y se realiza a través de estados sucesivos, dando lugar a la aparición de comportamientos automáticos, más o menos complejos.

En el paciente T. existe la presencia de un tipo de ansiedad: ***ansiedad depresiva***, la que implica pérdidas o carencias afectivas: entorno familiar y a nivel de amistades.

Síntomas depresivos.

Se presenta con expansividad o hipomanía, es decir, se muestra inquieto o hiperactivo, agresivo, con gesticulaciones exageradas, tics.

Las reacciones se caracterizan por una pérdida de auto estimación, aparición de impulsos inhibitorios o de agresividad y distanciamiento de las personas significativas.

La ***culpa depresiva*** que presenta T. se manifiesta por la necesidad de autopunción, es decir, se siente culpable por lo que le pasa y quiere ser castigado.

Mecanismos defensivos

- † ***Represión o bloqueo de afectos.***- En líneas generales, el bloqueo de afectos es la represión actuando contra determinadas cargas afectivas. Produce en el paciente rigidez emocional, ciertas formas de despersonalización y se delata en sueños y síntomas. Estas últimas provocan inestabilidad afectiva. T.

reprime aspectos emocionales para con los otros significativos y esto genera niveles de angustia desbordante los cuales no logra canalizar.

- + **El histrionismo (el llamar la atención).** - El producir impacto en los demás, son rasgos constantes en la personalidad histérica. T. debido a su necesidad de atención, de recibir cuidados y afectos se ve en la imperiosa necesidad de llamar la atención y lo hace mediante rasgos conductuales tales como: estados de inquietud exacerbado, tics, comportamientos inadecuados, etc.

- + **Regresión.-** Mecanismo de defensa que consiste en regresar a períodos anteriores del desarrollo o a comportamientos antiguos, que eran más satisfactorios. T. adopta actitudes o conductas inherentes a etapas posteriores o infantiles, por ejemplo existe mal manejo de frustración y ante problemas o discusiones, no elabora o procesa el problema sino que realiza actings es decir es impulsivo, pasa a la acción, a la agresión.

Planificación

Objetivos intrapsíquicos

- Disminuir el monto de ansiedad de T. mediante la dialectización de su queja (sobre las conductas de sus padres).
- Trabajar con el problema de su hiperactividad (tratamiento psicomotriz).

Objetivos relacionados a su entorno (Estrategias familiares)

- Atenuar el desfase entre su rendimiento real y el esperado por el colegio
- Promover la comunicación del paciente con los padres y hermanos.
- Ayudarlo activamente a que las relaciones con sus pares se fueran haciendo viables.

Evolución del tratamiento

T. realiza rápidamente una alianza terapéutica, siendo conmovedor su deseo de ser ayudado. Traía a las sesiones sus problemáticas, o más bien cierto nivel de ellas, a

través del juego y de un buen uso del lenguaje. Este revelaba por momentos ciertos rasgos de madurez, mostrando una tendencia a intelectualizar, pero sin impedir igualmente una fuerte circulación de los afectos. No manifestaba actuaciones ni transgresiones al encuadre, si bien traía claramente estos contenidos en el material lúdico ("trampas", descontrol, agresividad, fantasías de "reventar" a otros y a sí mismo, etc.). Se trabaja sobre las vivencias de la inserción escolar, que son dramatizadas lúdicamente. En general se mostraba receptivo a las interpretaciones.

En una terapia de asunción de roles, yo invento un personaje llamado Freddy con el que escenifica los lados más "locos" de T, éste lo toma como propio y lo integra a su papel como parte del proceso de elaboración terapéutica. Lo que se pretendía, era aportar palabras para nombrar el estado de confusión y desorganización que vivía T. en sus episodios de descontrol, así como también se propiciaba su puesta en escena en juegos, favoreciendo su simbolización.

Fuera de sesión, sobre todo en el ámbito escolar, sus trastornos de conducta justamente provocaban lo tan temido ("fracaso" en su rendimiento y rechazo de los demás), y esto exacerbaba los estallidos y las transgresiones. T. necesitaba logros para ir de a poco tolerando ser miembro del grupo, como uno más entre los otros y aceptar aprender. Todos estos aspectos eran intensamente trabajados en la psicoterapia, pero esto no era suficiente.

Para cumplir con estos objetivos será muy útil la integración de otros tratamientos que se da a posteriori (pedagógico y psicomotriz), lo que ayudará a trabajar desde otros enfoques su dificultad de afrontar el no saber, las normas, la integración con pares, etc.

Inicio de tratamientos psicopedagógico y psicomotriz

El tratamiento psicopedagógico, si bien estaba siendo considerado implementarlo dadas las dificultades en el rendimiento escolar, se impuso cuando T. deja de ir al colegio.

Se plantea como objetivo principal atenuar el desfase entre su rendimiento real y el esperado por el colegio, el cual repercutía en el niño generando autodesvalorización, repitiendo el círculo angustia-frustración-acentuación de trastornos de conducta y evasión. Se le apoya en todas las áreas pedagógicas, tratando de despertar su deseo e interés por el aprendizaje y así disminuir su labilidad atencional.

Dadas sus características, se hace necesario un abordaje individual, ya que su inserción en un grupo de pares no era aún posible. T. va logrando aprender, en la medida que tiene logros mejora su interés y concentración, aunque con muchos altibajos. Se apuntaba a cambiar su actitud muy distorsionada ante el aprendizaje, enmarcada en la experiencia escolar negativa, que generaba estallidos y conductas de "fuga" del salón.

En el trabajo, se le aportaban códigos socialmente compartidos. T. vivía los referentes externos brindados por el aprendizaje con gran susceptibilidad y oposicionismo, como algo impuesto y por lo tanto rechazado. Por ejemplo, me decía, entre desconcertado e indignado, que no entendía por qué tenía que escribir una palabra con determinada letra y no con otra que a él se le ocurriera; en ocasiones pretendía en el tratamiento escribir poniéndose de espaldas a la hoja.

El tratamiento ayudaba al procesamiento de datos de la realidad, a tolerar la necesaria acomodación para aprender (Piaget), buscando caminos que tuvieran en cuenta su deseo y lo ayudaran a investir el aprendizaje, como por ejemplo el hecho de cantar durante las clases, que tanto le gustaba, y de tomar en cuenta la historia de su familia.

El tratamiento ofrece el siguiente marco: mayores límites en la expresión de la fantasía, muestra errores y plasma logros (privilegiadamente en el cuaderno), y representa lo normativo del medio sociocultural. Todo ello lo ayudó en su contacto con la realidad, a ordenar sus lados más caóticos, limitando su omnipotencia al tiempo que aumentando su autovaloración y seguridad en sí mismo. Contribuyó a instaurar mejor la mentalización, los procesos de simbolización, a organizar su pensamiento, se trabajó

promoviendo una integración auténtica y evitando su tendencia a la sobreadaptación e intelectualización.

Cabe agregar la importancia de la coordinación con el ámbito educativo, más especialmente con las maestras, en cuanto a puesta en común de objetivos pedagógicos, plan de trabajo, etc.

El tratamiento psicomotriz es propuesto como otra vertiente para abordar su problemática, que se expresaba fuertemente a nivel de su cuerpo, y, además, utilizar un marco grupal que lo ayudara a procesar de un modo nuevo la relación con los pares y sus conductas transgresoras.

T. expresaba un gran monto de ansiedad y angustia a través de la inquietud, la impulsividad, aumento de tono muscular, tics esporádicos, suspiros profundos, cambios en el color de la piel e importantes dificultades en actividades grafomotrices, que se manifestaban en la escritura entorpeciendo su aprendizaje.

Este abordaje contribuiría a una mejor integración personal, favoreciendo la cohesión de su imagen corporal. En ocasiones aparecían gestualidades y voces raras, como si se fuera transfigurando, siendo muy impactante un período en el que se "compenetró" con el personaje de la película "La máscara".

En el caso de T., los objetivos del proyecto terapéutico psicomotriz estuvieron dirigidos a equilibrar sus oscilaciones entre "hipercontrol-hipertono" e "impulsividad-descontrol", desde un abordaje corporal en un grupo de pares, transitando el camino del juego hacia el trabajo.

En el amplio espacio de la sala de psicomotricidad y jugando con otros jóvenes se desplegaba la impulsividad e inquietud en forma más evidente que en los demás tratamientos. Partiendo de estas descargas motoras se fue acotando el desborde de T.

En la psicoterapia, las angustias primarias aparecían a nivel de juego y dibujos para su elaboración en la sesión a través de juguetes, de personajes, no tan crudamente expresadas corporalmente.

La coordinación con la institución educativa

Se establece desde lo previo y durante todo el primer período un estrecho contacto con el colegio, ayudando a decodificar las conductas del joven para discriminar las manipulaciones, de momentos de desborde y desorganización por invasión de ansiedades primitivas. También para apuntalarlo en sus lados más sanos y evolucionados; evaluar cuándo ser muy firme, cuándo contener afectivamente, cuándo poder conversar con él ayudándolo a pensar y contactando afectivamente con un niño muy sensible en este aspecto. Su personalidad era como un mosaico en el que alternaban modos diversos de funcionamiento, tornando sus conductas desconcertantes. T. quedaba muy asustado y confundido cuando los adultos no sabían qué hacer con él y "claudicaban", a la vez que se sentía triunfante por su poder para desajustarlos y burlarlos; ambas cosas tendían a fijar sus síntomas.

El apoyo al colegio como lugar exogámico, normativo, siempre importante, en este caso, resultaba central ante fallas en el joven y en la familia en estos aspectos. El relacionamiento con el colegio fue trabajado en sesión con T. y en las entrevistas con los padres.

El primer objetivo fue organizar lo espacio-temporal: horarios de estadía en el colegio y calendario de actividades, permanencia en el salón, o los períodos que no podía estar en él, la propuesta de actividades planificadas y bajo supervisión personalizada, apuntalaron la organización yoica ante núcleos caóticos de su personalidad. Otro objetivo fue ayudarlo activamente a que las relaciones con sus pares se fueran haciendo viables.

El trabajo con los padres

Durante las primeras sesiones, la actitud de los padres fue muy colaboradora. T. evoluciona de manera favorable y sostenida, aunque con altibajos y momentos críticos.

Por las características de la situación, era necesario un rol de sostén fuerte de los padres. Fueron necesarias frecuentes intervenciones para detener la acción rápida e irreflexiva de éstos en determinados momentos, ayudando a pensar y sostener la esperanza de una evolución favorable de la problemática que presentaba T. Este rol dio lugar a cierta idealización, mecanismo propio del funcionamiento de esta familia. Esta modalidad transferencial, si bien favoreció el proceso al inicio, también obturó otros niveles de trabajo con los padres y, en un momento dado, apareció la contracara persecutoria manifestada en actitudes de boicot.

Lo que se hizo evidente desde el comienzo eran las dificultades para poder "mirar" los aspectos más enfermos de T., oscilando entre momentos de percepción muy angustiada de que "algo pasaba" y otros de intensa negación.

A pesar de que esto apareció en alguna entrevista conjunta muy gráficamente, provocando momentos de gran desorganización en el joven, se hacía inviable trabajarlo con los padres por su falta de receptividad. Este "desconocimiento" del hijo, posiblemente denotaba un trastocamiento de los fenómenos de "espejo" y diferenciación que son parte de funciones parentales básicas para la estructuración psíquica, lo que contribuiría a los trastornos de identidad de T.

A nivel de su ubicación en la familia T. logró salir de su lugar de "loco", de payaso. A nivel escolar, logró permanecer en clase y seguir las actividades, pudiendo pasar de año cada vez con menos desfases de rendimiento. Disminuyó el aislamiento y la agresión hacia los compañeros, mejorando la integración social. Esta mejoría se fue afirmando y manteniendo, siempre con altibajos y momentos más críticos.

La existencia de una problemática familiar de entidad, que no pudo ser suficientemente trabajada agrega un importante componente de riesgo.

Informe Psicológico N° 3

Fecha: 2010-02-26

Profesional: Alen Velásquez Grau

Datos de filiación

Nombre: M

Edad: 17 años

Escolaridad: 8vo de básico

Estado civil: casada

Nombre de la madre: L

Edad: 45 años

Escolaridad: secundaria

Ocupación: ama de casa

Nombre del padre: K

Edad: 48 años

Escolaridad: secundaria

Ocupación: electricista

Hermanos: 3 hermanas

Procedimiento

Se realizaron 9 entrevistas semi-dirigidas, cada entrevista tuvo una duración de 20 minutos.

La primera entrevista que se realizó con la alumna tuvo como objetivo la recopilación de datos personales (anamnesis), y la explicación del motivo de su consulta.

La segunda entrevista fue de contrato, esclarecimiento de los roles que cada uno debe de ejercer con sus respectivos objetivos, la cual tuvo una duración de 30 minutos.

La tercera, cuarta, quinta, sexta, séptima y octava entrevista, constituyeron las entrevistas de tratamiento, acopladas a los esclarecimientos de las problemáticas (se trabajaron sobre los objetivos acordados en la alianza terapéutica) y necesidades de la paciente.

La novena entrevista fue la de cierre y evaluación: en esta entrevista se procedió a evaluar con la paciente los logros alcanzados a lo largo del tratamiento y se realizó el cierre.

Motivo de consulta

M. acudió a consultar excusándose de que lo único que deseaba era que la aconsejara algún libro de autoayuda para resolver un problema que le afectaba, que calificaba de simple y sin importancia, que no merecía el tiempo que ningún especialista pudiera dedicarle. El problema al que se refería consistía en una serie de desacuerdos (sin importancia, según ella) en algunos aspectos de la relación con su esposo (casada hace un año): mala relación por cuestiones de problemas emocionales. Ella cree que esos desacuerdos podían ser consecuencia del carácter autoritario de él.

Hasta este punto parece claro que el motivo de consulta de M. es ser aconsejada por un psicólogo a leer algún libro de autoayuda especializado en problemas de pareja, pero al interrogarla detenidamente por su problema reveló que esos desacuerdos "sin importancia" que a veces existían entre ella y su esposo eran consecuencia, por ejemplo, de un "que me importismo" por parte de su marido en cuanto a demandas de amor, ella señala que él nunca la ha querido tanto como ella a él, refiere que se repite la historia caótica de la relación sentimental de sus padres (no tuvieron una relación estable, sino que el ambiente familiar era conflictivo) y también menciona que su padre no le brindaba el afecto que ella necesitaba. De esta manera podemos entender desde cuando apareció este problema y circunscribir las circunstancias desencadenantes de la problemática actual.

El síntoma surge subjetivamente por un quebrantamiento de los ideales y anhelos de la paciente, la cual pensaba que al relacionarse sentimentalmente con alguien podría de alguna manera vivir plenamente los vínculos afectivos que le fueron esquivos en sus etapas tempranas por parte de su padre. La relación madre- hija era llevadera, con ciertas dificultades producto de las relaciones problemáticas vividas con su padre; y la relación padre-hija la vivió con carencias afectivas.

Esconder esta preocupación detrás de la petición de un libro de autoayuda puede entenderse como un intento de minimizar la importancia que daba a los problemas que tenía con su esposo, con el fin de ocultarse a sí misma el dolor y/o la rabia que su impotencia ante ellos le producía. Haciendo una analogía muy pertinente, creo que pretender resolver tales problemas mediante un libro de autoayuda era algo así como querer vaciar el agua de una piscina con una cuchara, no reconociendo que allí hay agua suficiente como para poder ahogarse.

Antecedentes familiares y personales relevantes

Es la primera de tres hermanas; contrajo matrimonio hace un año con P. y viven actualmente en casa de su madre. Su padre ahora tiene más o menos 48 años, él se fue a España hace 10 años. Desde que se fue de la casa, M. ha tratado muchas veces de acercarse a él, pero le resultaba imposible. Su padre en el otro compromiso tiene tres hijos y uno de ellos fue el que le dio el teléfono de España pero no se pudo comunicar con él.

"Mi padre abandonó a mi mamá y se fue con otra mujer, yo no sé por qué él es así. Mi mamá siempre ha sido trabajadora, luchadora y ha sufrido mucho. Yo he querido ser como ella por lo que se esfuerza y es luchadora".

Su mamá es maestra, tuvo otro compromiso y así nació su última hermana: *"El segundo marido de mi mamá resultó un fiasco: es vago, no trabaja, quiere que mi mamá lo mantenga y eso no es así y mi mamá por eso lo botó".*

"Mi mamá ha sufrido mucho. Pasamos muchas necesidades económicas, necesidades de todo tipo, nos ha costado mucho todo, nos la hemos tenido que ver con mi mamá y mis hermanas, ella sufre mucho".

La paciente tuvo asma desde los 8 hasta los 13 años. Era una chica muy enfermiza, presentaba dolores abdominales, gastritis, mareos. Actualmente sufre de muchos dolores de cabeza (tipo migraña), de hipertensión y náuseas.

Problemática vital

La problemática latente radica en la dificultad en la relación con la pareja; presencia de un conflicto intrapsíquico: no tener el amor por parte del Otro (masculino), lo cual también se refleja en la carencia de amor por parte del padre; no es correspondida por el amor del hombre. Por esta razón ella se queja del Otro. El conflicto intrapsíquico es con el Otro. Hay un vínculo de apego con su madre. Se identifica con la madre. Asume una posición de sacrificio. Trata de dar todo por conseguir la felicidad. Con su pareja se pone como objeto de abuso.

El nódulo del problema radica en el hecho de que la paciente tiene dificultades en cuanto a la relación con los otros, no puede controlar sus emociones, su temperamento es exacerbado (se irrita fácilmente por situaciones que no lo ameritan), lo cual lo ha tomado como referencia de su época infantil, puesto que proviene de un hogar en el cual todo lo que le inculcaban lo hacían de manera muy agresiva, sin logra canalizar o sublimar aspectos pulsionales.

M. refleja una imagen de fragilidad, una necesidad de protección y atención, Parece que hay una gran necesidad de apego, a la vez mucha dificultad para conseguirlo, puesto que tiene temores al respecto (vivencias negativas con el padre).

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico fenomenológico (descriptivo)

Imagen corporal: Mujer de tez blanca, de estatura baja aproximadamente 1.55 cm, de contextura gruesa. Es impecable, bien arreglada y peinada, su lenguaje se muestra fluido, denota una conexión entre pensamiento y sentimiento.

Estilo de comunicación: Discurso coherente, claro, y especificativo. Se manejó en una constante queja, denotando así insatisfacción y también un alto grado de identificación con la madre. En el relato de la paciente se pueden identificar estilos como: sumisión, depresivos, de insatisfacción e histéricos.

M. y su esposo (25 años) viven en casa de su madre, M. trabaja (además de estudiar) y el esposo también. M. señala que el esposo le dedica mucho tiempo al trabajo y que no puede contar con él para nada: *"Yo si se lo he dicho que necesito mucho de él, si bien es cierto que trabajamos y que el es muy responsable pero eso no es suficiente para llevar una relación de pareja, temo que me pase lo mismo que le pasó a mi madre"*.

M. menciona que al principio no era así, que el se mostraba cariñoso y por eso se enamoró de él: *"El era como todo esposo cariñoso, tierno... me sentía protegida, era como un protector, pero luego cambió, creo que anda con otra mujer"*.

"Siempre he buscado la felicidad, y este hombre me resultó igual que mi padre, ahora estoy sola, sé que no me he separado de él, pero es como si lo hubiera hecho". "No se por qué no puedo contentar a los hombres, lo mismo paso con mi padre, no se por qué me detestan, siempre se marchan".

"Ahora yo tengo muchos problemas, tengo la responsabilidad del trabajo, ayudar a mi madre, etc., creo que todo este estrés me ha llevado a que sea un poco más enfermiza".

Diagnóstico clínico dinámico

En cuanto al plano del contenido, podemos señalar que en el caso de la paciente, ella refiere un grado de identificación y alienación con la madre; ella trata de integrar los semblantes de la madre (sus virtudes). Además ella es el objeto de abuso del Otro (su pareja), ella ha sido gozada, pero este también es su goce, es decir, que ha habido un Goce de parte de ella que es recibido como sorpresa. Existe la vertiente sacrificial, es decir, ella asume una posición de sacrificio para mantener estable su vínculo con los otros.

El síntoma surge por el quebrantamiento de la relación padre-hija. Constituye su conflictiva primordial, la paciente ama a su padre pero no ve en él una respuesta recíproca.

M. presenta una *estructura histérica con ciertos rasgos obsesivos y depresivos con síntomas conversivos o somáticos.*

Los rasgos histéricos de la paciente se caracterizan por:

- † Por el uso de chantaje emocional (victimización) y seducción
- † Porque al hablar en el análisis el síntoma desaparece.
- † Por los síntomas psicósomáticos. Síntoma: Somatización por factores precipitantes de pérdidas significativas.

La neurosis de la paciente parece desencadenarse por situaciones de frustración, sufrimiento y decepción, como son los desengaños amorosos, los fracasos o dificultades con seres queridos y los cambios sociales o familiares bruscos. De todas formas, las dificultades reales de la vida no bastan para que se produzca una alteración psíquica duradera como la neurosis, es necesario que previamente exista un factor interno determinado por la evolución infantil que las haga patógenas. Este factor es determinado por la frustración interna o conflicto neurótico, por lo tanto, la frustración interna (que es la importante) y la externa se complementan.

Los rasgos de comportamiento externo de la paciente son:

- † Egocentrismo muy acentuado.
- † Labilidad emocional, con sentimientos aparentemente intensos, pero volubles y cambiantes fácilmente.
- † Tendencia al "acting-out", con escasa o nula previsión de las consecuencias.
- † Teatralismo, tiende al comportamiento dramático y a cierto tipo de exhibicionismo.
- † Susceptibilidad ante la sugestión.
- † Tendencia a la imitación por su elevado nivel de sugestibilidad (identificada con su madre).
- † Superficialidad e inconstancia en sus relaciones con los demás.

- † Aparente actitud de dependencia y necesidad de protección, contradictoriamente combinada con autoritarismo y habilidad para manejar a los otros.

Los rasgos y mecanismos profundos de la personalidad

- † Represión primaria y masiva.
- † Capacidad para la conversión de los problemas psíquicos en fenómenos somáticos, realizando un verdadero "lenguaje de los órganos".
- † Fuerte tendencia a la regresión.
- † Facilidad para la disociación.
- † Utilización de abundantes mecanismos de defensa primitivos, como la negación, simbolización, ideación y formación reactiva.
- † Escasa capacidad para la formación de sublimaciones.

Punto de urgencia

Cuando habla del abandono del padre y las malas experiencias en su vida amorosa, la paciente se pone un poco ansiosa.

Funciones yoicas: Presenta un yo débil, exponiéndose como víctima, obteniendo una ganancia. Debido a la falta de recursos para sobrellevar las situaciones. Esta en busca de la homeostasis psíquica. *Invalidez psicológica*, ya que es capaz de funcionar tanto social como ocupacionalmente, desarrollando temores, síntomas y actitudes que la están incapacitando.

Sistemas modulares:

1. Sistema narcisístico:

Da cuenta de una valoración pobre de sí misma, ella se siente menos mujer que otras, esa es su queja, además ella refiere que siempre los demás abusan de ella, que no la respetan.

2. Sistema de apego:

Apego con su madre con la que se identifica.

La propiedad más importante del ser humano es su capacidad de formar y mantener relaciones. Estas son absolutamente necesarias para que cualquiera de nosotros pueda sobrevivir, aprender, trabajar, amar y procrearse. Las relaciones humanas toman muchas formas, pero las más intensas, las que producen mayor placer y mayor dolor, son aquellas con la familia, amigos y personas amadas. Dentro de este círculo interno de relaciones íntimas, quedamos vinculados o adheridos, unos a otros con un "adhesivo emocional" – vinculados o adheridos con amor.

En el caso de la paciente, los niños que son rechazados por sus padres (o uno de ellos en este caso), experimentarán un sinnúmero de problemas, incluyendo la dificultad de desarrollar intimidad emocional.

En las familias maltratantes, es común que este rechazo y abuso sean transgeneracionales. El padre negligente, fue un niño que sufrió negligencia. Crían como fueron criados.

3. Sistema pulsional deseante: Necesidad de apoyo, de ser atendida y correspondida por parte del Otro (la pareja); también hay un deseo, que ese significativo la colme, que la complete.

4. Sistema de evitación: Trata de ser indispensable para el otro, dar todo, asume una posición sacrificial

Mecanismos defensivos

En el caso de M. los mecanismos defensivos usados por el Yo son los siguientes:

- + **Represión o bloqueo de afectos.**- Reprime aspectos dolorosos, y trata de reprimir sus verdaderos sentimientos y pensamientos para evitar conflictos.

- + **El histrionismo (Mitomanía, teatralidad, el llamar la atención).**- El producir impacto en los demás, son rasgos constantes en la personalidad histérica. La paciente tiene una verdadera adicción al otro y sus vínculos son frecuentemente pasionales. Se exalta, llora, lo vive como un drama la relación que ella mismo la ha catalogado como nefasta.

- † **Proyección.**- La paciente se enfrenta atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos o pensamientos propios basados en experiencias anteriores (padre) que le resultan inaceptables.
- † **Anticipación.**- La paciente ante amenazas interna, externas o conflictos, anticipa las consecuencias pero las vive de un modo negativo, sin hallar soluciones.
- † **Regresión.**- Mecanismo de defensa que consiste en regresar a períodos anteriores del desarrollo o a comportamientos antiguos, que eran más satisfactorios.
- † **Identificación introyectiva.**- El resultado de la introyección del objeto en el yo, el cual se identifica entonces con algunas de sus características, o con todas". En el caso de M. asimila o incorpora características y cualidades que provienen de otro (madre), ha introyectado las posturas de sumisión y dependencia de la madre.
- † **Conversión.**- Transformación de un conflicto inconsciente en manifestaciones somáticas, sensoriales o motoras. La energía libidinal desprendida se traslada a lo corporal. La representación sucumbe a la represión y el afecto (aspecto cuantitativo de la pulsión) pasa a inervar un órgano somático. Pero los síntomas somáticos de conversión no obedecen a ninguna ley de la fisiología ni de la anatomía. Fenómeno típico de la histeria o neurosis de conversión; es decir, se canaliza la ansiedad hacia signos y síntomas corporales. La paciente se defiende con el cuerpo con síntomas como náuseas, mareos, aceleración de los ritmos vitales, neuralgias (dolores de cabeza), dolores gastrointestinal, hipertensión arterial, voluntad débil.
- † **Racionalización.**- Por este mecanismo, la paciente se convence razonando consigo mismo de los motivos que tuvo para actuar de una manera determinada o para explicarse las frustraciones provenientes del mundo

externo, con lo que en ambos casos, "al darse la razón", elimina la angustia que tales hechos pueden provocarle.

Síntomas clínicos

Síntomas psicósomáticos

Somatización, los síntomas somáticos aparecen porque no logra verbalizar su conflictiva edípica y lo manifiesta en el lenguaje corporal.

El psicoanálisis ha establecido la importancia de la relación de objeto y ha permitido comprender el origen de los trastornos a partir de la historia de la relación del sujeto con su medio.

La paciente parece haber sufrido una fragilización en este sentido al principio de su desarrollo, en el estadio preobjetal exactamente, edad preverbal, en la que lo orgánico y lo fisiológico, lo psicológico y lo relacional son indistintos y donde la indiferenciación de sujeto-objeto convierte al sujeto en extremo dependiente de su madre.

Si en este estadio el sujeto sufre una fuerte frustración de las satisfacciones indispensables (el padre no lo suministró grados de afecto necesarios), sea por una enfermedad o por falta de cuidados o afecto puede desarrollar un conflicto que posteriormente se puede reactivar.

Vemos en la paciente que con los síntomas psicósomáticos aparecen defensas como la proyección y la introyección. En la hipertensión por ejemplo, vemos una actitud de agresividad y lucha, y en el asma y dolores gástricos una contradicción entre la actitud agresiva y de lucha y la actitud de dependencia.

En los enfermos psicósomáticos la profunda necesidad de dependencia y la intensidad de su agresividad les pondría en peligro si aceptasen la evidencia de sus pulsiones libidinosas y agresivas. Son en apariencia bien adaptados socialmente y no dejan filtrar manifestaciones afectivas para que no emerjan sus deseos o represiones. Desde la histeria de conversión hasta la somatización hay una represión progresiva de los

afectos, hay un enterramiento progresivo de los síntomas en el interior del cuerpo. El tratamiento ha de seguir un camino inverso.

La histeria de conversión.

La conversión se trata de un proceso inconsciente por el que los conflictos intrapsíquicos generadores de intensa ansiedad, a causa de que los impulsos y afectos son reprimidos, las defensas actúan contra ellos, y se llegan a convertir en diferentes síntomas externos: motores, sensoriales, fisiológicos y psicológicos. Por lo que puede decirse conversión somática y conversión psicológica.

La histeria de conversión manifiesta en la paciente, siempre expresa lo reprimido y las fuerzas represoras. Presenta la contradicción de que gratifica lo reprimido, pero castiga por esta gratificación.

Los signos más característicos de este tipo de histeria son las conversiones somáticas, desarrolladas a partir de presiones psíquicas inconscientes. Los conflictos emocionales son convertidos y expresados en síntomas somáticos localizados en distintas partes del cuerpo, con especial predominio en aquellas que se hallan bajo control voluntario. Para poder comprender el simbolismo de este lenguaje somático deberemos descubrir el simbolismo involucrado en los impulsos reprimidos, los antecedentes y los factores desencadenantes de la neurosis.

El asma como signo de problemas intrapsíquicos en la paciente

Esta enfermedad, es causada por una obstrucción en los bronquios que dificulta la normal respiración. Generalmente es una enfermedad alérgica, que se da cuando el niño respira el pneumoalérgeno (elemento alérgico que produce dicha obstrucción). En el bebé se instala durante los primeros meses de vida, si bien su pronóstico depende de la frecuencia de las crisis, se podría establecer que generalmente desaparecen al tercer año.

En la paciente, son causantes del asma los conflictos psicológicos por los que atravesó la paciente en su entorno, ya que el asma generalmente se da en niños dependientes y

madres sobreprotectoras que les cuesta muchísimo desprenderse de su hijo y padres agresivos con ellos. Son madres que dificultan el establecimiento de una relación dual, impidiendo que el niño evolucione hacia su primera separación de la madre.

Como en todas las enfermedades anteriores, es indicador el vínculo entre el asma y la relación del niño con sus padres, relación que comienza no cuando el niño pueda recordar, sino cuando empieza a gestarse su psiquismo. Dijimos antes que el asma del niño es alérgica, pues bien la alergia es un rechazo y el bebé o el niño están manifestando su rechazo de una manera muy sutil ante las tensiones que él estaría soportando y de las que no se puede desprender.

Los niños perciben e incorporan todo lo que ocurre en su medio: alegría, tensiones, tranquilidad, ansiedad, agresión etc. que de alguna manera repercute en el organismo en la medida que a ese niño no se le permita poner en palabras todo aquello que le está molestando, a su vez, en ocasiones, las tensiones que el niño padece son vividas por él como algo habitual en las familias, no teniendo más remedio que tratar de aceptarlas, aunque luego repercutirán en su cuerpo, esto es porque en algún momento ceden las defensas psíquicas que el niño se ve obligado a adoptar, quedando expuesta y afectada su salud orgánica.

Síntomas depresivos (distímicos).

Se presenta con tristeza y abatimiento; en otras ocasiones reacciona con expansividad o hipomanía, es decir, se muestra inquieta o hiperactiva, agresiva, con gesticulaciones exageradas.

Síntomas neurasténicos.

Al referir debilidad, fatigabilidad y sensaciones de encontrarse exhausta.

Síntomas obsesivos.

La paciente presenta los siguientes rasgo obsesivos: El sentido de la tenacidad (perseverancia), la obstinación (intransigencia) y la terquedad: comprenden rasgos que van desde la firmeza y el empeño hasta la terquedad. La obstinación (ser intransigente

con sus otros significativos) la conlleva al intento de utilizar a otras personas como una tentativa de la lucha contra el superyó, mientras que la terquedad (tipo pasivo de agresividad) representa una superioridad de carácter mágico y una especie de superioridad moral con el fin de acrecentar su autoestima. La terquedad es un recurso usado como defensa ante la fantasía de ser atrapado, de ser objeto de abuso y de burla.

El sentido de la realidad limitado: esta distorsionado por la forma de interpretar los hechos y las situaciones.

Estados de ansiedad.

En la paciente hay presencia de sensaciones de angustia: puesto que existe una frustración continua.

Ansiedades: descripción y análisis de las ansiedades que se manifiestan durante el proceso.

- † Ansiedad de abordaje: En la primera entrevista la paciente se mostró un poco cohibida y sorprendida al mencionarle que necesitaba tratamiento terapéutico y no libros de autoayuda. A veces preguntaba sobre el trabajo que se le iba a realizar, otras nos observaba, interrogaba. Con el avance del proceso, la paciente iba disminuyendo su ansiedad.
- † Ansiedad de mantenimiento: Durante la entrevista y el proceso diagnóstico, la paciente se mostró con el pasar del proceso más abierta y, refirió su problemática, se podría decir que sus conflictos, problemas, etc., los proyectó en los tests administrados. En el TAT, se sonrió cuando se le indicó lo que tenía que hacer y dijo que era muy complicado, se le notaba bastante ansiosa en las láminas
- † Ansiedad de separación o cierre: Al final era como de desconcierto, porque era como algo que se quedaba inconcluso, pero a la vez como de calma porque habían muchas cosas que antes no las había mencionado jamás.
- † Ansiedad confusional y punto de urgencia: Cuando hablaba del padre adoptaba una posición de nostalgia, impotencia (se angustiaba cuando mencionaba que no entendía el motivo de su distanciamiento con ella), y

también cuando mencionaba la situación de pareja, ella se sentía frustrada en este aspecto, y refería las malas experiencias con su pareja.

Planificación

Objetivos intrapsíquicos

- Disminuir el monto de ansiedad de M. mediante la dialectización de su queja (sobre la conducta de su padre).
- Trabajo informativo y de esclarecimiento en cuanto a las repercusiones de la ausencia del padre y como elaborar el duelo.
 - con el de autoestima (crisis de valores): enfatizar la importancia de remodelar el ideal del yo para adaptarlo con las capacidades de la paciente.
- Trabajar el aspecto la relación que lleva con su novio.
- Promover el insight es decir el "darse cuenta" o tomar conciencia. Se refiere a la comprensión de la propia conducta. La capacidad de insight es de tremenda importancia en psicología, pues determina hasta qué punto una persona tiene capacidad de comprenderse mejor a sí misma, de hacer conexiones entre su vida interior, su cuerpo y las circunstancias de su vida. Reconocer y aceptar las propias debilidades permitirá romper el antiguo, erróneo o equívoco aprendizaje y emprender nuevos caminos. Constituye a la vez un reconocimiento de síntomas

Objetivos relacionados a su entorno (Estrategias familiares)

- Asesorar: Una vez que hemos explicado a los familiares la problemática de la personalidad neurótica debemos asesorarlos sobre qué actitudes deben evitarse y cuales pueden favorecer la mejoría de su hijo y por ende de la relación familiar.

Evolución del tratamiento

La intervención fue:

Señalar los denominadores comunes de su síntoma actual y algunas de sus pasadas experiencias y reacciones para promover el insight.

Patrón de reacción a pérdidas.

De esta manera, sí ha reaccionado a una pérdida actual con una somatización, ha sufrido probablemente pérdidas con anterioridad y reaccionado a ellas de forma semejante.

Tercera sesión

El sueño contado por la paciente otorga los semblantes simbólicos de su malestar general: Manifiesta que soñó que su padre llegaba de viaje de España, y que cuando la iba a alcanzar estirando su brazo, se va alejando rápidamente de ella.

Respecto al sueño, se sintió muy triste, angustiada. Manifestaba que le dolió mucho que su padre no la quisiera.

¿Cree que no la quiere?

Si, porque nunca me ha hecho caso, lo sigo queriendo a pesar de que no esta aquí en Ecuador y a pesar de su trato. Se muestra la falta o vacío de significación ante la ausencia de explicación por parte de la postura parental.

Cuarta sesión

Se trabajo en desembarazar las ideas no claras sobre sus padecimientos en cuanto a la relación con su pareja. Se logró mediante las intervenciones verbales fomentar y reconocer su auto responsabilización en la problemática por ella vivida

Quinta sesión

Al llegar a la consulta me dice que "me siento muy mal, ya no me siento bien, me volví a pelear con mi marido"

Se le hizo ver para la realización del insight la relación del porque en la cuarta sesión se da un retroceso en su síntoma y en su seguridad emocional.

Le expresé a M. que esta separación pueda posiblemente ser tan amenazante como para que las cosas empeoren.

Se trabajó con la paciente la sensación, de que el proceso de terapia breve retrocedía.

Se bajaron los niveles de angustia.

Sexta sesión

Se trabajó con los sentimientos involucrados en la separación.

Se le habló de la terapia prolongada para inducirla a su canalización.

Transferencia:

La paciente me situó como imagen "paterna que anhelaba", debido a la atención que le brindé dentro del espacio de análisis lo cual le permitió asumirse como sujeto al verse reflejada en la mirada de alguien; generando en ella un lazo estrecho por el cual no quería dar por terminada la relación terapeuta – paciente.

Contratransferencia:

En la primera sesión me sentí angustiado porque al momento de querer entender su problemática y al intervenir, ella lo veía como un ataque, igualmente a la hora de querer provocar el insight.

Posteriormente me daba gusto el ver el interés que le ponía a su proceso, lo cual se manifestó con su puntualidad, por su constancia y las reflexiones posteriores que hacía de la terapia breve.

Me provocaba motivación para seguir el caso, debido al interés que ella mostraba por su proceso.

Asumí la responsabilidad que me corresponde del proceso, no cayendo en su discurso de victimización para obtener mi atención, es decir, le brinde un espacio en donde podía expresarse, sentirse escuchada, en confianza, segura. etc. Esto tuvo como consecuencia corromper el factor precipitante de tender a la victimización, al ver que no requería de su uso.

Por otra parte al darme cuenta que mi paciente me situó como imagen paterna mis sentimientos fueron:

- + De aceptación, de coherencia entre marcar una ley sin devaluar a la persona. Su discurso me interesaba, pero al momento en el cual sólo hablaba de lo

mismo y lo mismo me producía cansancio, por lo que le retiraba un poco de mi atención desde mi postura.

- + Me molestaba que ella no se centrara en su proceso y la responsabilidad que debía tener para el progreso del mismo, y su única solución era responsabilizar a terceras personas.

Logros:

- + Incursión de los sentimientos dentro de su discurso.
- + Reforzamiento de la estructura Yoica (autovalores y autoimagen reforzada).
- + Restablecimiento al narcisismo secundario.
- + Disminución de la pasividad y de la dependencia.
- + Disminución de las exigencias orales y de una ira proveniente de frustraciones.
- + Dejó a un lado el uso de la victimización como un medio para llamar la atención.

Tipo de intervención.

Promoviendo el Insight.

Se indaga la naturaleza y las causas de sus:

- Temores.
- Preocupaciones.
- Impulsos y sus defensas contra ellos.
- Motivaciones a nivel inconsciente.

Como resultado se obtiene:

Un ajuste dinámico de la personalidad, que origina un Yo más fuerte y efectivo.

Informe psicológico N° 4

Fecha: 2010-02-28

Profesional: Alen Velásquez Grau

Datos de filiación

Nombre: P

Edad: 16 años

Escolaridad: 8vo de básico

Nombre de la madre: LP **Edad:** +

Escolaridad: secundaria

Ocupación: ---

Nombre del padre: F **Edad:** 50 años

Escolaridad: secundaria

Ocupación: ---

Hermanos: Una hermana

Procedimiento

Se realizaron 9 entrevistas semi-dirigidas, cada entrevista tuvo una duración de 30 minutos.

La primera entrevista que se realizó con la alumna tuvo como objetivo la recopilación de datos personales (anamnesis), y la explicación del motivo de su consulta.

La segunda entrevista fue de contrato, esclarecimiento de los roles que cada uno debe de ejercer con sus respectivos objetivos, la cual tuvo una duración de 30 minutos.

La tercera, cuarta, quinta, sexta, séptima y octava entrevista, constituyeron las entrevistas de tratamiento, acopladas a los esclarecimientos de las problemáticas y necesidades de la paciente.

La novena entrevista fue la de cierre y evaluación: en esta entrevista se procedió a evaluar con la paciente los logros alcanzados a lo largo del tratamiento y se realizó el cierre.

Motivo de consulta

P. señala como principal motivo de consulta una permanente sensación de angustia frente a distintas situaciones. Refiere que esta sensación la ha acompañado a lo largo de toda su vida, sin embargo, en este último año la presión de los estudios y el traslado a Guayaquil han sido particularmente difíciles para ella. *"Pánico que me vaya mal, yo veía que me echaban... váyase no sirve. No ha sido fácil. Yo me imaginaba que me iba a gustar estar sola aquí sin mis padres. Los escucho hablar de sus familias (compañeros de colegio) y yo me da nostalgia... Tengo la sensación de que nunca he hecho lo que quería, ni siquiera lo que estudié. (Quería estudiar corte y confección pero está estudiando pastillaje) Tengo miedo a quedarme sola"*.

Además, P. describe una reciente sensación de desgano y poca motivación. *"Llevo un mes sin ganas de hacer nada. Es porque no quiero, prefiero ver televisión y hacer lo que yo quiera antes de estudiar. En conclusión yo no he sido lo que quería ser estando en Guayaquil"* (llora).

Antecedentes familiares y personales relevantes

La madre de P. es criada como hija única de un matrimonio mayor en el campo. Dentro de este hogar el padre fallece cuando la madre de P. es muy niña. Luego de este episodio la abuela y la madre de P. se van a vivir a la casa de una tía en la misma calle en donde vive el padre de P. (es así como se conocen). Cuando la madre de P. cumple los 18 años, fallece su madre de cáncer. Ella continúa viviendo con su tía y tiene una vida que posteriormente describió como "miserable". Con el tiempo los padres de P. comienzan a salir juntos. P. la describe como una relación "muy libre", ya que el padre se pasaba trabajando en el campo y la madre trabajaba en Guayaquil y viajaba periódicamente a visitarlo. *"Mi mamá pudo haber estudiado en la universidad pero tuvo*

que trabajar, se embarazó de mi y se casaron". Una vez casados se establecen en el campo. Al cumplir P. los cinco años nace Andrea, su única hermana.

P. describe su infancia como un "constante estado de pánico". Agrega: "Yo creo que mi mamá era "bipolar", de verla no más, mi pánico viene de ahí. La imagen que tengo de mi mejor expresión de pánico es el estar sentada en la casa de mi abuela paterna, ella me cuidaba en las tardes mientras mis papás trabajaban, sentada al lado de ella en su máquina de coser y yo con mucha angustia porque mi papá no llegaba a buscarme y con pánico porque mi mamá se iba a enojar... en el fondo yo le tenía terror a ella. Yo todo lo hacía por miedo, estudiaba por miedo... todo. Lo peor era su atolondramiento, podía retarme y enojarse mucho y a los dos minutos como si nada".

Cuenta que la madre durante sus crisis gritaba, rompía platos y golpeaba al padre, a las hijas nunca las tocó. Con respecto a esto, señala: "Ella le pegaba a él. Me acuerdo una vez que le dejó toda la cara rasguñada, ella dijo que quería marcarlo. (...) Mi mamá era una desgraciada, yo no sé cómo mi viejo la aguantó. Ella a mí me contó que mi papá le ponía los cachos... ¡no es justo!, no me correspondía, yo era solo una niña". La imagen que me voy formando es de una madre rigurosa, fálica y de P. asustada por los estallidos de aquella.

P. realiza la enseñanza básica a partir de los 7 años en una escuela de la locación y al terminar, hace la secundaria en la ciudad de Guayaquil.

Posteriormente, la madre de P. fallece en el hospital producto de cirrosis hepática. "Para mi cumpleaños de ese año, estando en el hospital, ella no me reconoció, le preguntaron quién era yo, ella respondió que yo era la señora que la cuidaba, no reconoció ni mi nombre cuando se lo dijeron... a los veinte días falleció. Vinieron los residentes a avisarnos. Yo le tuve que decir a mi hermana que estaba en la ducha. Yo hice lo que ella quería, siempre lo hice, hasta asumí la función de madre para con mi hermana. Me abandonó. Ahora no está para verlo, para restregárselo en la cara"

(llorando). Se aprecia claramente el duelo no procesado de P.; la paciente se queda con todo negativo de esa persona (la madre), no logra elaborar esa pérdida

Luego de la muerte de su madre, P. describe que su padre fue un "don Juan". Comenzó a salir con distintas mujeres y, a juicio de P., se despreocupó de ella y su hermana. La crisis económica continuó y al poco tiempo él se fue a vivir a otra parte, por trabajo.

P. se traslada a Guayaquil para comenzar sus estudios. No conoce a nadie en la ciudad y con ayuda de un tío encuentra un departamento donde vivir. Una vez iniciada la temporada del colegio, P. comienza con una serie de temores y angustias asociadas a su rendimiento y sus capacidades. Cuestiona su formación, sintiéndose menos capaz que el resto de sus compañeros.

Por otra parte, ella es de las mayores dentro de sus compañeros (esta en octavo de básica con 16 años) y le cuesta establecer relaciones cercanas con ellos. De ellos opina: *"Son todos unos niños chicos, los escucho y me doy cuenta que no han vivido nada. Tienen de todo, casa, familia, plata y se quejan igual. Yo tengo más vivencia que ellos, la vida me ha tocado más duro.*

Con el tiempo, los estudios se le hicieron cada vez más difíciles y su desgano se acrecentó. No cumple con todas las exigencias, no estudia lo suficiente y las presiones aumentan. *"Sólo quiero que esto termine todo.*

P. no ha podido establecer relaciones de pareja, a pesar de haber estado en varias ocasiones muy interesada en hombres con los que finalmente nunca pasa nada. Describe como muy especial un compañero, de quien cree haberse enamorado pero él nunca supo lo que ella sintió por él.

Problemática vital

La no resolución del duelo por parte de P. (muerte de la madre) produce un estancamiento psíquico, lo cual repercute de manera emocional y esto hace que se

dificulte la relación con los otros. P. no se llevaba bien con su madre, le tenía temor y este acrecienta la no elaboración o procesamiento del duelo.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico fenomenológico (descriptivo)

P. tiene 16 años, soltera, nació en el campo, hasta los 14 años. Luego, entra a estudiar en Guayaquil, por lo que se traslada y viaja constantemente a visitar a su familia. En esta ciudad vive sola en un departamento que arrienda.

En Guayaquil, P. no ha desarrollado relaciones cercanas significativas. Si bien se relaciona con sus compañeros y con los docentes, no ha establecido vínculos fuera de lo estrictamente formal. No tiene amigos, ni pareja. Ella describe como cercanos a un tío paterno (que le ayudó a buscar el departamento), su hermana y su padre, los dos últimos viviendo actualmente en el campo. Su madre falleció.

Sin duda, todos los cambios vividos por P. en el último año, han sido decisivos a la hora de consultar. Sus expectativas tanto en los estudios como de vivir en Guayaquil no se han cumplido. *"¿Cómo llegué a estudiar en guayaquil? Como si el año pasado no hubiese pasado, no me lo creo, ¿qué hice para esto? Yo me había imaginado otra cosa, pero nada, nada, nada... han sido pocos los momentos buenos".* Discurso que refleja la mirada de un superyó severo que la desvaloriza y la hace sentir culpable, como se verá en los párrafos que siguen.

Además, aparece como otro evento desencadenante, el haberse separado de su hermana después de haber pasado un año difícil juntas. La única hermana de P. sufrió una serie de descompensaciones ligadas a un trastorno bipolar que la llevaron a una hospitalización. P. estuvo a cargo de toda la situación ya que el padre no se involucró mayormente. Después de un difícil tratamiento, la hermana logró estabilizarse y P. partió rumbo a Guayaquil a comenzar sus estudios. Con respecto a esto ella dice: *"Tengo pánico que mi hermana se vuelva a enfermar. Ella es como mi hija. Le tengo*

terror, no soy capaz de luchar de nuevo. Me vine a una nueva ciudad y dejé a mi hermana".

Finalmente, también se puede entender como posible determinante, la edad de P., el nivel de educación que cursa y el no haber tenido nunca pareja. *"Nunca he tenido novio, nada de nada".* Le pregunto si ha besado alguna vez y responde: *"Nada, nada. Es complicado, este ha sido un tema toda mi vida. El no tener experiencia igual uno se cuestiona... te quería preguntar, ¿puede esto tener algo que ver con mi identidad sexual? A mi no me gustan las mujeres, pero me lo he preguntado ya que cómo a mi edad no he estado con ningún hombre".*

Para P. es muy difícil representar qué le ocurre. Al reflexionar al respecto contesta que no sabe qué es lo que le pasa. Es justamente eso lo que le angustia. Piensa que en algún grado puede relacionarse con su infancia y la muerte de su madre, pero no logra precisar en qué y cómo esto le ha afectado. *"Siento un muro que no me permite avanzar, pero no sé por qué, no sé de dónde, es un no sé sin apellido, sin un pensamiento que le siga".* Con respecto a su madre, agrega: *"Yo quería que ella se muriera para estar mejor y no ha sido así. Por fin tomar las riendas de mi vida, pero no es así. Hacer muchas cosas, pero no puedo".*

En relación a las expectativas del tratamiento, P. directamente señala esperar algo distinto a los tratamientos anteriores: poder reflexionar sobre lo que le pasa, ya que describe sus intentos anteriores como una simple administración de medicamentos y control de síntomas. Además, espera poder terminar con su sensación de pánico y *"derribar la muralla"* que no le permite avanzar.

P. consulta por primera vez a un psiquiatra en el 2008, el mismo año en el que fallece su madre. No logra establecer una buena relación con el médico por lo que abandona el tratamiento tempranamente.

"Suspendí los medicamentos cuando se enfermó mi hermana, yo no podía tomarme los de la noche porque no sentía si a ella le pasaba algo. No se si tengo algo malo o es tontera.

Actualmente, P. se encuentra sin medicamentos desde hace ya varios meses. Dentro de los tratamientos realizados, no habría antecedentes de psicoterapia.

Diagnóstico clínico dinámico

A nivel sintomático, P. presenta una serie de síntomas neuróticos dentro de los cuales destacan síntomas depresivos, como:

- + Ánimo depresivo,
- + Anhedonia,
- + aumento del apetito y peso,
- + dificultad para concentrarse y fuertes sentimientos de culpa.

Además se observan síntomas ansiosos, como:

- + sentimiento de pánico,
- + híper vigilancia y altos montos de angustia.

Finalmente, también se aprecian síntomas obsesivos, fóbicos y de ansiedad social. De lo anterior, también se puede concluir desde otra mirada que P. presenta un trastorno mixto ansioso – depresivo.

Por otra parte, con respecto a su personalidad se puede hacer una primera aproximación a partir de lo que se ha observado en estas sesiones iniciales. Se puede pensar que P. presenta una organización borderline de la personalidad, con rasgos infantiles, paranoides y esquizoides.

Se aprecia una importante inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y la afectividad. Utiliza mecanismos de defensa basados principalmente en la idealización y la devaluación.

Tal como se mencionó anteriormente, P. reconoce su infancia como marcada por una constante sensación de pánico. Éste surge a partir del difícil carácter de su madre, a quien describe como extremadamente cambiante e inconsecuente. Agrega que ella debía anticiparse a su estado de ánimo y a sus posibles reacciones, para así evitar conflictos y escenas cargadas de mucha agresión. De lo anterior, se puede hipotetizar que P. desde muy temprano debió adaptarse a su ambiente y no éste a ella.

A partir de Winnicott (1965) se podría pensar que en P. se fue formando un falso Yo que agradara a la madre y sintonizara con ella. De este modo, el gesto espontáneo no encontró respuesta en la mirada del otro, por lo que éste cada vez fue apareciendo menos y en su lugar se formaba un falso Yo que encontraba algo así como una mirada, o al menos evitaba la agresión. Sin embargo, esto la mantuvo expuesta al fracaso y a la frustración sistemática en las relaciones tempranas significativas. El tipo de apego pareciera corresponder al desorganizado: necesidad de contacto y, simultáneamente, miedo al mismo. De ahí la dificultad en las relaciones interpersonales

Tal como señala Winnicott (1965), la mirada y el reconocimiento del otro es crucial dentro de la formación de la identidad. En P., ésta quedó escindida dejando lo espontáneo y original encapsulado, y lo "correcto" (deseado por el otro) y adecuado en la superficie.

Por otra parte, la fuerte sensación de pánico que ella describe presente "*desde que tengo uso de razón*", se puede entender, desde la psicología, como resultado de una carencia en la internalización de la función de un "self object" que la calmara. Se puede hipotetizar que hubo una falla en el proceso de cohesión del Yo, debido a no haber tenido una adecuada regulación afectiva. Por esto, el Yo de P. estaría fragmentado y la angustia y el pánico presentes en todo momento. Del mismo modo, no integró el sentimiento de valoración, que en la temprana infancia debe ser aportado por otro, un objeto del Yo, en este caso la madre. De ahí la dificultad de P. para sentirse contenta consigo misma, valorarse y disfrutar de lo que hace.

Se puede entender que P. tendría conflictos en el sistema de hetero-autoconservación, narcisista, de apego y el de regulación psicobiológica. Las experiencias tempranas con una madre impredecible la llevaron a desarrollar de manera prematura un sentimiento de autoconservación. Desde ahí el tema del auto cuidado y del cuidado de los demás ha estado teñido por su propia historia y con un alto nivel de conflicto. La dificultad de cuidar de sí misma y el cuidado casi maternal de su hermana. Podemos pensar que a P. le falta confianza en el otro, en que el otro la va a cuidar. Esto genera una pseudo maduración que no logra calmar las angustias de autoconservación.

Todos los sistemas están interrelacionados, por lo que conflictos en el sistema de hetero-autoconservación sin duda tendrán sus efectos en los otros sistemas, como por ejemplo sistema narcisista y el del apego. En el caso de P., los conflictos narcisistas se observan en su dificultad para confiar en sus propias capacidades; en el sistema de apego en su imposibilidad de establecer relaciones interpersonales cercanas, entre otros.

Esta difícil relación con la madre la llevó a desear, tanto consciente como inconscientemente, la muerte de ésta como un modo de poner fin a lo que ella pensaba era la causa de todo su sufrimiento. Luego, la enfermedad de su madre y las condiciones de su muerte la llevaron a sentir que ella fue la culpable de su fallecimiento (duelo no elaborado).

Por otra parte, la culpa por la muerte de su madre la atormenta y recrimina por eso en todo momento. De este modo está paralizada, haciéndose cargo de su hermana, sacando una carrera (pastillaje) que no le satisface, en fin, imposibilitándole ser ella misma. En este sentido, se puede suponer que P. continúa adaptándose a la madre, incluso después de muerta. Si antes fue el pánico lo que no le permitió avanzar, ahora a éste se le suma la culpa. Además de lo anterior, se puede considerar que P. no conoce otro modo de ser, ya que, como se pensó en un comienzo, fue siempre en función de otro como se desarrolló su Yo. Este Yo que no tiene la integración suficiente

ni la identidad como para seguir adelante de un modo distinto al que lo ha hecho hasta ahora.

Planificación

Propuesta de tratamiento

Después de cuatro entrevistas, se indica como tratamiento una psicoterapia expresiva de tiempo ilimitado, con una frecuencia de dos veces por semana. Se deja abierta la posibilidad de realizar una interconsulta psiquiátrica si fuese necesario durante el proceso. Uno de los criterios utilizados para dicha indicación, es principalmente el interés de la paciente por iniciar un tratamiento distinto a los anteriormente realizados. En este sentido, aparece una importante motivación por comprender y reflexionar sobre su funcionamiento inconsciente. Ella dice durante la primera entrevista: "Lo que quiero hacer ahora es resolver el problema". Además, considerando su sintomatología y las características de su personalidad, se pensó que un tratamiento de estas condiciones permitiría trabajar de mejor manera con P. Finalmente.

Objetivos intrapsíquicos

Disminuir el monto de ansiedad de P. mediante la dialectización de su queja.

Promover la elaboración de duelo (muerte de la madre).

Trabajar con el problema del perfeccionismo y la autoestima (crisis de valores): enfatizar la importancia de remodelar el ideal del yo para adaptarlo con las capacidades de la paciente.

Procesar el aspecto de los esclarecimientos de problemáticas existenciales (angustia existencial): La adolescencia es una etapa muy importante y crítica en el proceso de formación de la identidad, de modo que una tarea esencial para el adolescente es responder a la pregunta "¿De dónde vengo?" "¿Para que estoy aquí?", "¿Adónde voy?", "¿Quién soy?".

Promover el insight es decir el "darse cuenta" o tomar conciencia. Se refiere a la comprensión de la propia conducta. La capacidad de insight es de tremenda importancia en psicología, pues determina hasta qué punto una persona tiene capacidad de comprenderse mejor a sí misma, de hacer conexiones entre su vida interior, su cuerpo y las circunstancias de su vida. Reconocer y aceptar las propias

debilidades permitirá romper el antiguo, erróneo o equívoco aprendizaje y emprender nuevos caminos. Constituye a la vez un reconocimiento de síntomas

Evolución del tratamiento

Esporádicamente, P. faltaba a sesiones, sin embargo no lo suficiente como para interrumpir la continuidad del tratamiento.

El tema de nuestro vínculo siguió ocupando un rol central dentro de la psicoterapia. Trabajamos sobre la relación, muchas veces centrando las intervenciones en el aquí y el ahora.

También fuimos trabajando otros temas. Uno de los que trabajamos de manera importante fue la muerte de su madre (elaboración del duelo). Con respecto a esto aparecieron angustias ligadas a la culpa y el abandono. Esto permitió que llegase a llorar y a decir, según sus propias palabras: "estoy bien con mi mamá".

También se trabajó en torno a la relación con su hermana y su padre. Con el avanzar de la terapia fueron apareciendo conflictos con estas relaciones, los que inicialmente aparecían encubiertos. P. pudo contactarse con la rabia que le producían ciertas situaciones, y también con dificultades propias relacionadas con ellas. Desde aquí pudimos trabajar en su dificultad para pedir ayuda y mostrarse débil frente a los demás.

A medida que avanzaban las sesiones fuimos entrando de manera paulatina en el tema de las relaciones con los pares. Poco a poco, P. fue mostrando interés en relacionarse con sus compañeros de clase. Inicialmente, sostenía no tener tiempo ni interés en acercarse a ellos. Asimismo, los devaluaba y criticaba, cerrando toda posibilidad de entablar algún tipo de relación fuera de lo estrictamente profesional. No obstante, lentamente fue surgiendo un leve interés en abrirse a algún tipo de relación. A pesar de que este interés muchas veces fue evidente para mí, ella insistía en negarlo y buscar cualquier falla que le permitiera devaluarlos.

Justamente aquí se centró parte importante del proceso terapéutico: lograr contactarla con su deseo. Desde aquí trabajamos sobre su deseo y necesidad de vinculación. La transferencia nuevamente resultó fundamental y el poder pensar sobre la relación terapéutica entregó el material necesario para el trabajo. Así, P. pudo ir conectándose con los temores asociados a sus deseos, pudiendo reflexionar sobre el modo en que se defiende de ellos.

En esta misma línea, fue surgiendo nuevamente de manera muy paulatina, su deseo de tener pareja. Desde aquí, conectó con otras ideas relacionadas con estos, como por ejemplo lo que significa ser mujer y la sexualidad. En relación a esto último, aparecen ciertas dudas, incluso con respecto a sus genitales. Me doy cuenta que este es un tema muy importante para ella y que le cuesta hablarlo. A pesar de su dificultad, logra dar cuenta de una serie de angustias y temores relacionados. Siento que está pudiendo confiar y que se está abriendo una nueva faceta dentro de la psicoterapia. Inevitablemente recuerdo la entrevista en la que nos conocimos y la paciente que ahí entrevisté. Pienso que desde un principio este tema estuvo presente y que recién ahora está siendo explícito.

Informe Psicológico N° 5

Fecha: 2010-02-28

Profesional: Alen Velásquez Grau

Datos de filiación

Nombre: D

Edad: 15 años

Escolaridad: 8vo de básico

Nombre de la madre: R **Edad:** 50 años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: ama de casa

Nombre del padre: V **Edad:** +

Escolaridad: secundaria

Ocupación: ---

Hermanos: 2 hermanos

Procedimiento

Se realizaron 9 entrevistas semi-dirigidas, cada entrevista tuvo una duración de 30 minutos.

La primera entrevista que se realizó con la alumna tuvo como objetivo la recopilación de datos personales (anamnesis), y la explicación del motivo de su consulta.

La segunda entrevista fue de contrato, esclarecimiento de los roles que cada uno debe de ejercer con sus respectivos objetivos, la cual tuvo una duración de 30 minutos.

La tercera, cuarta, quinta, sexta, séptima y octava entrevista, constituyeron las entrevistas de tratamiento, acopladas a los esclarecimientos de las problemáticas y necesidades de la paciente.

La novena entrevista fue la de cierre y evaluación: en esta entrevista se procedió a evaluar con la paciente los logros alcanzados a lo largo del tratamiento y se realizó el cierre.

Motivo de consulta

El estudiante fue derivado por presentar problemas de conducta (pelea con compañeros). Una vez en consulta menciona que tiene problemas y que necesita ayuda psicológica. El paciente demanda una mayor comprensión por parte de sus familiares específicamente de sus hermanos y amigos allegados; indica que deben acatar sus órdenes en el momento en que él lo señala puesto que él es el hermano mayor y sobre él pesa la responsabilidad.

Antecedentes familiares y personales relevantes

El paciente proviene de un hogar de nivel socio económico medio-bajo. En las entrevistas se pudieron obtener los siguientes datos:

La familia se encuentra constituida por su madre R., y sus dos hermanos C (10 años) y H (9). Su padre falleció hace 3 años.

El paciente tiene 15 años de edad, en la etapa infantil señala que no tuvo inconvenientes graves, que la vivió como todo muchacho jugando, estudiando, etc.; y agrega que era un poco peleón. En cuanto a la relación con sus padres, menciona que era apegado a ambos. En su hogar la disciplina era muy estricta con normas y leyes que debían acatar todos. Tanto la madre como el padre eran demasiados estrictos y exigentes, les gustaba el orden y la disciplina; pero quien más les exigía era su padre. Señala que es por esa razón que trata de inculcarles la misma disciplina a sus hermanos. Advierte también que él era muy meticuloso para todo, cuando algo le salía mal se ofuscaba e irritaba quería que todo saliera como él quería.

Agrega también que su vida era programada, es decir, le marcaban un cronograma de actividades, entre las cuales debía limpiar la casa, hacer tareas, estudiar, bañarse y dormir.

En esta etapa de adolescente, en su vida colegial menciona que sale con amigos y tiene inconvenientes cuando no hacen lo que él quiere. En cuanto a sus actividades estudiantiles señala que se preocupa mucho por sus trabajos, los hace de la mejor manera posible, es muy ordenado y estricto; cuando algo no le sale bien él lo vuelve hacer hasta que según él, le sale perfecto. Quiere llegar a ser un hombre equilibrado y siempre responsable. Señala que una de sus dificultades es su temperamento fuerte, se irrita a veces por nada, este aspecto constituye según D. una gran dificultad puesto que la gente ya no lo aguanta.

A los 10 años ocurrió un hecho que lo marcó y fue por un accidente de tránsito; él estuvo en estado crítico y dos de sus primos murieron, dice que quedó impactado con heridas emocionales y físicas. Al principio nadie le había comentado del fallecimiento de sus primos, y recién cuando llegó a casa se lo comunicaron, esto lo impactó, y se deprimió demasiado, cada vez que lo recuerda se desanima.

En cuanto a la relación con sus hermanos, menciona que tiene ciertas dificultades por ser demasiado estricto en cuanto al orden y aunque sus hermanos son también disciplinados, él quiere o busca la perfección, discute con sus hermanos de manera seguida por estos motivos.

Actualmente comenta que su inconveniente es su temperamento, señala que es "colérico", que lo que más le irrita es que sus hermanos y amigos no hagan las cosas al momento y que no cumplan con sus obligaciones de rutina.

Problemática vital

El nódulo del problema radica en el hecho de que el paciente tiene dificultades en cuanto a la relación con los otros, no puede controlar sus emociones, su temperamento es exacerbado (se irrita fácilmente por situaciones que no lo ameritan), lo cual lo ha tomado como referencia de su época infantil, puesto que proviene de un hogar en el cual todo lo que le inculcaban lo hacían de manera muy estricta.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico fenomenológico (descriptivo)

Biotipo morfológico del paciente: de contextura gruesa, piel trigueña, cabello negro, ojos café oscuro. De mirada directa, hablaba en tono alto, su discurso era fluido, detallista y coherente. Mantuvo un estado de ánimo estable aunque en ciertos momentos se preocupaba por su estado actual.

En las primeras sesiones refiere que se encuentra animado, que ya lo peor había pasado y que tiene ganas de vivir, aunque le preocupan ciertas cosas.

En las sesiones siguientes sigue manteniendo una actitud cordial y colaboradora, comenta sobre su etapa infantil, menciona que en su hogar la disciplina era muy estricta con normas y leyes que debían acatar todos. Además indica que el más estricto era el padre, que cuando él daba una orden debían cumplirla inmediatamente: *"Mi padre siempre quería que cumpliéramos con las actividades que el nos designaba y en especial con su horario, además quería que hiciéramos las cosas de manera rápida sino se disgustaba"*.

Inmediatamente refiere que es por este motivo que él es así y por eso desea inculcarle lo mismo a sus hermanos: *"Era un niño muy ordenado, me gustaba que mi cuarto siempre esté en orden y que mis hermanos no me movieran o cogieran mis cosas"*.

En las siguientes sesiones habla sobre sus vivencias actuales en donde destaca que todo debe hacerse como el quería y dispone: *"Siempre quise que todo se hiciera como yo quería, si no era así entonces yo me irritaba y ya no quería hacer nada, siempre recordaba lo sucedido"*.

Posteriormente da cuenta de la aparición de cierto tipo de manías (temas que adopta), a lo que el refiere que esto lo incomodaba ya que termina siempre exhausto: *"Siempre fui estricto con mis trabajos, los revisaba y lo volvía a hacer incluso cuando me decían que ya estaba bien, pero yo tenía que estar seguro y a veces los hacía nuevamente"*

hasta estar completamente seguro, esto es algo que lo sigo haciendo y la verdad es que termino bien cansado, yo para todo tengo que estar siempre seguro es por eso que hago las cosas de manera reiterada."

A raíz de sus accidentes, en especial en el que murieron sus primos aparecieron ideas recurrentes que lo atormentan y angustiaba: *"Tengo miedo a viajar, ahora sé que la vida es muy frágil, se que puedo perderlo todo, tengo miedo de que algo malo les pueda pasar a mis hermanos y a mi mamá"*, tiene pensamientos de que algo malo le ocurra a sus familiares más queridos.

También señala que es por este motivo que trata de no ser un *"tipo malo"*, quiere siempre respetar las leyes divinas, no pecar para que de esta manera lo les ocurra nada a sus familiares ni a él.

Menciona también que es muy sentimental que le gusta el romanticismo y que hay veces que se deprime por diferentes circunstancias que le pasan: *"Me pongo triste cuando recuerdo los accidentes que tuve, en especial cuando recuerdo a mis primos fallecidos, y también cuando pienso que algo malo les puede pasar a mis hermanos o a mi mamá o incluso a mi, no sé, algún accidente trágico o enfermedad y esto siempre lo tengo en mi mente y me molesta y deprime, por eso trato de ser una buena persona y no pecar"*.

Una de las dificultades actuales es en cuanto a su temperamento, le fastidia que no se hagan las cosas en el instante que el las dice *"Yo no soporto cuando le ordeno algo a mi hermano y no las cumple al instante, o cuando veo desordenado el cuarto, es por esto que casi siempre me enojo"*.

Comenta que quiere cambiar su carácter y ser menos compulsivo en las cosas tomarse la vida más a la ligera y ser menos temperamental. A veces se irrita por nada, especialmente cuando ve los partidos de fútbol y empieza a insultar pero dice que no

puede dejar de realizar esta actividad y esto lo estresa. Además advierte que le es un poco difícil dejar de ser como es trata de cambiar pero le cuesta.

Diagnóstico clínico dinámico

El cuadro clínico que muestra el paciente, se caracteriza por presentar signos y síntomas neuróticos con rasgos claramente obsesivos compulsivos y síntomas fóbicos.

Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que se presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada.

Constituye una estructura psicológica que no tiene base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener un considerable poder de auto observación y una sensación adecuada de la realidad; en ellos lo más común es que no se confundan las experiencias patológicas subjetivas y sus fantasías, con la realidad externa. La conducta puede ser afectada seriamente, aunque es común que se mantenga dentro de límites sociales aceptables; pues la personalidad no está desorganizada.

Típicamente, la conducta neurótica es repetitiva, conduce a una mala adaptación y es insatisfactoria. Funcionalmente, las neurosis son reacciones inadecuadas a las causas de estrés.

Se puede señalar que en este caso se dan fantasías de horror, y se hacen presentes al pensar que puede pasarle algo trágico a sus seres queridos. Esto, a su vez, debería estar ligado a un deseo, como: pensamientos o ideas de tipo negativo o inmoral, lo cual daría como consecuencia que le pase algo malo a sus seres queridos (*y esto no se cumple*),

Los signos característicos de sus rasgos neuróticos obsesivos son:

- † **La Duda:** imposibilidad del sujeto de acogerse a una u otra decisión ,
- † **Juramento y rituales**, como: manías, estrechez mental o de pensamiento rígido, ideas obsesivas, etc.
- † **La culpa depresiva** que presenta D. se manifiesta por la necesidad de autopunción, es decir, se siente culpable por lo que le pasa y quiere ser

castigado; aunque contradictoriamente proyecta la culpa hacia los demás y de manera latente o implícitamente el se siente culpable.

La neurosis obsesiva se basa en conflictos sexuales infantiles que han sido reactivados, perturbaciones de un equilibrio hasta ese momento eficazmente mantenido, entre fuerzas represoras y reprimidas, aumentos, ya sea absoluto o relativo, en la fuerza de los instintos rechazados, o de las angustias que a ellos se oponen. Para producir una neurosis obsesiva estos factores precipitantes deben actuar sobre una persona que haya una apropiada predisposición desde la infancia, es decir, una persona que haya hecho regresión sádico-anal durante la infancia." (O. Fenichel, 1984).

En la neurosis obsesiva, las prohibiciones que se dieron en el Edipo se vuelven más rígidas debido a que en este proceso donde la persona comienza a tener control sobre su cuerpo y a hacer una diferenciación entre el "yo" y el "no yo", las reglas morales se internalizan y se vuelven muy punitivas. Son más estrictas de lo que en realidad fueron. El miedo que se pudo haber sentido hacia los padres se exagera y el odio sentido hacia ellos se convierte en culpa. Los castigos impuestos por los padres se vuelve autocastigo.

Durante la posición depresiva, el niño trata de reparar los objetos que fueron dañados en su fantasía a través de la proyección y de la introyección. Es en esta posición cuando se empieza a formar la tercer instancia psíquica llamada superyo, el niño al sentir demasiada angustia por el daño a sus objetos, empieza por tratar de eliminar la tensión y lo puede hacer a través del pensamiento y del uso de mecanismos de defensa muy rígidos, toma actitudes o conductas inflexibles debido al temor a mostrar la agresión hacia el objeto y que este lo abandone o sea destruido totalmente, lo cual le produce sentimientos de culpa y ansiedad. Por otro lado lucha por reprimir los afectos para tener control sobre él mismo y sobre el medio, es por esto que el neurótico obsesivo tiene una estructura consolidada a través de sus mecanismos de defensa y de la separación entre lo que piensa y lo que siente.

Dentro del proceso que se da en esta posición, debe mencionarse que el sujeto al sentir ansiedad y a la vez sentimiento de culpa, por haber fantaseado al objeto lleno de heces, orines y fluidos se autocastiga e internaliza al superyo más sádico de lo que en realidad es. En muchos casos de la neurosis obsesiva, el sujeto no busca llevar a cabo una reparación sana (reparar al objeto original) sino que hace reparaciones maníacas donde se hacen seudoreparaciones pero en realidad no se repara nada, y en algunos casos también se hacen reparaciones depresivas donde se trata de ayudar a todo el mundo menos al objeto original. Es en esta parte donde entra el papel del analista como personaje y como setting para que se lleve a cabo la reparación hacia el objeto la cual no se pudo conseguir en el pasado.

Síntomas obsesivos.

El sentido del orden, el esquematismo y la superstición son aspectos que están presentes en el paciente: surgen de los conflictos sádico-anales. Hay resistencias a las fantasías incestuosas y criminosas que se perciben como amenaza si se pierde el control y la rigidez de su pensamiento.

El orden está conectado respecto a las actividades escolares, de casa y al tiempo, siendo un reflejo del manejo de los conflictos sádico-anales. La superstición en cuanto a como se debe manejar la relación amorosa, bajo aspectos represivos, inequívocos, rígidos y estandarizados (relación fantásica).

El sentido de la tenacidad (perseverancia), la obstinación (intransigencia) y la terquedad: comprenden rasgos que van desde la firmeza y el empeño hasta la terquedad. La obstinación (ser intransigente con sus otros significativos) la conlleva al intento de utilizar a otras personas como una tentativa de la lucha contra el superyo, mientras que la terquedad (tipo pasivo de agresividad) representa una superioridad de carácter mágico y una especie de superioridad moral con el fin de acrecentar su autoestima. La terquedad es un recurso usado como defensa ante la fantasía de ser atrapado, de ser objeto de abuso y de burla.

El sentido de la rigidez y el bloqueo emocional: la rigidez se refleja desde el aspecto corporal, comportamental hasta la afectividad e intelectualidad en la paciente. En el carácter obsesivo, el sentido de la rigidez toma gran fuerza debido a la angustia e inseguridad que le provocan las situaciones espontáneas o fuera de su control (como en el caso de D., quiere que todas sus actividades estén esquematizadas, organizadas y si es posible calculadas, no da opción a la improvisación o espontaneidades).

El sentido de la percepción focalizada y la cosmovisión rígida: Hay deterioro de la movilidad de la atención debido a la necesidad de control y que su percepción está limitada en la tarea específica. La cosmovisión está pautada por el "yo debo" sin sentir o tener placer por la acción como consecuencia de su relación con el superyó. Al tener un carácter rígido no da cabida a la improvisación, novedad y creatividad.

El sentido de la realidad limitado: esta distorsionado por la forma de interpretar los hechos y las situaciones. Busca el control a través del esquematismo (En el caso de D. expectativas irracionales o fantasiosas como llevar la vida de una manera rígida, sin dar lugar a la equivocación, etc. producto de sus vivencias y enseñanzas familiares) y la ritualización de su mundo sin embargo subyacen en el fondo la duda, la ambivalencia y la dispersión. Debido a otras características como la obstinación, la rigidez entre otras trata de controlar el medio sin aceptar cambios logrando únicamente la visión limitada de la realidad

En el paciente se produce una identificación fálica (opera el nombre del padre), incorpora los semblantes del padre.

El sujeto da cuenta de ciertas ideas o pensamientos obsesivos: temor de que les suceda algo trágico a sus familiares lo cual se presenta de manera recurrente a partir del hecho del accidente; también existe un deseo compulsivo de ser intachable, ser el ejemplo para los demás.

Además trata de situarse en una posición de Amo, ya que toda su niñez se dio en un contexto familiar de orden y de ley, el paciente trata de alienarse a la ley, de someterse a esa ley del padre.

Se puede notar la presencia de ciertas manías, que son posturas temáticas del paciente tales como revisar reiteradamente las cosas, realizar varias veces una tarea hasta estar totalmente seguro de haberlo hecho bien, etc.

Cabe señalar que lo que le angustia al sujeto es el hecho de llegar a ser un sujeto tachado, de estar en falta y esto se da por el motivo de su enfermedad tiene el temor de ya no ser como antes, de no cumplir a cabalidad sus tareas, y de no ser más el ejemplo a seguir.

Su discurso está dado en forma de imposición, el sujeto toma o incorpora el discurso del Amo, entonces se maneja sobre un elemento particular: El súper Yo (constituye un súper Yo rígido, muy severo).

En cuanto a sus ideales (que son construcciones imaginarias que se quieren alcanzar), el paciente se llena de significantes, los construye, quiere mantener el ideal de ser responsable, ordenado, honesto, ser ejemplo para los demás. Todos estos significantes tienen que ver con cumplir ese patrón, con ese modelo, con su ideal y esto es lo que a él lo llena.

Las compulsiones que presenta el paciente constituyen extraños mandatos apremiantes y enérgicos que inducen a la motilidad. Desde ya que no encontramos estos síntomas en forma aislada sino integrados dentro de una organización, en tanto estructura que implica un conjunto sintomático, que lleva en algunos casos, a la instrumentación de verdaderas medidas defensivas, rituales ceremoniales o acciones de conjuro.

Se podría señalar entonces que el sujeto presenta defensas obsesivas (Freud) llamados también montajes pulsionales, en términos de Lacan, (que se dan en el

orden de la apariencia, es lo que muestra el sujeto, lo que le da un aspecto obsesivo) las cuales asume el sujeto, pero no se da una estructura.

Síntomas Fóbicos

Temor a viajar basado en experiencia traumática (accidente).

Tales reacciones emocionales incontrolables y a la vez irracionales lo conducen a vivir momentos desagradables o a un deseo impulsivo de evitar la situación.

En el paciente aparecen temores con mucha frecuencia, pero no alcanza la especificidad propia de las fobias, son variables, imprecisos con la única excepción de los miedos a lo "por venir". Por otra parte, en esta forma clínica la angustia forma parte de la personalidad básica, lábil e hiperemotiva, circunstancia que habrá de surgir en la historia vital del sujeto.

Mecanismos defensivos

- † **Represión o bloqueo de afectos.-** En el caso de D. reprime todo aspecto emocional para con otros significativos, esto provoca un monto de angustia, no logra elaborar su problemática vital con el padre y hace que exista una extinción o borramiento de cualquier muestra de carácter afectivo.
- † **Anticipación.-** El paciente ante amenazas interna, externas o conflictos, anticipa las consecuencias pero las vive de un modo negativo, sin hallar soluciones.
- † **Identificación introyectiva.-** El sujeto ha incorporado o asimilado características y cualidades de su padre tales como: ser excesivamente estricto, ordenado y meticuloso. Aquí utiliza el mecanismo de introyección.
- † **Formaciones reactivas caracterológicas.-** Este mecanismo provoca formas de conducta que protegen algún aspecto de la personalidad o historia del individuo, de la auto investigación o de la investigación por parte de los

demás; recurriendo con frecuencia a actos disfrazados. Por ejemplo; en el caso de D., el paciente obedece ciegamente al padre para así ocultar su rebeldía; además es exageradamente ordenado, estricto, para de esta manera para ocultar la "suciedad inconsciente". Vale decir, mediante este mecanismo, una tendencia determinada es sustituida por otra contraria.

- + **Intelectualización:** está al servicio de aplacar el sentimiento de culpa consciente mediante explicaciones inconscientes de todo lo que le ocurre al individuo. Como características de personalidad se encuentra el orden que se relaciona con la pulcritud personal y los deberes diarios. El paciente es muy obstinado y le da mucha importancia a lo económico pudiendo llegar hasta la avaricia. Debido a la fijación a la etapa anal, aparecen rasgos de coleccionismo, angustia ante la separación, dificultad para abandonar los objetos y por formación reactiva, tendencia a producir regalos, sumisión, resignación. En el artículo de Freud de 1908 "El carácter y el erotismo anal", describe una tríada compuesta por tres cualidades de carácter que corresponden casi totalmente con las características del neurótico obsesivo. Este tipo de personas serán: ordenados, económicos y tenaces a su vez esta tríada es relacionada, con la desaparición de la significación erótica de la zona anal, y como efecto o resultado de esta particular modalidad erótica tendríamos la tríada descrita. Por lo tanto estos serán los resultados más directos de la sublimación del erotismo anal.

Planificación

Objetivos intrapsíquicos

Disminuir el monto de ansiedad de D. mediante la dialectización de su queja (sobre la conducta de su padre).

Trabajar con el problema del perfeccionismo, ciertos tipos de manías, trabajar sobre los pensamientos recurrentes vividos como experiencias agobiantes.

Enfatizar la importancia de remodelar el ideal del yo para adaptarlo con las capacidades de la paciente.

Procesar el aspecto de los esclarecimientos de problemáticas existenciales (angustia existencial): La adolescencia es una etapa muy importante y crítica en el proceso de formación de la identidad, de modo que una tarea esencial para el adolescente es responder a la pregunta "¿De dónde vengo?" "¿Para que estoy aquí?", "¿Adónde voy?", "¿Quién soy?".

Trabajar sobre el aspecto de rigidez mental. "Yo soy así".

Promover el insight es decir el "darse cuenta" o tomar conciencia. Se refiere a la comprensión de la propia conducta. La capacidad de insight es de tremenda importancia en psicología, pues determina hasta qué punto una persona tiene capacidad de comprenderse mejor a sí misma, de hacer conexiones entre su vida interior, su cuerpo y las circunstancias de su vida. Reconocer y aceptar las propias debilidades permitirá romper el antiguo, erróneo o equívoco aprendizaje y emprender nuevos caminos. Constituye a la vez un reconocimiento de síntomas

Evolución del tratamiento

La estructura de la neurosis obsesiva es muy sólida debido a las características de esta psicopatología. La rigidez, el orden, la terquedad, el bloqueo emocional, la realidad limitada así como los mecanismos de defensa son factores que afectan el proceso terapéutico.

La neurosis de transferencia se ve mermada debido al bloqueo afectivo y emocional, no permitiendo sentir por el terapeuta ningún sentimiento así como no transmitirle ningún afecto relacionado con la idea. Por otro lado, el uso de la racionalización, intelectualización y la rigidez provocan que la terapia se preste a discusiones teóricas debido a inseguridad o angustia ante situaciones nuevas, fuera de control que se dan a través de la entrevista; La rigidez hace más difícil el proceso ya que el obsesivo trata de mantener el control dentro del análisis como en su vida cotidiana.

El proceso debe estar muy estructurado ya que conforme se rompen las estructuras el paciente siente mucha angustia puesto que no está acostumbrado a los cambios ni a la facilidad de pensar más ampliamente.

En la neurosis obsesiva, las prohibiciones que se dieron en el Edipo se vuelven más rígidas debido a que en este proceso donde la persona comienza a tener control sobre su cuerpo y a hacer una diferenciación entre el "yo" y el "no yo", las reglas morales se internalizan y se vuelven muy punitivas debido a que al sufrir demasiada ansiedad hace una regresión a la etapa anal.

Respecto a la relación con el padre, el paciente adopta la postura de sumisión ya que este fue muy amenazante o de rebeldía. Se lleva dentro de los dos procesos un sentimiento de culpa respecto al objeto debido al superyo punitivo.

El paciente fantasea que el objeto lo ha perdido o abandonado y se da el sentimiento de culpa, para después tratar de repararlo y durante este periodo se da la racionalización, la intelectualización y aspectos como la rigidez para no perder al objeto, ni mostrar el afecto por miedo a dejar salir la agresión hacia el objeto y que este lo vaya a dejar. Por tales motivos, durante el tratamiento debí ser muy precavido conforme iba rompiendo las resistencias.

Los sentimientos de culpa hacia los padres y el superyo punitivo lo maneja el paciente como autocastigo y al transferirlo al analista lo realiza como tratando de ser un "buen" paciente llegando puntual, hablando de temas de interés, pero sin mostrar afecto o tratando de hacer del análisis como un espacio intelectual y es aquí donde entra la labor del psicoanalista para explorar, interpretar, confrontar, con el fin de que el paciente vaya rompiendo estructuras poco a poco, sino se da esto el paciente seguirá siendo asintomático y argumentará "así soy".

Es importante señalar las diferencias entre los síntomas y la enfermedad ya que la neurosis obsesiva es el conjunto de síntomas más la forma de relacionarse de las estructuras psíquicas entre ellas y con el medio ambiente, mientras que los síntomas aislados no se pueden clasificar en una psicopatología como la neurosis obsesiva.



CASOS CLÍNICOS:

ANA LABANDA

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Informe 1: Caso "Lucio"

Fecha: Febrero 26 del 2010

Profesional: Ana Labanda Portugal

Datos de filiación

Nombre: Lucio

Edad: 3 años.

Escolaridad: Preparatoria

Nombre de la madre: María

Escolaridad: Secundaria

Edad: 25 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre del padre: José

Escolaridad: Secundaria

Edad: 36 años

Lugar de trabajo: Comisión de Tránsito

Hermanos: Rosa, 5 meses

Procedimiento

A partir de la derivación se realizaron observaciones para recabar datos sobre el desenvolvimiento del niño en situaciones o ambientes en los que generalmente muestra las conductas que las maestras señalan como motivo para la intervención.

Se llevaron a cabo dos entrevistas semidirigidas, con la madre con una duración de (30 minutos c/u)

La tercera entrevista fue con el padre, que en primera instancia estuvo en compañía de su esposa por 15 minutos donde se dio a conocer la información pertinente devolutiva y de contrato para luego por 15 minutos más abordar la problemática a solas.

La cuarta entrevista fue con el paciente, entrevista clínica con el niño (Hora de juego diagnóstica).

Entrevistas de tratamiento, cinco. Y finalmente una entrevista de seguimiento que dio lugar a trabajar en otros aspectos que emergieron con la resolución del primer motivo de consulta, por lo cual se les recomendó a los padres de familia asistencia psicológica.

Motivo de consulta

La maestra del Pre-Kinder solicita la atención para el niño señalando que tiene: problemas de concentración, comportamiento y disciplina; no acata órdenes y es muy agresivo con los compañeros y puntualiza "hay una niña en especial, a la que persigue y molesta todo el tiempo, ella no lo puede ver porque le tiene pánico, se le esconde y tiembla cuando él está cerca, porque sabe que le va a pegar o a lanzar objetos". Sobre dicha situación la maestra comenta que la mamá de la niña ya está al tanto y que ha pedido que tomen medidas en el asunto porque de lo contrario sacaría a su hija de la escuela, por ello, la maestra junto con la coordinadora derivan el caso.

Antecedentes familiares y personales

Lucio vive actualmente en casa de sus abuelos en compañía de su mamá y de su hermana. El papá, por motivo del trabajo tiene que pasar cinco días de la semana en otra ciudad, y por ello, la mamá decidió quedarse en casa de sus papás para no permanecer sola cuando su esposo no esté y para que le ayuden a cuidar a la bebé.

La señora María comenta que desde el nacimiento de la bebé Lucio ha tenido cambios en su comportamiento y reafirma los hechos ocurridos en la escuela, ya que las mismas conductas se repetían en el hogar. Ella cree que el problema se debe a los celos: que lo dejen de querer o la quieran más a la hermana, por los comentarios que ha hecho diciéndole "mami, tú así como la coges a la bebé me cogías a mí" o "yo también tomaba el seno como ella" y para no dar lugar a que piense que no lo quieren, procura darle mucha atención y no le regaña mucho.

El niño también advierte sobre sus temores, los que son despertados a raíz de un suceso de conocimiento público: el fallecimiento de Michael Jackson, lo cual dio lugar a

un bombardeo de publicidad incluyendo un video donde salen unos zombis que le asustan sobremanera (todo el tiempo habla sobre eso), sin embargo le llaman la atención y pide verlos "le dije a mi papi que me compre la película". A ello también se agregan otros objetos, situaciones y personajes que teme como "la serpiente", "el rey león", "Hulk" y la "oscuridad".

En la primera entrevista con el niño, en la hora de juego psicoterapéutica se presenta un indicador importante para la conducción de un diagnóstico presuntivo. Realiza un dramatizado con dos muñecos: que representan a Batman y a Superman, uno ataca a otro, el uno es mas grande que el otro "le pega porque se porta mal" "le castiga si besa a la muchacha", y agrega que se quieren pero "yo lo quiero aplastar a Superman (toma el lugar de Batman) pero él es mas grande. En las próximas entrevistas el juego se repite, con los mismos personajes a diferencia de sus roles.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre del niño llega con la bebé en brazos, su apariencia demuestra el reciente alumbramiento: su abdomen hinchado, la ropa holgada, su rostro sin maquillaje y algo ojerosa. El padre llegó con el uniforme del trabajo, muy inquieto, viendo al reloj todo el tiempo como si estaba con prisa, no habla mucho y responde de manera corta y puntual, no opina sobre el tema solo indica con la cabeza su apreciación. Al contrario del padre, la madre colabora con información que atañe al caso.

La apariencia del paciente es peculiar, tiene abundantes vellos en los brazos, piernas, cara y forman a su temprana edad un bigote; su voz también es bastante grave para su edad. Desde el primer contacto que se tuvo con el paciente, esa presentación física llamó la atención, al igual que la libertad para entablar un diálogo el cual constaba de un vocabulario muy extenso a diferencia de otros niños de 3 años, también la forma directa de abordar y exponer sus temores.

Las siguientes entrevistas se muestra muy interesado en participar, solicita la atención y aprovecha los momentos de distracción de las maestras para "escaparse" e ir al departamento psicológico.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente neurótico con rasgos fóbicos. Iniciación del conflicto edípico.

Síntomas depresivos: Irritabilidad y expansividad. Extraña al padre, no lo ve seguido y la lucha por la ambivalencia amor-odio debido a la angustia de castración, al igual que el temor a quedar atrapado en el deseo de la madre (porque su padre no está presente para evitarlo) se descarga por medio de ese mal comportamiento que manifiesta.

Mecanismos de defensa

- † Represión: Ese sentimiento hostil, propio de la lucha entre el padre por el amor de la madre es reprimido y controlado hasta cierto punto, ya que el inconsciente escapa por medio de lapsus, frases inacabadas, chistes, etc. Dejando en descubierto sus deseos, temores y fantasías.

- † Negación: A mas del "odio" por el padre que es canalizado en ese juego de lucha de fuerzas y virilidad (para no reconocerlo y ser castigado por los otros de la sociedad), la inclusión de la hermana en su mundo es negada y casi olvidada, que se necesita recordarle de su existencia, es así que por ejemplo, cuando comenta sobre un viaje a la playa que realizó con su familia dice: "nos fuimos a la playa todos juntos y nos bañamos en la mar... yo, mi mamita y mi papito" y al respecto se le pregunta por la hermana y responde "¡ah si! también fue ella". En otra ocasión me pide que le haga un dibujo de la familia y me describe como debía hacerlos y al igual "se olvida" pedir que dibujen a la bebé. La negación a la hermana se presenta como el olvido, la tachadura e inexistencia de ese personaje en la historia de su vida, es la fantasía de seguir teniendo la mirada absoluta de la madre y la atención (aunque escasa, necesaria) del padre .

- † Proyección: En los momentos lúdicos de las entrevistas, sus sentimientos ocultos insisten y aparecen manifiestos en los distintos personajes. Se trasladan de la realidad a ese mundo ficticio del juego, y él los actúa y designa los roles que manipula y le proporcionan la efectiva descarga de angustia y goce que por otros medios a su edad es difícil canalizar.

- † Desplazamiento: Hay una compañerita que en particular es objeto de toda su atención, manifiesta que le gusta y que es su novia pero contradictoriamente es a la que peor trata de todos los niños, le pega, la molesta, la asusta, como si tratara con su comportamiento mantenerla lejos, y en relación a la situación con la madre, aunque le gusta y debería rechazar el pensamiento incestuoso, a ésta no puede alejarla como lo hace con la niña.

- † Sublimación: Comenta sobre una película que le ha llamado mucho la atención, "El rey león"; aquí el padre en una escena muy dramática muere por salvar al hijo y responde ante el hecho: "pobrecito el rey león se murió y el hijo llora mucho porque se queda solito" "pero el papá se fue al cielo y lo cuida y le habla desde el cielo". La justificación perfecta ante la aniquilación del padre es haber ayudado al hijo y hablarle y contemplarlo desde el cielo, lo excluye de toda culpa.

Diagnóstico nosográfico

F91.3 Trastorno negativista desafiante (313.81) Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

Planificación

Objetivos Intrapsíquicos:

- † Interiorizar la función del padre como portador de reglas y de la castración aunque su imagen no esté presente la mayoría del tiempo.

- † Verbalizar los sentimientos negativos que son reprimidos y canalizados inadecuadamente en el mal comportamiento.
- † Aceptar la llegada de la hermana a la familia y asimilar la presencia de ese otro, no como el rival que le quita el amor de sus padres.

Objetivos relacionados a su entorno:

- † Con la madre.- es necesario que mantenga una posición oportuna ante "el enamoramiento" de Lucio, es decir que no se preste a confusión y quiera dormir con él, darle besos en la boca, permitirle todo lo que él quiere, actitudes que han venido dándose por falta de conocimiento.
- † Con el padre.- dada la poca presencia en la vida del niño, es indispensable que aproveche al máximo el tiempo que pasa en casa, proveyéndole de amor y comprensión, que no se vuelva en una figura totalmente autoritaria sino que haya un equilibrio, y que no siempre sean castigos. Debe también refrendar la autoridad de la madre, para que cuando no esté, de igual forma, obedezca las reglas y asimile la disciplina de la mamá.
- † Con la maestra: que logre entender el pasaje normal que todo niño atraviesa a su edad por dicho Complejo, y que no sea objeto de manipulación sino que vea que el proceder del niño es sólo para llamar la atención y para demandar disciplina con afecto.

Evolución del tratamiento

Lucio es derivado por mal comportamiento, no obedecer las consignas de las maestras, interrumpir las clases y molestar con agresividad a sus compañeros de clases.

Desde el primer nexo con el terapeuta se muestra colaborador y responde abiertamente desde sus fantasías y con un lenguaje muy elaborado para su edad, sus conflictos internos.

Exterioriza un interés realzado sobre la sexualidad humana, alegando con variadas insinuaciones sus deseos edípicos de "estar" con la madre, a todo ello se suma las prohibiciones que ha interiorizado por el funcionamiento del superyó dado por la sociedad que le reprime angustiantemente ante la posibilidad de consumir el hecho y toma la forma de fobias. Sin embargo, el juego de seducción continúa, se muestra en las actividades lúdicas y en las formaciones del inconsciente.

Se muestra una lucha dividida de amor-odio por el padre, la ausencia de este último lo deja en el desenfreno de sus pulsiones; es necesario que ese otro castrador este presente para no dar rienda suelta al amor que la madre desborda en él, el cual no puede ser controlado. Se dificulta el proceso porque en las entrevistas se descubre que la mamá del niño para consentirlo un poco, que no se sienta desplazado por su hermana o que no le afecte tanto la falta del papá en casa; duerme con él, lo sobreprotege, le da todo y le hace todo, y además tiene atenciones desproporcionadas de afecto, hasta cierto punto impropias en esta etapa: como besarle en la boca por ejemplo. Son todas estas variables las que envuelven al pequeño en un enmarañado de confusiones que solo producen irritabilidad, ante la impotencia de no poder expresar abiertamente por medio del lenguaje sus estados internos.

Ya habiendo logrado una oportuna transferencia, se pudo hacer esclarecimientos necesarios para bajar periódicamente los estados de angustia. Primero se elaboró la inclusión de la hermana en el círculo familiar, haciéndole entender su irremplazable lugar tanto en el espacio físico como en el sentimental en las vidas de sus progenitores y demás familiares. Paulatinamente se hizo responsable en el cuidado de la hermana, lo que ayudó a que la convivencia en casa sea más llevadera y saludable, se mostraba mas maduro, pues anteriormente los berrinches por celos se daban día tras día.

Con el padre, se pudo enfatizar lo referente a las leyes, normas y demás. Según los datos proporcionados por la madre, a la figura masculina o a la del padre en especial, es a la única a la que muestra respeto y temor: "cuando él llega a la casa, Lucio no espera que le digan 2 veces las cosas porque sale enseguida corriendo y obedece todo

lo que le dice el papá" (en las observaciones se pudo constatar que a los conserjes también les hacía caso). Por lo contrario, a la mamá no le obedecía, eso se tornaba en un problema, porque es la figura femenina la que se desvaloriza, su palabra de autoridad esta opacada, por esa razón las maestras no lograban que el niño cumpla con las ordenanzas, consignas y reglamentos necesarios para el buen funcionamiento de las actividades en ese contexto, repitiéndose de igual manera al principio de la intervención psicológica. Explicándole al padre, las situaciones que se estaban dando por el manejo inadecuado de la disciplina, se le orientó para que en los días que permanezca en casa trabaje sobre aquello, refrendando la autoridad de la madre, para que se respete su palabra también en su ausencia y así por añadidura respalde los lazos afectivos con su esposa delante del niño.

Con señalamientos puntuales a los padres se les explicó y guió en el manejo del complejo de Edipo y de castración, como una situación normal en todo infante, de que manera ellos pueden hacer que se logren las identificaciones correctas y evitar los malos entendidos al respecto. Con la disminución de la angustia las fobias se fueron debilitando y la convivencia en las clases mejoró.

Informe 2: Caso "Cinthya"

Fecha: Febrero 26 del 2010

Profesional: Ana Labanda Portugal

Datos de filiación

Nombre: Cinthya

Edad: 6 años.

Escolaridad: 2do año básico

Nombre de la madre: Eugenia

Escolaridad: 4to semestre de relaciones exteriores

Edad: 27 años

Ocupación: vendedora de artículos varios

Nombre del padre: Francisco

Escolaridad: Secundaria

Edad: 32 años

Ocupación: músico

Hermanos: ninguno

Procedimiento

Debido a la situación emergente que atraviesa la familia por la separación de los padres, la maestra solicita que se inicie el trabajo terapéutico de inmediato porque señala que la niña ha tenido un cambio intempestivo de conducta y sobre todo el que concierne al académico. Por ello, las observaciones fueron escasas, solo por un día, la mayoría del tiempo inicial fue para recabar datos con la docente sobre lo ocurrido.

A la primera cita, llegaron ambos padres (10 minutos c/u) para explicarles el desarrollo y el contrato de las consultas y luego individualmente se llevaron a cabo entrevistas semidirigidas con una duración de (30 minutos c/u).

En la segunda entrevista y con la información proporcionada por los padres, se abordó a la niña para explicarle el motivo de consulta y el consentimiento para la intervención terapéutica. Con la respuesta positiva a colaborar, ese primer contacto directo duró (30 minutos).

Con la paciente se trabajó tres entrevistas más para que con la guía de actividades lúdicas y test proyectivos, se pueda esclarecer el conflicto latente y sus estados emocionales inconscientes, lo cual se desarrolló por tres días, alrededor de 20 minutos cada día.

La sexta entrevista fue con la madre donde se dio a conocer la información pertinente devolutiva, las referencias que surgieron de los test proyectivos, y para explicar los puntos sobre los cuales se abordaría la psicoterapia y su colaboración para el oportuno progreso de los mismos (30 minutos).

Posteriormente cuatro entrevistas de tratamiento. Con la madre, se tiene dificultad para contactarla y hacer el cierre oportuno del caso, también el seguimiento. Pero la maestra es quien expone las mejorías en las materias que presentaba dificultad tras el conflicto en la relación de los padres. No obstante, se obtuvo resultados positivos y en la última entrevista la niña reconoció el alivio de sus síntomas.

Motivo de consulta

La señora Eugenia solicita la atención psicológica como apoyo para su hija, puesto que cree necesaria la orientación para manejar el nuevo estilo de vida y las situaciones que se generan tras la disolución de las relaciones como pareja entre ella y el padre de la niña. A lo que acude a la institución educativa y manifiesta a la docente encargada el pronto seguimiento del caso.

A más de ello, es derivada porque presenta un cambio negativo de conducta y un bajo rendimiento escolar, su letra ha desmejorado; su maestra lo relaciona con la reciente separación de sus padres.

Antecedentes familiares y personales

La niña ha tenido que acomodarse a un cambio de ambientes drásticamente desde lo sucedido con sus padres. Por ejemplo, cambiarse de domicilio y vivir en casa de los abuelos maternos, compartir el domicilio con la tía y su familia y con los tíos solteros.

La niña no expresa su molestia, pero de manera indirecta se refiere a la casa con inconformidad: "en esa casa vivimos bastantes personas, es un relajo".

Pero dos personajes que habitan en su nuevo hogar, son los que le alivian un poco su estadía, su primo Santiago y su gatita Preciosa, de quienes platica todo el tiempo. Algo peculiar que en las entrevistas se daba, era el notar la función de la gatita, siendo ésta utilizada en algunas ocasiones para reflejar sus sentimientos, aquellos difíciles de poner en palabra, los que generan culpa o reprensión: "la gatita se siente sola, yo por eso tengo que cuidarla, además hay muchos animales en la casa, y le pueden hacer daño, esos perros a veces son amigos, a veces se la quieren comer".

Sobre la separación de sus padres y la resolución de finiquitarlo con el divorcio, Cinthya manifiesta un monto de culpabilidad, sobre como se dieron las cosas y sobre como la mamá se entero de la supuesta infidelidad. Acerca del tema narra los sucesos, con un poco de temor, pues advierte que no se entere su mamá, que por ella se conocen los hechos: "Mis papás se habían peleado por algo que había dicho una amiga de mi mami, que mi papi andaba de enamorado de la novia de su amigo, por eso, nosotros nos fuimos a pasar en la casa de mi abuelita, pero mi mami a veces me llevaba a la casa para que vea a mi papi o me vaya a dejar a la escuela. Pero un día que fuimos, ella me espero hasta que él saliera a verme, antes mi mami solo me dejaba allí y se iba, yo subí al cuarto porque no salía, le gritaba pero no me contestaba, después él salió pero solo sacó la cabeza por la puerta, yo quería entrar, él me cargó, yo empujé la puerta y estaba esa mujer, la novia de su amigo, empecé a gritar y salí corriendo a ver a mi mami, mi mami me estaba esperando todavía abajo y subió, se volvió como loca, le pegaba a esa chica y a mi papi, mi papi la empujó, y yo solo gritaba y lloraba, llegó mi abuelita y me sacó, yo estaba muy asustada". Es a partir de lo ocurrido ese día, para lo cual ya habían transcurrido 2 meses, que la señora Eugenia decide divorciarse y el papá no reconociendo las razones, pues sostiene que todo fue producto de una confusión, también acepta la resolución porque dice estar cansado de los celos de su ex esposa.

En la escuela las irregularidades se muestran en materias de lenguaje y escritura, la maestra recalca la notoria diferencia de la letra y la pulcritud en sus tareas, cosa totalmente opuesta en la actualidad, pues parecería que no le interesa realizar cualquier actividad o esmerarse por cumplir eficientemente con las disposiciones académicas.

Su comportamiento en otros círculos también revela un cambio, su incomodidad en todo lo que se ha generado por la relación entre sus padres le ha dado un giro a su estilo de vida y por ende de sus relaciones sociales y la forma en que responde a ellas.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

Los padres de la niña llegaron a la primera consulta tras la petición del Departamento de Psicología. La mamá tenía puesta unas gafas oscuras, ropa un poco ajustada y un pronunciado maquillaje. Ingresó al consultorio alterada, de entrada empezó a hablar, mostrando un interés elevado por la situación con su hija. Todo lo contrario reflejaba el padre. El señor Francisco es un hombre delgado, cabello algo largo, vestía un par de jeans y una camiseta. Llegó al departamento con la mamá de su hija pero se pudo reflejar el distanciamiento entre ambos, ya que el señor ingresó atrás de ella, tomó una silla y se sentó nuevamente detrás de la señora. No opinaba del tema, solo si se le pedía la palabra y tan solo asentía con la cabeza para responder lo que se le preguntaba. Por lo tanto se les solicita tener sesiones por separado, para evitar que la situación se torne incómoda, pues las palabras de Eugenia subían cada vez más de tono, culpando totalmente de lo ocurrido al papá de la niña.

Ya en las consultas individuales se recaban datos sobre lo ocurrido, cada padre relata su versión de los hechos; el papá por ejemplo aclara que no le ha sido infiel a su todavía legalmente esposa, sino que los problemas de celos son los que han provocado que ella piense que algo pasó, dice sólo haber estado consolando a una amiga. Solicita la ayuda, aclara que debido a los malentendidos la niña muestra resentimientos: "la mamá le está llenando de ideas torcidas a la bebe, le dice mentiras

y la pone en mi contra". La mamá señala su firme decisión del divorcio, ratifica la desconfianza que siente por las múltiples sospechas de que le es infiel, porque él mismo ha dado lugar a ello, a lo que se añade otros aspectos como, la irresponsabilidad al no aportar económicamente con los gastos de la casa y de Cinthya: "yo no sé porque está aquí y decidió venir, si a él no le importa nada de lo que tenga que ver conmigo ni con la bebe, él es un inútil e inmaduro piensa solo en su música, como si eso nos ha dado de comer, es por mi trabajo y la ayuda de mis padres que hemos podido sobrevivir".

Cinthya es una niña amigable, colaboradora, no pone resistencia a acudir a las sesiones, son pocas las ocasiones en que llega desarreglada, tiene cuidado de su presentación. Cuando llega saluda "exageradamente" cariñosa, abraza con un fuerte apretón y da un beso en la mejilla igualmente enérgico. Se puede detectar su manera sutil de usar al terapeuta como intermediario para la posible reconciliación, es su "deseo" (mas podría añorar la estabilidad, su casa, no el señalamiento por los demás, etc.) ver a sus padres nuevamente juntos.

La primera reacción de los hijos es el desconcierto por una situación que saben que existe, pero que no entienden, y es el caso de la niña, ya a sus 6 años de edad el panorama hostil es percibido como un enmarañado de confusiones.

Ella ha conocido a sus padres siempre juntos, darse cuenta de los problemas que provoca, el hecho de que ahora comience a ver menos a su padre, se añade al desconcierto y al dolor. La niña, además, es víctima de crisis nerviosas o depresivas, la tensión entre los cónyuges se traslada a los otros miembros de la casa y genera discusiones o enfrentamientos violentos.

Diagnóstico clínico dinámico

Neurosis infantil con rasgos histéricos, que se sostienen por la manifestación de síntomas que aparecen juntamente como resultado de conflictos inconscientes provocados por la actuación de impulsos libidinosos o agresivos que han sido reprimidos y que permanecen activos y sin resolución. Estos conflictos se derivan

ordinariamente de otros más tempranos resultantes de la interacción del paciente, sus padres u otras personas importantes en su ambiente.

Mecanismos de defensa

- † Represión: En las neurosis es muy común la represión, genera de cierto modo y hasta cierto punto un alivio mas o menos consciente de la problemática, puesto que lo doloroso en el caso de la niña de vivir lo referente al divorcio de sus padres es mejor borrarlo de su memoria, hay detalles que evita exponer en la consulta, comentarios que no termina y prefiere evadir, cambiar de tema o simplemente se retira justificándose que tiene otras cosas por hacer.

- † Introyección: Interioriza el comportamiento de la mamá, habla como ella, tiene los mismos ademanes cuando está molesta, repite lo que dice, en ocasiones toma la palabra interiorizando completamente su papel: "esa zorra anda que lo molesta, ella es la culpable".

- † Proyección: Los sentimientos o ideas estresantes, son proyectados tenuemente en su gatita Preciosa, ella comenta vivencias, escenarios que observa con mucha precisión sobre el comportamiento del animal. Con una escucha minuciosa se puede discernir que en la gata está depositando emociones propias, criterios o pensamientos; en otras palabras, expresa como se ve en la historia de su vida, sus temores y deseos que no pueden ser enunciados con libertad, puesto que generarían malestar en los demás y en si mismo. Un ejemplo de ello: "mi gatita Preciosa no quiere comer, no sé que le pasa pero no tiene hambre, creo que está enferma o molesta, o triste, no sé" (en relación, la niña estaba presentando dolores abdominales, náuseas y vómitos). También cuando narra aspectos algo dolorosos, los evade y empieza inmediatamente a hablar de la gata

- † Formación reactiva: Detiene la aparición de un pensamiento doloroso, sustituyéndolo por otro más agradable. Se convierte en continuas sesiones en

el mecanismo de defensa más accesible. Para lo que se tuvo que elaborar un proceso consistente de aclaraciones, que entienda que en el marco de la terapia podía expresar sus sentimientos tal cual como son, sin apariencias, que parte del trabajo psicológico se trata de manifestar lo que con los demás no puede.

- † Aislamiento: se divorcian los recuerdos de los sentimientos, como manera de soportar los hechos. Cinthya después de las tres primeras entrevistas tiene una conducta diferente a las anteriores, donde se mostraba alterada, triste o culpable, ahora aparentaba estar muy tranquila, comentaba que todo había estado muy bien y sobre lo sucedido de la escena de la infidelidad, se ríe, cambia algunos detalles, demostrando que lo que vivió nunca se dio, tal vez el mecanismo es usado para expresar que "el dolor puede desaparecer junto con el recuerdo".

Diagnóstico nosográfico

F93.0 Ansiedad por separación (309.21): ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concierne a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por los siguientes síntomas:

- † malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
- † preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
- † resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
- † quejas repetidas de síntomas físicos sin justificación orgánica (dolores de cabeza, dolores abdominales, vómitos, náuseas) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.

Planificación

Objetivos Intrapsíquicos:

- † La niña debe verbalizar los conflictos de manera consciente, haciéndose responsable de sus emociones y no evadirlas por medio de justificaciones que la resguardan.
- † Liberarse de la culpa que se despertó por haber presenciado el hecho de la infidelidad y de denunciarlo frente a su madre. Además de la culpa que generalmente todo niño se adjudica referente a las separaciones, creen tener algo que ver en la decisión. Las aclaraciones junto con el diálogo despejan malos entendidos que se incorporan.
- † Entender la relación entre los padres, como un asunto que les compete plenamente a ellos, desligándolo del amor y los lazos hacia ella.

Objetivos relacionados a su entorno:

- † Con la madre. - debe entender que no puede exponer a la hija a sus propias inestabilidades y confusiones. La niña no debe ser tomada como objeto de castigo con el padre, pues es más dañino para ella porque sus sentimientos no los puede dividir por razones que no son claras. El hecho de no permitirle a la ex pareja que visite a la hija es un mal mecanismo para pugnar.
- † Con el padre. - proponerle una organización saludable en cuanto a la relación con Cinthya, estableciendo horarios de visita, lugares donde verse, parámetros referentes a las atenciones básicas, como la manutención y sus necesidades afectivas, la disciplina y demás.
- † Con la maestra. - es oportuno que la maestra entienda el panorama de manera general, que no evalúe el comportamiento de la niña sin desligarlo del área psicológica. Que comprenda que los síntomas desaparecen cuando se puede llegar al autoconocimiento de lo que sucede en los adentros, la caligrafía mejorará junto con las otras alteraciones.

Evolución del tratamiento

La niña llega a la consulta con pleno conocimiento de que se la llama por lo ocurrido entre sus padres. Solicita que no se repita lo que cuente con ninguno de ellos. En primera instancia se muestra confusa, aturdida, algo triste, sin embargo narra los hechos eufóricamente. Sea verdad o no, tiene conocimiento que la relación ya se había deteriorado tiempo atrás y repetidamente discutían, según lo que manifestó.

Referente al motivo de consulta, la mala caligrafía y el comportamiento inusual reflejaban la distorsión de la imagen, propia del sentimiento de culpa, es el desprecio por lo malo que ha sucedido, produce las siguientes interpretaciones: "soy fea... una persona detestable... me merezco este castigo... es mi culpa... mis problemas no cuentan para nada... tengo una mala letra porque así yo soy también..." A lo anterior se añaden los trastornos alimenticios que se empezaban a dar, pero que a tiempo pudieron ser controlados. No quería comer y cuando comía se desesperaba por la sensación de vómito que le producía la ingesta de los alimentos: "Cuando como soy la persona más detestable del mundo y merezco morir, pero cuando no como, soy la mejor muchacha del mundo." El comportamiento se manifiesta como una forma de autocastigo.

Un poco después del segundo mes de asistir a las consultas, muestra un cambio repentino, la maestra señala que se rehúsa ir al departamento de psicología, y también comparte el sorprendente retorno a su estado anterior, su letra había mejorado, se mostraba más tranquila, y al parecer feliz. Cuando se da la oportunidad de charlar con Cinthya, nuevamente pide discreción y comenta que su mamá tiene un novio, que las hace muy felices a ambas, es muy amable pero que ha pedido no lo comente con nadie.

La niña más que la unión entre sus padres, demandaba la estabilidad emocional que ambos padres puedan proporcionarle, no ser el síntoma entre ellos. Ocupar un espacio único en sus vidas y ya no ser objeto de intermediación de esa verdad que buscan en el otro y que no pueden hallar. La nueva relación le deja a la madre otro depósito de sus

deseos narcisistas o al ideal del objeto perdido; ¿que pasará en la nueva relación? no se puede predecir pero siempre habrá esa falta primordial a la que Freud hizo alusión al respecto. El síntoma es, quizás, la forma en que el pequeño hace lazo con ese espacio de su entorno: escuela, familia, cuerpo sexuado, amigos. Sea para mitigar su odio, en busca de otro nombre de la libertad o del vasto mundo.

El alivio de los síntomas se produce cuando los padres renuncian (o por lo menos hacen el intento) al goce en el trabajo de la palabra del niño. El síntoma de la niña está en posición de revelar el modo en que ella sufre su relación a los goces. Los goces implicados en su síntoma, son el goce de los otros (sus padres) una vez que logra desligarse de ellos, los registre como impropios y si fuera posible los padres colaboren en ese proceso; una vez reconocidos, se manifestarán los síntomas propios, los que son parte del funcionar de todo sujeto.

Informe 3: Caso "Álvaro"

Fecha: Febrero 26 del 2010

Profesional: Ana Labanda Portugal

Datos de filiación

Nombre: Álvaro

Edad: 6 años.

Escolaridad: 2do año básico

Nombre de la madre: Sofía

Escolaridad: secundaria

Edad: 25 años

Ocupación: asistente

Nombre del padre: Carlos

Escolaridad: Secundaria

Edad: 53 años

Ocupación: gerente de ventas

Hermanos: dos

Procedimiento

El procedimiento inicia con períodos de observación que anteceden a las entrevistas. Se recopilan datos fenomenológicos de la conducta manifiesta del niño, tal como se muestra en clases, en la hora del receso, en compañía de sus compañeros, todo ello, tratando de efectuarlo con la mayor mesura, para que no se sienta presionado a actuar de manera diferente, ni manipulado por la mirada del otro (él desconoce que se le está observando). Su duración es de 1 hora por día, durante tres días.

Por medio de una nota se solicita la presencia de los padres, para contar con su aprobación en la intervención psicológica con el niño. La respuesta se la obtiene al siguiente día con la oportuna visita de la madre. Se realiza una entrevista con la señora, solicitando la atención para su hijo y se le explica el por qué se lo requiere. Ya con la aceptación, lo siguiente fue recolectar datos de filiación, evolutivos, personales sobre la vida del niño y su familia. Esa primera entrevista con la madre duró (45 minutos).

Posteriormente el paciente acude a la consulta desconociendo el motivo del llamado. Por lo tanto, la primera entrevista con el niño requiere que se le informe las razones de la consulta, la labor del psicólogo clínico y el proceso psicoterapéutico como necesario para que pueda resolver las situaciones que estaban dándose, las que desconoce pero que le inquietan y son un obstáculo para su desempeño. Se fijan los parámetros, horarios junto con todo lo que se determina en el contrato (30 minutos). La siguiente entrevista semidirigida con el niño es guiada enteramente a la indagación de información desde su óptica (30 minutos).

El padre acude por la petición de la esposa y reafirma la autorización para el proceso. Participando en el mismo, colabora con su percepción y puntualiza detalles indispensables sobre la problemática (30 minutos).

Las intervenciones continuaron por dos meses, distribuidas en consultas dadas una vez por semana durante aproximadamente 20-30 minutos, según como las resistencias iban surgiendo (en ocasiones se trataban temas que le incomodaban hablar y solo permanecía 15 minutos en el departamento psicológico, como mucho) Con la paciente se trabajó tres entrevistas más para que con la guía de actividades lúdicas y test proyectivos, se pueda esclarecer el conflicto latente y sus estados emocionales inconscientes, lo cual se desarrolló por tres días, alrededor de 20 minutos cada día.

Con la disminución de síntomas, el alivio del malestar y las consecuentes resoluciones de algunos capítulos inconclusos en su inicial vida, se procede a cerrar el caso, para lo cual se llama nuevamente a los padres, para darles a conocer los logros, así como también las limitaciones en la operatividad de la psicoterapia (45 minutos). Con el niño la entrevista devolutiva tomó 20 minutos.

Motivo de consulta:

La maestra solicita la atención debido al bajo rendimiento escolar, problemas de conducta. Tiene un trastorno de lenguaje que le ocasiona dificultad también en la escritura.

Antecedentes familiares y personales:

Álvaro es el mayor de dos hermanos. No es el hijo biológico de Carlos, sin embargo, éste ha consentido ocupar esa nominación ya que se unió a su madre cuando el niño tenía 3 años, siete meses después de la muerte de su verdadero papá. La forma de la muerte y lo sucedido alrededor de esa pérdida es lo que la madre lo relaciona, como lo desencadenante. Ella narra que tenía ciertas diferencias con el padre del niño, por asuntos de "faldas"; había una mujer con la que lo relacionaban. Recibía llamadas anónimas diciéndole que el esposo andaba en romances con otra persona mientras él no estaba en casa, lo que le hacía dudar y le llevó hasta la separación. Pero, las cosas mas adelante volvieron a normalizarse, él la llama a pedirle perdón, pidiéndole que regresaran. Dice: "justo cuando yo quería contentarme con mi esposo, recibo una llamada en la mañana siguiente diciéndome que vaya a la morgue, que había un cuerpo, que era el de mi esposo, que acuda a identificarlo; y sí, era mi esposo estaba muerto, lo habían ahogado".

La muerte trágica y abrupta del padre de Alvaro dejó muchas sospechas, líos, enredos, trastornos, en fin. El transcurso de lo ocurrido se vuelve más problemático y el detalle de un evento es presenciado por la madre como determinante, para darle una mera sustentación a los síntomas del niño.

En el velorio, la presencia de la presunta amante del papá genera discusiones entre Sofía y su familia. Dentro de todo el embrollo, Alvaro empieza a generar comentarios al respecto de la muerte, recuerda el último encuentro que tuvieron y llama la atención de la mamá para decirle que su papá estaba junto a él, que le estaba hablando, hasta empieza a simular una conversación. Niega que el cuerpo que se encontraba en la caja fuera el de su papá.

Sofía expresa su malestar por lo sucedido, señala personas implicadas en la muerte, culpa a la amante, al tío de su difunto esposo, entre otros. Todo lo anterior, por cuestiones bastantes delicadas, una de ellas es la acusación directa de haber sido víctima de un secuestro perpetrado por unos pandilleros bajo las órdenes de la mujer

con que estuvo el esposo. Ella por lo tanto, resuelve dejarlo todo y empezar una nueva vida al lado de un amigo que había conocido, le ofrecería un ambiente de tranquilidad, estabilidad y amor, decide por eso casarse con Carlos, estando embarazada del segundo hijo de la ex pareja, dice ella para darle seguridad a sus dos hijos.

Son muy confusos los recuerdos que el niño tiene al respecto de la muerte de su padre, lo poco que puede explicar o entender, son fragmentos inconclusos de lo que ha escuchado hablar por la madre y familiares, sin embargo, permanecen las ideas de sentir al padre como si estuviera presente y en íntima comunión con él.

Carlos mientras tanto responde escéptico ante la situación, cree que los encuentros "fantasmagóricos", no son más que producto de la imaginación que el niño utiliza para manipular a Sofía. Sostiene su interés por intervenir en la vida de su hijo ocupando el lugar del padre que necesita, no obstante, culpabiliza a su esposa por no darle esa posición frente a sus hijos, sobre todo con Álvaro.

Por parte de la escuela es enviado a donde una Psicóloga que lo está tratando por medio de terapias con animales, una de ellas es la equino-terapia, además de la medicación (Nerviopan y Complejo B) que le receta como parte del tratamiento para la cura de la hiperactividad que le diagnosticó. Pese a ello, no se muestran mejorías, según señalaron sus padres.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

Álvaro es un niño tímido, introvertido y con dificultades para enlazar frases y construir ideas, razones por las cuáles se incomoda al realizar un nexos o un acercamiento de tipo verbal. Su apariencia física devela inseguridades: camina con pisadas ligeras, como si le faltaran fuerzas, pues sus pies parece que se desvanecieran en cada paso. No se parece físicamente, ni a su mamá ni a sus hermanos.

El trastorno del lenguaje es fácil de detectar porque le impide pronunciar las palabras con claridad, sustituye la "r" por la "d" y la "s"- "c" por la "t", es así que dice Mauricio en lugar de Mauricio o pedmiso en vez de permiso. Habla como si estuviera cansado o le faltara el aire. Las dificultades también se dan en áreas motrices.

La mamá es una mujer joven, alta y delgada. Asistió a la consulta vestida con una blusa holgada y un par de jeans. Llega todas las veces que se la cita en compañía de su hermano menor.

Tiene un problema en el ojo derecho que es bastante notorio; al parecer carece de visión en ese ojo porque la córnea la tiene de color blanco. Debido a ese estado, se sienta a un costado del escritorio, para no ver directamente a los ojos y en las siguientes entrevistas siguientes se presenta con lentes de contacto de color, denotando la incomodidad que le causa ese aspecto en su apariencia.

Se muestra preocupada por el comportamiento de su hijo, al cual le denomina "extraño". Ratifica su participación para propiciar mejoras en el proceder del niño.

Carlos es un hombre de negocios, un empresario que dedica la mayoría del tiempo a su trabajo y así lo expresa desde que ingresa al depto. de Psicología, señalando su esfuerzo para estar presente y lo justifica porque dice importarle mucho su hijo.

Observa cada detalle y analiza lo que se expone en la entrevista, ya sea lo que dice su esposa como los dichos de la psicoterapeuta, precautelando sus respuestas; demostrando ser conocedor, mas que nadie, del conflicto y sus razones.

Aparentemente y pese a la firmeza con la que se muestra en la consulta, se daba a notar que Sofía controla y ejerce la autoridad tanto en casa como entre los dos. El se dejaba llevar por lo que ella decía y callaba con una sonrisa algo nerviosa cuando exponía su criterio, como si aceptara todo cuanto ella mencionaba o decidía.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Neurosis infantil con rasgos histéricos. Las principales características son la hiperexpresividad somática de las ideas, imágenes y afectos inconscientes.

Los conflictos psicológicos se expresan fundamentalmente a través del cuerpo. Son los trastornos del habla que se pudieron registrar, sobre la dislexia se necesitaron mas exámenes físicos, puesto que los que se realizaron eran escasos para definir un diagnóstico, sin embargo, en lo que refiere a la incapacidad por pronunciar las palabras, sus causas no se pudieron sustentar orgánicamente. Por lo tanto, se presumía de un caso de mutismo, propia en la histeria. El mutismo es la imposibilidad de articular y emitir un sonido, en dicha estructura se presenta frecuentemente en la dificultad para hacerse comprender, no pueden articular palabras, a lo mucho consiguen expresarse por medio de susurros.

El lenguaje adquiere significativa importancia. En la histeria como respuesta al amor del padre, el hombre también utiliza la seducción, en él existe una contradicción: por un lado como la mujer lucha con la seducción, y por otro lado lucha con armas propias del hombre: "la simbolización". Así la masculinidad tiene un acceso más difícil para el hombre que la femineidad para la mujer, ya que debe luchar para acceder a la masculinidad y debe luchar para permanecer ahí. La simbolización del falo no solo se da por el nombre y por los fetiches, sino que no termina en toda la vida por la dificultad para mantenerla.

Mecanismos de defensa

Entre los más sobresalientes se pudieron apreciar los siguientes:

- † Negación: hay un proceso de duelo que por doloroso o tal vez porque no se quiere reconocer esa muerte, se ha dejado en el olvido. Se anula ese pensamiento doloroso para que el padre conste en su realidad como vivo. La actividad inconsciente como regulador de la presencia necesaria del padre para su constitución subjetiva neurótica genera esa fantasía.

- + Fijación: el recuerdo de un hecho queda plasmado en la conciencia donde se vislumbra su deseo: el paseo con el padre es el evento primordial al que hace alusión respecto al fallecimiento de su papá. Si se le aborda el tema de la muerte lo desvía y se refiere a detalles del paseo, siendo uno de ellos, comer helado de mora.

- + Regresión: la mamá comenta que la visita de un primo a la casa ha producido
 - a. Debido a que el pariente tiene 3 años y a eso le añade: es hijo único, es engreído, balbucea como un bebé; esas conductas las está repitiendo Alvaro. A más de ello, sin ningún pudor tocó los senos de su tía, simulando una escena de un lactante pidiendo ser alimentado.

Diagnóstico nosográfico

F80.0 Trastorno fonológico (315.39), se sostiene por cumplir con los siguientes criterios:

- + Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p. ej., errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro (utilización del sonido /l/ en lugar de /k/ u omisiones de sonidos tales como consonantes finales).
- + Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- + No hay un retraso mental, si lo hubiera se trataría de un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental; las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Planificación

Objetivos Intrapsíquicos:

- + Se requiere de una elaboración psíquica pertinente para que Alvaro pueda incorporar la función del padre actual y eliminar paulatinamente, según como se vayan dinamizando los mecanismos de defensa, la fantasía de hacer presente un fantasma del padre.

- † Que se haga cargo del problema, que no los evada responsabilizando a los otros (reales o ficticios), sino que asuma su parte, que reconozca su responsabilidad en el proceso que lo encaminará a la disminución o eliminación de los síntomas.

Objetivos relacionados a su entorno:

- † Con la madre.- que asimile que la sobreprotección es la peor manera de proteger al niño; al contrario, lo hace dependiente, miedoso, inútil. Necesita a la madre para todo, sin ella deja de producir adecuadamente, cosa que dificulta sus labores escolares y demás. Por otro lado, la dureza en otras áreas (le habla fuerte porque dice que le da miedo que se haga "marica" debido a la ausencia de una figura paterna) pone de manifiesto las contradicciones que perjudican al niño, lo confunde, hay que evitar que se den situaciones similares. Debe de atender individualmente las demandas del hijo, lejos de lo que suceda con el esposo.

- † Con el padre.- La distancia puede convertirse en un obstáculo entre la relación padre-hijo, a la edad del niño la presencia de la figura masculina es determinante (identificación, proceso de castración entre la relación especular, madre y niño), razón que justifica la urgencia de afianzar los lazos cuando esté en casa o tenga tiempos para compartir con la familia y con el niño en especial.

- † Con la maestra.- aclarar el panorama desde la perspectiva psicológica para que asimile que su colaboración en las intervenciones serán de mucho provecho para ayudar al niño en su problemática y a responder de mejor manera a las demandas educativas.

Evolución del tratamiento

Pese a que el niño acepta la propuesta del trabajo psicológico, manifiesta resistencias para que se acceda a conocer su mundo interno. Le cuesta acceder al otro como Sujeto Supuesto Saber, ese lugar lo ocupa su madre, pero debido a que, es ella quien solicita la intervención en su presencia, se respalda de cierto modo la palabra, en este caso del Psicólogo. Ese es un primer indicador que el niño es muy dependiente a la madre, esa relación especular madre-hijo está todavía enlazada por el consentimiento de ambos (desde lo real y desde la fantasía), prevaleciendo la fortaleza histérica de Sofía para que las cosas sucedan así.

Es claro notar que se trata de una madre de estructura histérica que pretende atribuirse la capacidad fálica que no le corresponde como mujer, que ha sido tomada bajo la forma de ese niño, en otras palabras, impide pasar por la castración, la niega, incapacitando esa disposición del padre como veedor de ese corte. Muchas veces el miedo de entregarse a un hombre que puede abandonarla es tal que lleva a una disociación, entabla con el conyugue, de quien esta insatisfecha sexualmente, un vínculo tierno y dependiente mientras coloca la satisfacción sexual en un vínculo imaginario o fuera de la relación marital, o a la inversa.

Dos situaciones colaboran para que el transcurso del Edipo siga su curso: la muerte del padre biológico y la mala inclusión del padre adoptivo, por llamarlo así, como portador de la insignia fálica, ya sea porque no se siente capaz, simplemente no le interesa como lo manifiesta o porque la figura de la madre ha tomado la fortaleza que impide su participación (o todas ellas)

Cuando el pasaje edípico tiene un cierto efecto subjetivo, cuando se da un cierto avatar del tercer tiempo del Edipo en el que la salida no es muy "exitosa". Entonces la versión del padre que se inscribe no es la de un padre capaz de dar a la madre lo que la madre desea, no es un padre que tenga el falo, no es potente en el sentido genital, es un padre que no se interioriza como Ideal del yo . Es una virilidad deficientemente instalada, no tanto por el hecho que se produzca tal y como se lo escucha, también puede ser la madre quien altere ese proceso, desvirtuando al padre y colocándolo en esa posición de menos, ella siendo portadora del falo, de igual manera como consecuencia de un Edipo mal interiorizado. Con la madre del niño se explica mejor en esos constantes juegos de seducción-rechazo con su pareja, es en el preciso momento de sentirse objeto del deseo del Otro, que huye y rechaza la castración propia de la pérdida que sucumbe al acceder al amor.

Con la secuencia fantasmática de la realización del fantasma parricida, es el momento que abre la caída en la demanda materna ya que no hay un padre que haga de interdictor porque está muerto, estamos en la identificación al falo imaginario como respuesta a la demanda materna, es un momento persecutorio.

La madre está ajena al actuar del inconsciente respecto a esas relaciones madre e hijo, necesarias en tanto, se de paso luego a la aceptación de la separación. Aspecto muy acertado y que es aclarado según se va llevando el proceso.

Para el bienestar de Álvaro los padres como responsables de la crianza del niño, su formación adecuada, deben primero solucionar sus propios conflictos inconclusos y así no afecten a sus hijos en sus decisiones o actitudes ya en la convivencia del día a día.

Informe Psicológico # 4

Fecha: Febrero 26 del 2010

Profesional: Ana Labanda Portugal

Datos de filiación

Nombre: Carlos

Edad: 9 años.

Escolaridad: 5to año básico

Nombre de la madre: Heidi

Escolaridad: secundaria

Edad: 32 años

Ocupación: ama de casa

Nombre del padre: Leonidas

Escolaridad: secundaria

Edad: 36 años

Ocupación: mecánico

Hermanos: uno

Procedimiento

Tras la petición de la maestra se conversó con el niño para que se elabore la situación que desconoce y se ha dado o se está dando referente al padre, ofrece la oportunidad para acceder a la clase, realizar observaciones y no se levanten sospechas por parte del niño. Dos días son suficientes para indagar que en clases se desarrollaba adecuadamente las actividades escolares (una hora por día).

Se comunica al director que se requiere ubicar al padre, porque la problemática se generaba en torno a él. Un día se necesitó para localizar al padre, y se lo hizo por medio de la empresa donde trabaja que tiene un nexo directo por convenios con la escuela. Se conversó telefónicamente con el señor Leonidas y acepta por esa vía asistir al departamento de Psicología para tratar el tema (2 horas de clases).

La próxima entrevista es con la madre para tomar datos de filiación y tener conocimiento del conflicto desde su apreciación. Ella accede a la intervención psicológica como una mera posibilidad de reafirmar lazos entre sus hijos (30 minutos).

El padre acude, narra los hechos desde su versión y de igual manera acepta el proceso y su participación en el mismo (30 minutos).

Las intervenciones con el niño fueron primero dos veces seguidas en el mismo día (15 minutos que se disponían según los permisos de la maestra, pues se encontraban en evaluaciones) y continuaron una vez por semana durante 1 mes y medio aproximadamente (30 minutos cada día).

Los padres acuden individualmente en dos ocasiones más, la primera para la entrevista de contrato, señalando el encuadre y la segunda para hacer la debida devolución de ambas partes y acordar las salidas más factibles (45 minutos por día).

La respuesta positiva fue inmediata porque se trataba de resolver algunos malentendidos, el cierre fue bien asimilado por todos los miembros de la familia, generó buenas expectativas en relación a la pareja. Por eso se les recomienda concurrir a un terapeuta de parejas.

Motivo de consulta

A raíz de la celebración del día del padre, la maestra observa en el niño un comportamiento inadecuado y señala cierta hostilidad hacia la figura masculina/paternal.

Antecedentes familiares y personales

Carlos vive con su mamá y hermano en casa de sus abuelos maternos. Es el menor de dos hijos. Sus padres se separaron hace 5 años y desde entonces las relaciones entre su papá se disolvieron.

Pese a la cercanía de la vivienda del papá, verlo pasar por su calle, junto a su casa y en otros lugares que ambos frecuentan, no se acerca ni el uno ni el otro, se tratan como si no existiera lazo alguno entre ellos.

En la escuela se suscita un hecho que incomoda y despierta preocupación en la maestra. En vísperas del día del padre, cuando se hacían trabajos manuales que los niños le entregarían a sus papás en una fiesta especial que habían organizado, la maestra pregunta a la clase ideas para escribir un texto emotivo, bonito para las tarjetas; todos los niños mencionan aspectos positivos, cualidades, virtudes de sus padres y entre todos esos versos se interponen los comentarios de Carlos que empieza a vociferar: "que se mueran todos los papás, son unos malditos, no sirven para nada". Mientras los demás gritaban ¡que vivan los padres!, él a voz en cuello y con mucho enojo decía: ¡que se mueran los padres!

Es comprensible el hecho, por lo suscitado, de que la tarjeta no fue realizada ni mucho menos asistió al festejo por el día del papá.

La profesora señala las constantes ocasiones en que le ha llamado la atención para que no irrumpa en desorden u hostilidad cuando se topa algún tema referente a los padres (sean estos animales o figuras masculinas de referentes paternos). No obstante las áreas académicas son cumplidas positivamente es buen estudiante, se preocupa por cumplir las tareas, su comportamiento no ha generado mayores problemas.

La mamá en la entrevista cuenta los antecedentes de lo sucedido, lo que lleva a topar el tema del padre. Ella narra las continuas discusiones que tenían por la intromisión de terceros, siendo estos las familias de ambos. A la madre de Heidi nunca le gustó la idea de que ella deje los estudios para casarse con un hombre sin una profesión. A los padres de Leonidas el apego de Heidi ya casada todavía a su familia y la dependencia económica que ellos le proveían, lo vislumbraban como si ella no le daba el lugar respectivo a su esposo, cuando ya dispuso a unirse a él.

Otro factor era el alcohol y sus consecuencias. Leonidas se excedía en el consumo de las bebidas alcohólicas, dando rienda suelta a sus instintos descontrolados que más de una vez terminaban en ofensas hacia su pareja, o hasta golpes en los casos más extremos. Razones que conllevan a la disolución del compromiso marital, a más de ello, Heidi decide ir a vivir a casa de sus padres, quebrantando toda posibilidad de nexos, sobre todo con sus hijos. Al principio sí los veía, pero nuevamente la familia se interpone y una demostración negativa de una tía paterna de los niños, niega el permiso para que continúen visitando al padre. Quien al respecto menciona su alejamiento que es justificado a fin de no indisponer a sus hijos ante la palabra de la madre y la familia de ella, entendiendo que se habían convertido en el nuevo hogar de sus hijos. En respuesta a los continuos silencios ante sus saludos, él decide cortar toda posibilidad de reconciliación con su familia.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

Con el niño ya se había tenido un contacto pero de forma indirecta cuando se realizaba las observaciones. Se muestra muy atento, participativo, amigable, respetuoso, en fin, al parecer, la madre ha sabido conducir una correcta disciplina, sin embargo cabe mencionar que esos resultados son meramente fenomenológicos.

Físicamente es un niño con una estatura adecuada para su edad, aproximadamente 1,40 cm., de contextura gruesa, cabello corto – estilo militar, un poco descuidado en su vestimenta, pero es justificable porque a la edad de 9 años, es normal que los niños se ensucien jugando, sin que se percaten en como quedará su aspecto posteriormente. Es sonriente y muy expresivo.

Llega a la consulta con mucha inquietud, ya teniendo una presunta sospecha de las razones por las cuales había sido llamado. Luego de la presentación y explicación de la consigna, abre un parlamento extenso acerca del padre, señalando desde el primer momento como el peor de los padres. No obstante, se puede denotar un sutil monto de

goce en sus palabras, puesto que pese a que lo atacaba, sonreía, de manera incongruente con la narración, parecía más una actuación.

Por otra parte, la mamá es una mujer joven; se presenta a la consulta en jeans, camiseta y zapatos deportivos. Su femineidad en ademanes, léxico y mas, son bien expresados. Sobre la problemática, descarga toda la queja referente a la ex pareja, sin poder desligar, por más que hacia el intento, el factor económico.

Solicita que se abra paso a una consulta y ofrece a tener una reunión pacífica con el padre de los niños para el bienestar de ellos.

A partir de ello, empieza un "acecho". El niño se entera que se va a buscar los medios para entablar nexos con el padre. La madre acude al departamento psicológico y manifiesta que Carlos todos los días le pregunta: "mami, la cardióloga ya habló con mi papi". Tocaba la puerta del consultorio en varias ocasiones, en el mismo día, en los que no tenía cita, en los pasillos de la escuela, haciendo la misma pregunta, aspecto curioso porque en la primera intervención manifestaba que no le interesaba verlo porque los había abandonado.

Se localiza al padre y acepta vía telefónica asistir el asunto de sus hijos. Llegó vestido con uniforme del trabajo. Es un hombre delgado, tenía la barba crecida y un estilo un poco juvenil o informal.

Ingresa dudoso al consultorio, algo tenso. Un aspecto sobresaliente es que de entrada se podía observar sus ojos enrojecidos, como si hubiese llorado.

Niega el desinterés que se imagina puede pensar su familia. Asume que su error ha sido no insistir para que le permitan ver a sus hijos. Cuando se le puntualiza el tema de Carlos, empieza a llorar y solicita que se intervenga como vínculo para aclarar la situación, puesto que él ama sinceramente a sus hijos, que todo el tiempo que han estado alejados le ha sido de mucho sufrimiento.

El hermano mayor es algo renuente al asunto del padre. No ejerce comentarios subjetivos. No lo culpa ni se interesa tampoco por reconciliar lazos.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Neurosis infantil. Cuyo síntoma se expresa en primera instancia por medio de la palabra, una confesión que exterioriza su malestar "odiar al padre". Sin embargo, en el espacio que se le proporciona por medio de la intervención psicológica esa frase tiene otro tinte y allí se puede hacer otra lectura, el goce que se esconde del síntoma, ese beneficio secundario que le procura la queja. Más allá del conflicto por la ausencia del padre, revela sus intereses subjetivos, que entre sonrisas, muestran su deseo.

No se puede definir con exactitud si se trata de una estructura neurótica histérica u obsesiva por la premura de los encuentros pero se detectaron los siguientes síntomas que se inclinaban más hacia una postura obsesiva:

- † Meticulosidad en los actos.
- † Perfeccionismo.
- † Falta de libertad en la expresión verbal.

Mecanismos de defensa

Los más preponderantes fueron los siguientes:

- † *Formación reactiva*: el niño se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo sustituyendo los comportamientos, los pensamientos o los sentimientos que le resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos (suele actuar en simultaneidad con la represión). Este mecanismo se lo contempla por lo que señala, totalmente opuesto a su proceder: no quiere saber del padre, pero demanda verlo al mismo tiempo. El amor no correspondido puede ser manifiesto como un supuesto odio. La presión que se desprende de lo que pueda responder la madre ante su llamado de atención por reencontrarse con el padre, también puede ser la causante.

- † Negación: niega los sentimientos reales que están de por medio en la problemática. Los expresa de manera inversa.

- † Introyección: los vínculos afectivos con el padre que se queda con los niños, generalmente en casos de separación o divorcio, les deja la sensación de ser responsables, fieles, leales, etc. para con ese padre que brindó apoyo incondicional. El niño copia rasgos, palabras, en este caso, las mismas quejas que su mamá, expresándose como si fuera ella: "es que mi papá nos abandonó, ya no nos quería ver, es un borracho irresponsable". Se interioriza aún sentimientos, que no son más que una mala copia, por ello, muchas veces no pueden sostener sus quejas.

Diagnóstico nosográfico

F91.3 Trastorno negativista desafiante (313.81). Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses.

El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

Planificación

Objetivos intrapsíquicos:

- † Debe desligarse de las demandas sociales o de su entorno, para que le de cabida a las propias, a las personales. Equivale el desapego progresivo hacia la figura materna (cuya fortaleza debe estar reflejada en la adolescencia), de parte de ella como adulto y del niño, de modo que ocupa un lugar en el deseo del otro.

- † Sería oportuno afianzar la interiorización adecuada de la disciplina ahora propuesta por el padre, comprendiendo sus funciones y la de sus progenitores.

Objetivos relacionados a su entorno:

- + Con la madre.- debe iniciarse un espacio en el que se pretenda escuchar a la mujer, fuera de su postura como la madre, entendiendo que el síntoma del niño es producto de lo que en la pareja hay de sintomático y lo particular de cada uno referente a sus deseos propios.

- + Con el padre.- que pueda asumir su rol en función a lo que necesita el niño, para su crecimiento, salud y bienestar. Discerniendo que también puede ser usado por sus hijos, para que haga o les brinde lo que ellos desean libertinamente, pensando que por la culpa de haberlos dejado debe pagar ese precio. O viceversa, él pueda adjudicarse inconscientemente ese tipo de conducta: comprándoles cosas innecesarias, excediéndose en las visitas, privarlos del castigo, en fin, debe ese asunto ser equilibrado por el bien de todos.

- + Con la maestra.- como su contacto diario, debe tener cierto conocimiento del asunto para que no pueda juzgar al niño en función a un solo detalle (el mal comportamiento por el día del padre), sino que pueda en conjunto con la psicóloga propiciarle un espacio que le ayude a superar el pasaje por dicha adversidad.

Evolución del tratamiento

Carlos tiene una conducta fluctuante durante todo el proceso. De apertura parecería estar molesto, en otras ocasiones parece estar triste, por último se entusiasma con interés por ver al padre y probablemente para que se intermedie la reconciliación entre sus padres.

Según al diagnóstico al que se ha llegado se trata de un niño del cual se prevé una estructura neurótica (entendiendo que ésta se apropia después del Edipo en la adolescencia) en el que prima una queja por un padre ausente. El síntoma manifiesto revela el "odio" ante el padre, "que lo deja, lo abandona".

Pero ya basándose en la clínica psicoanalítica se puede constatar que esa demanda aparente, sólo esconde el síntoma latente, tras el que se oculta un aspecto determinante en el infante, el que responde al llamado de la conformación de su sexualidad. El aclamado padre, es asimilado como el llamado al Nombre del Padre.

La construcción de la neurosis infantil implica las articulaciones en el dispositivo analítico, que ponen en juego la función del padre, la construcción del lugar de la madre, la constitución de la posición del hijo y la disposición de distintas versiones del falo.

La resolución del Edipo se da a partir de las diferentes constituciones psíquicas de la versión del padre, siendo estas: El padre imaginario, privador, el padre que se ama y se odia – es al que se quiere matar- no el padre muerto, que es un amo, que hace la ley, pues no está bajo ella. Es necesario atravesar ese odio en la clínica sin retroceder para poder "hacerse del padre". Por otra parte, la función simbólica del padre implica, a partir de disponer del Nombre del padre, interiorizar esa instancia como tal.

Ya el padre real (la inclusión del padre nuevamente como veedor de la realización de un Edipo) se lo puede definir como actor de esa posición como hombre: es el que permite la construcción de la conclusión de la neurosis infantil. Sin padre real no hay articulación de lo imaginario y lo simbólico, por lo tanto, no hay neurosis infantil.

La madre es gestora de señalar la responsabilidad que tiene que construir el padre. En el presente caso hay la predisposición de aceptar la intervención de la ex pareja, porque reconoce no poder darles a sus hijos "eso que necesitan", asume que hay una falta, sin embargo, hace del padre en el lugar de la ley, y con ello se produce el brote de dos vertientes: la enmarcación de una ley ineficiente, solo como un espejismo, que trata de incidir, pero que al fin y al cabo ejerce cierto control en sus hijos. Por otro lado, el intento fallido, confunde, seduce al niño a quedar aprisionado por la fantasía del todo, a rehusar pasar por la castración que deviene junto con el Nombre del Padre.

Escenario que está a la mira en esos intervalos de amor-odio: "a veces si quiero a mi papi, a veces no", todavía, hasta donde se pudo avanzar con el niño, había un poco de duda, sobre si dar paso o no a la entrada del padre y "hacerse de él", lo que implica "tener esa falta en el ser", "para poder ser".

Informe psicológico # 5

Fecha: Febrero 26 del 2010

Profesional: Ana Labanda Portugal

Datos de filiación

Nombre: Rafael

Edad: 7 años.

Escolaridad: 3er. año básico

Nombre de la madre: Tatiana

Escolaridad: superior. Ingeniería Química

Edad: 38 años

Ocupación: química del laboratorio de una compañía

Nombre del padre: Benjamín

Escolaridad: superior. Ingeniería Química

Edad: 39 años

Ocupación: mecánico

Hermanos: ninguno

Procedimiento

La maestra pide la atención al Departamento de Psicología con la finalidad que se platique con el niño acerca de su conducta porque tiene actitudes negativas con los compañeros de clases y sugiere que se visite en una hora de clases para registrar la problemática (1 hora durante 1 día de clases).

Luego que se puede constatar físicamente los hechos que describían las maestras, se procede a citar a los padres, para que narren la historia del niño, la anamnesis y sus apreciaciones personales sobre su comportamiento, para ello se requiere tener sesiones por separado con cada padre, con el fin de apelar a la intimidad psíquica del sujeto (1 hora con cada padre)

Con el permiso de los padres se llama al niño al consultorio para explicarle las razones de su asistencia y las consignas para trabajar sobre lo que la maestra plantea una

conducta incorrecta en clases. Reconoce que necesita tratar asuntos subjetivos por lo que aprueba asistir a la psicoterapia. Todo ello llevó 30 minutos.

Se convoca a la escuela nuevamente a los padres para realizar el contrato respectivo, detallar los roles y funciones pertinentes para iniciar el proceso (20 minutos con cada padre).

Con el niño se inicia la labor psicológica, desarrolladas durante 2 meses, 3 días a la semana y en sesiones de 30 minutos aproximadamente. Dentro de las cuáles incluyen test proyectivos entre otras herramientas utilizadas para intervenir en lo psíquico.

El caso es cerrado con la debida devolución tanto con el niño como con los padres del menor.

Motivo de consulta

El primer motivo de consulta lo realiza la maestra porque señala que el niño es muy inquieto, no trabaja en clases, molesta a sus compañeros, distrae y no permite que los demás atiendan.

Luego de conversar con los padres solicitan que se trate el tema referente al nacimiento de su hermana, puesto que la madre tiene 4 meses y hasta la fecha asimila el embarazo, no lo acepta, ni mucho menos desea que nazca.

Antecedentes familiares y personales

Los padres comentaron por igual que la familia es muy unida (razón que no justificaba la conducta de Rafael), comparten los fines de semana al igual que las noches que llegan de sus labores. Para ellos la situación se ha producido debido a la intervención de terceros, siendo éstos los abuelos de ambos padres.

Rafael vive en casa con sus padres, pero está bajo el cuidado de una niñera debido a sus trabajos. Sin embargo, la conducta del niño ha provocado que las señoritas que lo

cuidaban, ya no deseen hacerlo; por lo cual sus abuelos se ofrecieron para atenderlo en las tardes turnándose por semanas.

Desde que se anunció el embarazo, directamente confiesa no estar de acuerdo con el hecho: "yo no sé porque quieren tener otro hijo, si ya estoy yo", "a mi no me preguntaron". Su comportamiento ha tenido un cambio intempestivo tanto en casa como en la escuela: "no obedece, quiere hacer lo que le parece, tiene berrinches descontrolados, no respeta a los adultos y se pelea con todos", señala la mamá.

Otro factor que se añade a los cambios es el "engreimiento", dice Tatiana que quiere pasar todo el tiempo con ella, le genera tristeza dejarlo solo porque llora desconsoladamente y la amenaza de que algo le va a puede pasar a él en su ausencia. No quiere que se vaya a trabajar porque tiene miedo que ya no regrese a la casa.

El niño pregunta sobre las atenciones que tienen con el embarazo: "¿mi mami tenía ascos así cuando me tenía a mi en la panza?", "¿iba también al doctor muchas veces?", "¿tomaba medicamentos, se vestía así?", etc.

Los padres han optado muchos medios para vincularlo con la nueva hermana, pero es muy renuente a aceptarlo, cede en ciertos casos porque cree que debe estar pendiente de que el bebé no le produzca algún daño a la mamá. Por ejemplo, un día le acompañó al doctor a realizarse una ecografía y manifiesta la mamá las penurias que pasó porque estaba inquieto, asustado, actuaba como si el doctor también tuviera algo que ver en el embarazo (visto como una treta en su contra para quitarle el lugar que ocupa).

Acerca de los abuelos, dice Benjamín que él ha escuchado que lo molestan a propósito, que se divierten verlo como se pone de irritable cuando se le menciona el tema de tener una hermana. Ya les han llamado la atención, pero ellos se justifican en que lo hacen para que se vaya acostumbrando, que ya no será el bebé de la casa.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico descriptivo:

Las primeras impresiones que generó Rafael fueron de un niño despierto, muy comunicativo, así como analítico: lo que le generaba curiosidad, lo meditaba y sacaba sus conclusiones, siendo algunas de ellas muy acertadas. Su aspecto oscilaba entre una sutil coquetería y seriedad, tenía una sonrisa tenue mientras su ceño se fruncía. Hablaba como con coraje, pero no mostraba lo mismo en sus gestos, actos, detalles, ya durante el contacto psicoterapeuta-paciente.

Los padres cuando ingresaron juntos al consultorio mostraron afinidad, afectuosidad, respeto el uno para con el otro. Benjamín tenía bastantes atenciones con su esposa, le cedía el asiento, le cedía la palabra y acordaban juntos en describir la problemática.

La señora revelaba ciertos síntomas propios del embarazo, tales como: cansancio que se veía en su semblante, ojeras y detalles en el rostro. Un abdomen bastante crecido, que ya le generaba molestias al caminar.

Ambos padres demostraron estar preocupados, así como interesados porque se les oriente a manejar la situación con Rafael, para que no vayan a ocasionar algún tipo de trauma o resentimiento debido a la incorporación del nuevo miembro a la familia.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Neurosis infantil que se sostiene por la dinámica de los siguientes síntomas:

- † Celos con el padre sexo opuesto, debido a las identificaciones propias a su edad.
- † El despertar de una sexualidad que lo diferencia, le da una identidad, generará esa atracción por el sexo opuesto, le permite en la edad adulta relacionarse con el otro del amor.
- † Se da un sentimiento fóbico propio de la edad, concebido por los avatares que se presentan atravesando el complejo de Edipo.

Mecanismos de defensa

- † Represión: El conflicto con la hermana lo disfraza, tal vez por temor a ser visto de mala manera (la acción del superyó) o porque le juzgarán, o sus padres

castigarán. Se expone más bien una pugna de primacía con ese bebé, pero lo que hay detrás es la lucha por tener el amor absoluto de la madre.

- † Proyección: los sentimientos que evoca el conflicto inconsciente, difícilmente puede ser puesto en palabra. No comprende lo que siente y por que lo siente, solo sabe que tiene rabia que no puede desahogar, porque no puede hacerle daño a su madre (su mujer) puesto que su rival está dentro de ella; es por esta razón que descarga en sus compañeros la ira: les golpea, insulta, lanza cosas, sobre todo con la maestra, tal vez por la figura materna que representa.
- † Sublimación: le gusta pintar, lleva al consultorio a mostrar dibujos que los describe como una obra de arte. Lo curioso es que, sólo son, la mayoría de mujeres.

Diagnóstico nosográfico

F91.3 Trastorno negativista desafiante (313.81). Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses.

El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

Planificación

Objetivos intrapsíquicos:

- † Debe asumir una postura responsable de sus actos, lo que quiere decir, que se debe hacer cargo de su conflicto, asumiendo lo que le corresponde, verbalizando sus insatisfacciones o respondiendo de otra manera que no sea la agresividad, porque no se puede justificar su mal comportamiento por la intolerancia de su entorno.

- † Es preciso que interiorice poco a poco el hecho de que no es el centro de la vida de la madre (lo mismo que se logra aceptando la castración), que hay otras personas también importantes, como lo es el padre, la bebe que está por nacer, entre otros.

Objetivos relacionados a su entorno:

- † Con la madre.- debe refrendar la autoridad del padre, para que el niño respete la función de esa figura masculina y pueda identificarse adecuadamente con el mismo sexo.
- † Con el padre.- debe equilibrar la firmeza de la asignación de reglas, orden, ley, con los vínculos afectivos. Puesto que, es primordial que un padre muestre amor y comparta tiempo de calidad con su hijo, para ayudar a que vaya menguando la pugna a nivel de lo imaginario con el padre, visto como rival que le arrebató el amor de la madre.
- † Con la maestra.- como su contacto diario, debe tener cierta noción del asunto para que no haga juicios de valor respecto al comportamiento reciente de Rafael, ya que teniendo mas o menos claro el panorama, podrá entender que su proceder es pasajero, y está dado por la causalidad del momento actual.

Evolución del tratamiento

Rafael llega a la consulta anteponiendo en su presencia el malestar que tenía respecto al nacimiento de la hermana.

De entrada empieza a hablar abiertamente acerca de sus temores, deseos y frustraciones. Comenta con mucha preocupación respecto del embarazo, como si su mamá estuviera padeciendo algún tipo de dolor o enfermedad; le hecha toda la culpa al papá y manifiesta: "no sé por que, pero yo sé que él tiene la culpa".

Se pudo concluir con aquellos primeros datos que un proceso que debería ya haber sido superado, todavía se encontraba inconcluso, lo que develaba que las funciones

que debían ejercer los padres, no estaban siendo afianzados por el otro o se mostraban debilitadas, tal vez, porque la relación parental también tenía deficiencias.

Tanto el padre como la madre tienen un papel fundamental en la vida psíquica del niño, es el equilibrio del amor con la ley, la que dará como producto un niño maduro. Pero si hay una falla en el proceso edípico, acontecerá que se producirá de forma contigua una falla en el ser. Lo que sucedía en el presente caso, eran las deficiencias de los padres, dadas por la falta de tiempo que le dedicaban a Rafael y porque no podían responder a las demandas del niño, por las falencias propias de su infancia.

El padre era un hombre que mostraba cierta inseguridad en su paternidad, carecía de autoridad e inmadurez para disciplinar a su hijo. La madre, en respuesta pretendía cubrir esos vacíos que el padre no ejercía, sobreprotegía al niño y también lo castigaba fuertemente a falta del apoyo de su esposo. Entonces se pudo llegar a observar que el niño tenía mucho apego a la figura de la madre, la angustia de la castración, en este caso se genera porque no hay el apoyo a que se realice una efectiva separación, por la mera interposición del padre en la relación incestuosa que en su fantasía se le estaba dando libre acceso.

Por ello, las conductas de Rafael demuestran la ineficiencia de la ley y consigo la inmadurez para asumir la entrada de un tercero en la reciprocidad con la madre.

El bebé nace y desarrolla un estilo propio de su edad, que consiste en este amor posesivo, pero en un momento de su desarrollo, a los 5 años de edad, se produce una transformación de su interior y él cambia y empieza amar de otra manera, deja de ser posesivo y pasa a otro tipo de amor.

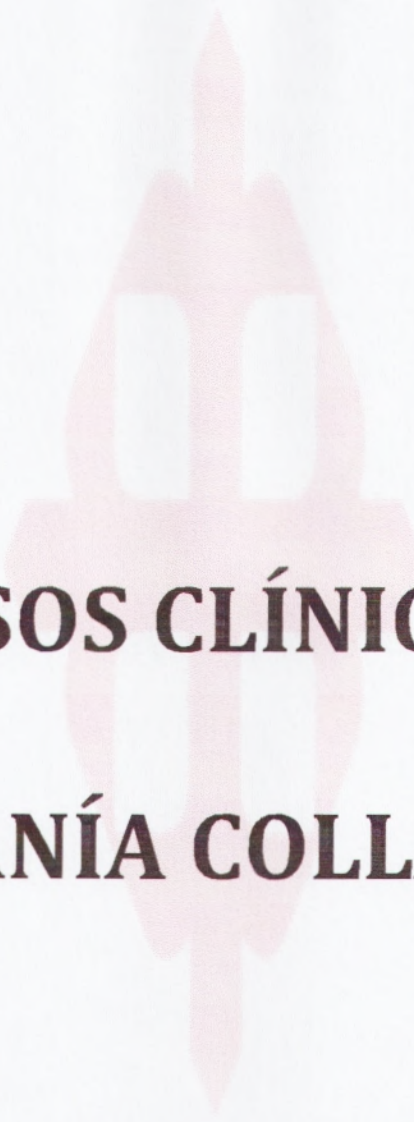
El amor posesivo se caracteriza por toda conducta que muestra un niño generalmente menor de 5 años, en el cual el egoísmo y la necesidad de posesiones es lo que prima: mi pelota, mi mamá, etc. El amor posesivo, según Lacan, no puede expresar satisfacción alguna y si hay algo de satisfacción estaría ubicado únicamente en el

momento de la posesión de objeto. El amor posesivo deja vacíos porque no hay despedida de los objetos, no deja recuerdos, deja agujeros que no se pueden llenar. Llega la etapa del complejo de Edipo a los 3 años y medio y luego aparece el amor evanescente.

El amor evanescente es aquel amor que se práctica profundamente sabiendo que la persona a quien amamos se puede ir en el momento que quiera, y aunque me deje esta noche, yo puedo amarlo profundamente y aceptar que tiene a libertad de irse. El amor evanescente es aquél que se duele con los celos, y que le altera que a su pareja la mire otro, pero aunque tenga celos, acepta, admite que la persona con la quien uno está puede irse y desaparecer en cualquier momento que él desee irse, respetando la libertad y el desarrollo de esa persona.

Se supera el amor posesivo a través del triángulo edípico, donde el niño va a resolver esas pasiones amorosas de su infancia. El complejo de Edipo dura un año aproximadamente y empieza cuando el niño ingresa al Edipo siendo un perfecto narciso, un egoísta; y después de un año dependiendo de como los padres manejen esta situación el niño va a salir aceptando hermanos, aceptando que tiene que dormir en otro cuarto, aceptando que mamá no es de él sino del padre y que él va a tener que buscarse el día de mañana su pareja, su esposa y tener sus propios hijos. Esta transformación edípica es el arte de la educación de los padres. Esto lo hacen los padres a través de una enseñanza llena de afecto, pero con una ley. El niño que atraviesa un Edipo adecuado será una criatura que aprende a respetar los derechos del otro, que aprende a compartir y que aprende a perder.

Por todo lo ya dicho, se pudo trabajar en la medida de lo posible con los padres, y éstos supieron entender el daño que se le hace al niño si se actúa con inseguridades, sin darle al hijo un respaldo identificatorio del cual sostenerse, pretendiendo asumir funciones que no les corresponde o actuando de forma irresponsable, evitando enfrentarse a sus "fantasmas"-y resolver sus conflictos pasados- para no transmitírselos a sus hijos.



CASOS CLÍNICOS:
STEFANÍA COLLANTES

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Informe Psicológico # 1

Fecha: 18/12/09

Profesional: Stefanía Collantes E.

Datos de filiación

Nombre: N.M.

Edad: 9 años.

Escolaridad: 5to de básica

Nombre de la madre: Julia

Escolaridad: Secundaria

Edad: 29 años

Ocupación: comerciante

Nombre del padre: Julio

Escolaridad: Secundaria

Edad: 53 años

Lugar de trabajo: comerciante

Hermanos: Rina 7 y Fiorella 5

Procedimiento

Entrevista con los padres: dos semidirigidas, una con ambos padres y otra solo con la madre.

Una entrevista clínica con la niña, de carácter informativo y de contrato (45 min.)

Entrevistas de tratamiento: ocho.

Entrevista de seguimiento: una.

Motivo De Consulta

La niña acude a consulta por voluntad propia, en hora de recreo.

Comenta sentirse muy triste y preocupada por la salud de su abuela, por el comportamiento de sus padres, porque sus hermanas están mal en la escuela.

Antecedentes Familiares y Personales

La paciente proviene de un hogar conflictivo, sus padres se separaron hace tres años aproximadamente, cada uno tiene una nueva relación, este ha sido el motivo para que la niña y sus dos hermanas, queden bajo la responsabilidad de su abuela materna.

Los padres durante estos años no se han preocupado por solventar las necesidades de sus hijas, tampoco se han interesado por brindarles afecto. La madre de la consultante, luego de que su pareja la abandonara, estuvo en tratamiento psiquiátrico, siente que no esta preparada para ser madre y prefiere dejar la responsabilidad a la abuela de la niña. Es una mujer muy sufrida, su nueva pareja la agrede física y verbalmente, es por esto que teme llevar a sus hijas a vivir con ella.

Por su parte, el padre vive lejos de la ciudad, tiene dos hogares más, y desde que abandonó a la madre de la paciente, no se ha preocupado por sus hijas. Ha expresado la idea de querer llevarse a N.M. a vivir con él, puesto que se ha enterado que en casa de la abuela son maltratadas.

La abuela, con quien vive la niña, es una mujer ruda y poco o nada afectiva con ella.

A la niña la rodea un ambiente hostil, con tíos que hablan mal de sus padres, una abuela que las agrede física y verbalmente.

En cuanto al rendimiento escolar, es una alumna promedio, se esfuerza por sacar buenas notas, debido a que no hay quien controle tareas escolares en ocasiones no las presenta. Estos últimos meses ha estado participando para un concurso de lectura rápida, en el cual obtuvo el primer lugar, ganándose una beca estudiantil.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

Los progenitores de la paciente llegan puntuales a la primera sesión, la madre denota cuidado personal, es una mujer joven, atractiva, de contextura delgada, rostro afligido, colabora en la entrevista, llora al relatar su historia. El padre, se muestra imponente,

muy ocupado, cansado, agitado, es bastante mayor a su ex pareja, es colaborador, relata su versión sobre la situación de la niña.

La paciente es desenvuelta, voz tierna, ojos grandes, cabello crespo, tiene un parecido físico con el padre, es muy inquieta mientras trabaja, revisa en cada sesión todo el consultorio, camina, arregla las sillas, esta todo el tiempo en movimiento, se muestra algo reservada durante la primera entrevista.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con neurosis infantil, rasgos histéricos y síntomas depresivos.

Síntomas depresivos

Expansividad; se levanta del asiento varias veces, recorre todo el consultorio, examina cada cosa que encuentra, juega con las cortinas, alza sus piernas sobre otro sillón, se recuesta sobre el escritorio, esto no solo en consulta, sino también en observaciones realizadas dentro del aula y en receso.

Mecanismos defensivos

- † **Desplazamiento:** la reacción y conducta inmediata, frente a cualquier cosa que diga la abuela, es la manera de reclamar a esta por lo que la madre ha hecho. La falta de amor y despreocupación por parte de los padres, la dirige a su abuela, sin darse cuenta que esta es la que ve y cuida de ella.

- † **Regresión:** cada vez que se toca el tema de la obligación que ella, como hermana mayor, tiene, de cuidar a sus hermanas dentro y fuera de la casa, toma una actitud de bebé. Pronuncia palabras a medias, y afirma: "si yo también soy pequeña y necesito que me cuiden".

- † **Negación:** dibuja a la familia, todos de la mano, con amplia sonrisa, incluidos el padre y la madre, que no viven con ella, a los que ni siquiera ve con frecuencia.

- † **Conversión:** se queja constantemente de la actitud de sus padres, de su abuela, de sus hermanas. Y cada vez que esto sucede sufre malestares tales como dolor de cabeza, cansancio, dolor de estómago, y pide retirarse.

Planificación

Objetivo con la niña

- † Lograr que comprenda los motivos por los que sus padres aparentemente no se preocupan por ella, creando así un afecto y respeto por ellos.
- † Ayudarla a abandonar las ideas de rechazo y desamor por parte de su entorno. (específicamente, la abuela)

Objetivos relacionados a su entorno

- † Con la mamá: que pueda acercarse a la niña, demostrándole afecto, evitando así rivalidades entre la paciente y sus hermanas

Anexo

Síntesis del avance terapéutico

Se da inicio al proceso con la visita voluntaria de la niña a consulta, insistiendo ser atendida por la psicóloga, ya que, tiene muchos problemas y necesita ayuda.

Se manifiesta a los papás, la preocupación que tiene N.N., ellos dicen estar interesados en colaborar con el proceso, no se imaginaban que la niña estaba tan angustiada, ya que, es buena alumna y se porta bien en casa.

Se les pide en primera instancia demostrar afecto a la paciente, acercándose a ella, visitándola frecuentemente. Los padres aseguran nuevamente estar interesados en el proceso y colaborar con todo, aunque al final del tratamiento se pudo constatar que no cumplieron con lo acordado.

Con la consultante se trabaja el tema de la familia, los roles de cada miembro, las responsabilidades que ella debe cumplir en esta, la obediencia, el control de sus emociones. Todos estos temas fueron tratados y puestos en práctica, al menos por unas semanas. Debido a que la abuela, al enterarse que su nieta estaba acudiendo al psicólogo, la amenazaba con la finalidad de que no cuente como ella las trata, porque si lo hacía, las llevaría a un orfanato. A pesar de lo delicado que se torno el trabajo con la niña, ella colaboraba haciendo las devoluciones de sus relatos y en algunas ocasiones realizaba una recapitulación de todo lo tratado en la sesión.

Las dificultades escolares, de sus hermanas y el retraso de las pensiones, son otro punto que la niña trae a sesión, trabajado igualmente como las ocasiones anteriores, se consiguió resolver el "problema de sus hermanas" y calmar la angustia por el retraso de pagos, explicando que esto no significa que la madre no la quiera, puesto que era así como la paciente lo relacionaba.

La niña entró en exámenes, sus notas mejoraron completamente, la relación con sus hermanas también cambió, se trabajo dos sesiones con cada hermana, explicándoles la responsabilidad que cada una tiene por sus cosas, dentro y fuera de la casa, ya que, este era otro inconveniente para la paciente, porque era obligada por su abuela y madre a estar pendiente en todo momento de lo que sus hermanas hacían, y ella no podía disfrutar de los recreos.

Se hizo hincapié en el amor y cuidado que tienen que tener la una por la otra, el trabajo en equipo, el respeto, etc. Ayudando de esta forma a mejorar la relación entre las tres niñas.

Finalizando el proceso, la paciente realiza un repaso de todo lo trabajado desde el primer día, todas las ideas que traía a sesión y todo lo que aclaro o elaboro, durante estas.

Informe Psicológico # 2

Fecha: 18/12/09

Profesional: Stefanía Collantes E.

Datos de Filiación

Nombre: N. A.

Edad: 9 años.

Escolaridad: 5to de básica

Nombre de la madre: Carmen

Escolaridad: Primaria

Edad: 33 años

Ocupación: Ayudante doméstica

Nombre del padre: Carlos

Escolaridad: Secundaria

Edad: 30 años

Ocupación: Albañil

Procedimiento

Entrevista con la madre: dos semidirigidas; una entrevista clínica con la niña, de carácter informativo y de contrato.

Entrevistas de tratamiento: nueve.

Motivo de consulta:

La paciente acude a consulta, derivada por la maestra, quien afirma que últimamente se distrae y no presta atención en clase, presenta un bajo rendimiento escolar.

Antecedentes Familiares y Personales

Sus padres se separaron hace varios meses, vive en una vecindad junto a su madre, no obstante, pasa la mayor parte del día en casa de su abuela materna, debido al trabajo de su madre.

Cuando sus padres vivían juntos, tenían una casa de caña, sin embargo, con el invierno se cayó, por esto se trasladaron al hogar de su abuela paterna, allí tuvieron muchas dificultades, entonces la madre decide arrendar un cuarto, al mismo tiempo el padre inicia otra relación, lo que da lugar a una "separación definitiva".

El lugar donde viven carece de servicios básicos, comparten baño con toda la vecindad, en ocasiones las han espiado, a la niña y a su madre, mientras se bañaban. En conclusión no es un sitio adecuado para su sano desarrollo.

El padre no asume ningún gasto de la consultante, a pesar de esto mantiene una buena relación con él y sucede lo contrario con la mamá. Esta es muy exigente, le enseña a mentirle al padre, siempre la pone en medio de la relación, intentando obtener información sobre la vida sentimental de su ex pareja.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre es de estatura promedio, tez morena, cabello crespo, usa vestimenta muy cómoda, deportiva. Desde que se para en la puerta del consultorio empieza a llorar, diciendo que no sabe por que la han llamado, que espera que su hija no haya hecho algo malo. Dice no saber que más hacer para que la niña cambie, denotando una clara contradicción en su discurso.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con neurosis infantil, rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos

Se aísla, es callada, no juega con sus compañeros de clase, piensa que se van a burlar porque ella es pobre.

Mecanismos defensivos

- ⊕ **Conversión:** manifiesta su angustia por medios de la somatización, constantemente visita a médicos, pasa medicada.
- ⊕ **Regresión:** enuresis, respaldada en un diagnóstico médico, no ha podido, hasta antes del proceso, manejar ese problema que se presentaba esporádicamente, luego se lo relaciona con la problemática familiar, cada vez que existían presiones por parte de la madre.

Planificación

Objetivo con la niña

- ⊕ Que acepte a sus padres, su vida, a sí misma.
- ⊕ Que tome los estudios como el mejor camino para romper con la cadena de escases y necesidades que tanto la incomodan, de manera que se incentive a mejorar y ponerse como meta una carrera profesional.
- ⊕ Control de esfínteres diurnos.

Objetivos relacionados a su entorno:

- ⊕ Con la mamá: que no la utilice para sus intereses personales, que evite hacer que mienta a las personas.
- ⊕ Que trate de no herirla con palabras, que mejor opte por corregirla, con métodos que le serán explicados en consulta.

Anexo

Síntesis del avance terapéutico

Luego de haber tenido las entrevistas con la madre, se constató que ésta obligaba a mentir a su hija, situación que molestaba sobre manera a la paciente. Se trabajó sobre este aspecto consiguiendo que la consultante reconozca que no es correcto manipular situaciones a través de la mentira, no obstante, esto no pudo aplicarse con la madre.

Otro aspecto trabajado en consulta fue el maltrato verbal que N.A. padecía por parte de su progenitora (acusándola de todos sus conflictos), se logró que entienda que los problemas en la relación de pareja no tienen nada que ver con ella, además se incentivó el amor propio y por la vida, lo que generó la superación del problema de enuresis (el mismo que estaba asociado a ideas erróneas, transmitidas por la madre).

Uno de los avances que mas favoreció a la consultante fue haber superado su timidez y poder relacionarse con sus compañeros de clase, esto lo consiguió cuando logró aceptarse a sí misma y trazarse como meta obtener un título futuro, que le permita tener mejores condiciones de vida.

Informe Psicológico # 3

Fecha: 18/12/09

Profesional: Stefanía Collantes E.

Datos de Filiación

Nombre: N.M.

Edad: 9 años.

Escolaridad: primaria, 4to básica

Nombre de la madre: Ana

Escolaridad: Superior

Edad: 47 años

Ocupación: Ing. comercial

Nombre del padre: Alberto

Escolaridad: Secundaria

Edad: 43 años

Lugar de trabajo: comerciante

Hermanos: Francisco 9 y Sebastián 10

Procedimiento

Entrevista con los padres: una semidirigida, una de contrato y una de devolución.

Una entrevista clínica con el niño, de carácter informativo y de contrato.

Entrevistas de tratamiento: seis.

Entrevista de seguimiento: una

Motivo de consulta

Es derivado por la maestra, debido a que presenta bajo rendimiento escolar, no trabaja en clase, no copia lo escrito en la pizarra, no cumple con tareas, es muy lento para trabajar.

Antecedentes Familiares y Personales

La familia está conformada por los padres y dos hermanos. Todos viven en casa de su abuela materna. La madre del paciente es quien sustenta el hogar y cubre las necesidades de los niños. El padre atiende un pequeño negocio que su esposa le puso en casa.

Un año después de dar a luz al paciente, la madre del niño interno a su esposo, en un centro de rehabilitación. Ahora es un alcohólico en recuperación.

Tienen dificultades en casa porque la abuela interviene en la crianza de los niños, mas vale la palabra de esta, que la del padre. Entre los padres también se presentan muchas dificultades y peleas, que los niños aprecian casi a diario.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

En la primera entrevista, los padres del niño llegan algo apurados, puesto que ambos tenían que cumplir con sus respectivos trabajos. Ella es de contextura gruesa, baja de estatura, cabello corto, tiene puesto el uniforme de su trabajo, utiliza varias alhajas, realiza sus intervenciones con voz fuerte, minimizando los comentarios de su esposo. El es algo descuidado, de contextura delgada, luce menor a ella, durante la primera entrevista, casi no tuvo participación, mas bien estuvo somnoliento, la mayor parte de la sesión se pasaron discutiendo, es por ello que durante las siguientes sesiones se los atendió por separado. La madre del paciente es la que toma la palabra, explicando las dificultades que ha tenido con el niño, prácticamente desde el embarazo, demuestra una inclinación afectiva o selectiva, por el paciente.

El niño es de contextura delgada, trigueño, parecido físicamente a su madre, su aspecto es de descuido, ingresa a consulta algo preocupado, es cortante en sus respuestas, en varias ocasiones se desvía del tema de conversación, tiene dificultades para ubicarse en espacio y tiempo, le cuesta pronunciar ciertas palabras.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con neurosis infantil, rasgos histéricos.

Edipo no resuelto apropiadamente. (No hay una identificación con el padre, relación simbiótica con la madre).

Mecanismos defensivos

- + **Racionalización.-** reconoce que estudiar es importante para su vida, pero al mismo tiempo dice que el estudio no sirve para nada.
- + **Regresión.-** habla como bebé, cada vez que se toca el tema de sus responsabilidades académicas, y moja la cama como representación de la angustia y temor que padece por las frecuentes peleas de sus padres.
- + **Proyección.-** en un dibujo, muestra la agresividad que existe en su casa, dibujando a su madre muy grande y fuerte, con herramientas corto punzantes y mientras que el padre y él presentan un tamaño más pequeño, con un esparadrapo en la boca y con yesos en las piernas y vendas en la cabeza.
- + **Conversión.-** al momento de abordar temas relacionados a la conflictiva familiar, padecía somatizaciones como dolores estomacales y dolencia bucales, pidiendo inmediatamente ser citado para otro día.

Planificación

Objetivo con el niño

- † Que se responsabilice de los asuntos escolares y los encomendados en casa.

Objetivos relacionados a su entorno:

- † Con la mamá: que le de su espacio (ya no duerma en la cama del niño) y responsabilidades (que no le haga las tareas);
- † Que refrende la palabra del padre.
- † Que evite pelear delante de sus hijos.

Anexo

Síntesis del avance terapéutico

El niño es derivado a consulta por problemas con su rendimiento escolar, se realizaron las entrevistas respectivas con los representantes, primero se efectúa un acuerdo en el modo y tiempo de trabajo, consiguiendo involucrar a los padres con el proceso terapéutico. Posteriormente se les brinda información sobre cuales serían los posibles factores que están impidiendo el normal funcionamiento del niño dentro de clases, trabajando con ellos, las posibles soluciones, comprometiéndose a tomar ciertas medidas dentro de casa. Esto ayudó, por varias semanas, pero la madre dejó de ejecutar el plan que se había acordado realizarlo de manera indefinida. Regresaron las discusiones fuertes entre los padres, la madre continuó realizándole las tareas y durmiendo en la cama del paciente, etc.

Se trabajó con N.M. reforzando la figura paterna, con los recuerdos del niño, se le ayudó a armar un padre que lo sostenga y con quien se pueda identificar, ya que la madre colaboró poco tiempo y con el padre casi no se contó.

Se puede decir que los objetivos fueron alcanzados, pero con una corta duración.

En este caso se pueden apreciar los efectos o síntomas que puede desarrollar un niño, cuando el Nombre del Padre no es inscrito correctamente. Los problemas escolares también son producto de este fallo, puesto que el consultante se halla a merced de los caprichos de la madre, es decir, corre el riesgo de quedar atrapado en el deseo materno; claramente se manifiesta este obstáculo en la conducta de N.M al no trabajar en clase; no hay en él un deseo propio, solo el de su progenitora.

El NDP es una instancia superior al padre biológico, cuya función es la de limitar, controlar y sublimar la omnipotente figura materna, con la finalidad, de que el deseo de la madre no sea el que dicte el significado de sujeto al chico. No existe un DM que esté por encima del Nombre del Padre cuando el sujeto se ha constituido "normalmente", es decir, neurótico. En el caso concerniente, el progenitor de N.M, es un padre ausente, no es la ley ni la encarna y lamentablemente no la transmite como debiera ser, las

constantes peleas, irrespeto y desautorizaciones que sufre por parte de su esposa, no le permiten cumplir con su función.

Los acontecimientos que agravan la situación son tres principalmente: El que la mamá duerma con su hijo, que solucione todos sus problemas y la ya mencionada desautorización para su pareja, la cuál es tal, que la palabra de la abuela materna tiene más peso que la de su esposo. Por estas razones, N.M ha desarrollado una relación de casi total dependencia con la madre, a tal grado, que no hace casi nada si no es con ella y no tolera que sus papás duerman juntos. Existe un peligro inminente de que ambos formen un todo, al no haber un NDP que efectúe el corte entre la progenitora y el niño.

Un aspecto muy interesante que está presente y que corrobora la hipótesis de la falla en la inscripción de la metáfora paterna, es la enuresis, debido a que, cuando se suscita en niños no tan pequeños como en N.M de nueve años, que ya está en el período de latencia y ya ha pasado el estadio cronológico normal del complejo de castración, indica una negación inconsciente a crecer, con el objetivo de seguir dependiendo de su madre, hecho palpable y comprobado en este caso. Sin embargo, a pesar que la enuresis trae consigo la regresión efectiva a las preocupaciones preedípicas, acompañadas de sentimientos de culpabilidad, no se han hallado evidencias que indiquen en el niño, una tendencia homosexual pasiva, por ello no nos aventuramos a aseverar que tenga un Complejo de Edipo mal resuelto, no obstante, el complejo de castración puede verse reactivado en la adolescencia, si el padre no se constituye en una figura con la cual su hijo pueda identificarse.

Actualmente N.M tiene algunas dificultades que pueden tener relación directa con el Complejo de Edipo (cuya resolución sigue pendiente), puesto que no ha desarrollado un carácter, hábitos y carece de numerosas posibilidades afectivas que tendrían que ser canalizadas en las relaciones sociales, es decir, su libido está mal empleada y dirigida únicamente sobre su madre, Puede decirse que se encuentra en el primer tiempo de la inscripción del NDP, en el cual existe una primacía imaginaria del falo,

esta predominancia está del lado de la madre, quién es el Otro primordial fálico y el hijo es el objeto fálico, un fetiche.

Aún le quedan por atravesar otros dos tiempos de la Metáfora Paterna, y para culminar con éxito el proceso, necesita de un padre viril y sano, severo pero justo, así no tendrá dificultad en desarrollarse normalmente, porque la imagen del padre es capaz de soportar la agresividad inconsciente del niño, sin que éste último tenga la necesidad de buscar autocastigo por sentimientos de culpa y podrá renunciar al objeto primitivo, sublimando las pulsiones que apuntaban a conquistar a su madre.

Si, por el contrario, el padre sigue siendo un ser débil, demasiado dulce o ausente, al niño le será mucho más difícil llegar a ser muy viril, y quedara atrapado en el deseo de la madre. Lamentablemente este no será el último caso de esta índole, ya que, vivimos en la época de la declinación del Nombre del Padre, debido a la complejidad de relaciones que ha alcanzado la sociedad, sin embargo, esto no quiere decir que estemos condenados, no hay una regla general que indique que hacer en todos los casos, no obstante, hay que buscar en la particularidad de cada uno para hallar la solución.

Informe Psicológico # 4

Fecha: 18/12/09

Profesional: Stefanía Collantes E.

Datos de Filiación

Nombre: N.V.

Edad: 8 años.

Escolaridad: primaria, 4to básica

Nombre de la madre: Marcela

Edad: 27 años

Ocupación: enfermera

Nombre del padre: ?

Procedimiento

Entrevista con la madre y su pareja: dos semidirigidas, una con ambos representantes y otra solo con la madre.

Una entrevista clínica con la niña, de carácter informativo y de contrato.

Entrevistas de tratamiento: ocho.

Entrevista de seguimiento: una

Motivo de consulta

La paciente es derivada por su maestra, quien asegura observar en la niña un cambio repentino de conducta y bajo rendimiento escolar.

Antecedentes Familiares y Personales

Este es un caso particular, la niña ha vivido desde su nacimiento en casa de sus abuelos maternos, pero hace un par de meses se mudo, con su madre y la pareja de esta. La mamá siempre ha dicho que su papá es su abuelito, cada vez que N.V. ha reclamado la presencia paterna. Ya en consulta se pudo conocer que la paciente es producto de una violación. Por esta razón no le han podido responder sus inquietudes acerca de la vida de su padre, sus abuelos paternos, etc.

En su nuevo hogar, tiene un cuarto propio muy bien amoblado, la madre y su pareja la complacen en cuanto capricho pida. En las tardes pasa en casa de sus abuelos, hasta que su progenitora salga del trabajo. Los fines de semana tratan de compartir con ella, ya sea en casa o fuera.

La madre y su pareja han decidido casarse en los primeros meses del año 2010.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

Entra a consulta la joven madre, con su mirada apagada, cabello recogido, tiene puesto el uniforme de enfermera, desconoce los motivos por los que fue llamada, dice que la niña ha estado bien últimamente, su pareja llega unos segundos después, muy atento, se excusa, explicando que estaba estacionando el carro, manifiesta el cariño que siente por la niña y el compromiso con el proceso. Es también joven, reservado, denota cuidado personal.

Durante la entrevista es manifestado el motivo por el cual se le oculta a la niña información sobre el padre. Al contar su experiencia, la madre se ve muy afectada todavía, ella ha recibido ayuda psicológica, pero se le recomienda continuar con una terapia, para que pueda manejar de mejor manera sus emociones con respecto a lo que sucedió y tener herramientas para enfrentarse a posibles dificultades que surjan.

La paciente es de contextura gruesa, cabello rizado, denota cuidado personal, habla mucho desde el primer día, hasta el último día de trabajo, manifiesta preocupación por el poco tiempo que sus padres le dedican.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con neurosis infantil y rasgos histéricos, manifestados en las constantes quejas.

Mecanismos defensivos

- † **Regresión:** realiza berrinches cada vez que quiere un juguete o accesorio nuevo.
- † **Proyección:** en un dibujo libre, se proyecta la ausencia del padre, y la falta que causa, ya que dibuja a la madre, a ella y dice no saber a quien dibujar a lado de las dos, si al abuelito o a la pareja de la mamá.
- † **Conversión:** mientras comenta sobre su padre, dice sentir dolores de cabeza, aunque esto no le impide seguir trabajando.
- † **Formación reactiva:** el cambio de domicilio es algo que afecta a la niña, ya que desde su nacimiento vive en casa de sus abuelos paternos, pero ella lo presenta ante su madre como algo maravilloso y que es de su agrado.

Planificación

Objetivo con la niña

- † Bajar el monto de ansiedad, producido por la falta de información sobre su padre.
- † Control de esfínteres nocturno.
- † Mejorar el rendimiento escolar.

Objetivos relacionados a su entorno

- † Con la mamá: que construya una historia de vida para la niña, que le hable sobre su padre, creando una historia ficticia si así lo desea, pero que le haga conocer la génesis de su vida a la paciente.
- † Que no sea sobre protectora, y que le de obligaciones en casa.

Anexo

Síntesis del avance terapéutico

Se operó sobre sus temores, existía la idea de desamor por parte de sus padres, alegando que ellos se preocupan más por una primita. Se aclaró que ellos en ocasiones se ausentan, porque se deben a un jefe, a un trabajo, no porque no la quisieran, puesto que la niña se quejaba del poco tiempo que pasa con ellos y de los eventos escolares a los que no asisten.

Se trabajó acerca de las dudas sobre su historia familiar, con la ayuda de la madre se logra bajar la ansiedad que le producía no saber quien era su padre, ya que esta le dice que su actual pareja, con quien viven, y su futuro esposo, es su progenitor, que no se lo habían dicho antes, porque querían casarse primero. Historia que se espera, la sostenga por algún tiempo, puesto que en varias ocasiones ha estado a punto de saber que no es cierta.

También es manifestada la preocupación de la madre por el control de esfínteres nocturno, lo que se corrige en el transcurso del tratamiento, y el principal apoyo definitivamente fue conocer quién es su padre.

Se proporcionó información sobre sexualidad, por petición de la mamá, ya que la niña manifiesta inquietudes sobre el embarazo, porque la madre a manifestado su deseo de salir embarazada nuevamente, luego de casarse.

Se obtuvo favorables resultados en el comportamiento de la niña dentro del círculo familiar y escolar. Manifestado por maestras y padres de familia.

Informe Psicológico # 5

Fecha: 18/12/09

Profesional: Stefanía Collantes E.

Datos de Filiación

Nombre: N.P.

Edad: 9 años.

Escolaridad: Primaria, 5to básica

Nombre de la madre: Electra

Escolaridad: Primaria

Edad: 30 años

Nombre del padre: Andrés (fallecido)

Hermanos: Teresa 4 y Joaquín 13

Procedimiento

Entrevistas con la tía (representante del niño): una semidirigida, una de contrato y una de devolución.

Una entrevista clínica con el niño, de carácter informativo y de contrato.

Entrevistas de tratamiento: seis.

Entrevista de seguimiento: una

Motivo de consulta

Es derivado a consulta por su maestra, quien aduce: comportamiento agresivo con sus compañeros y compañeras, les rompe cuadernos, mete los pies en las maletas para ensuciar y dañar, hace bromas pesadas. Todo esto, hace un par de semanas.

Antecedentes Familiares y Personales

El paciente esta bajo la custodia de sus abuelos paternos, su padre murió cuando el tenia tres años de edad, la madre los abandona en casa de sus suegros. Luego de unos meses se lleva al niño y a sus hermanos a vivir con ella en casa de un "amigo", los niños manifiestan su descontento y dicen ser victimas de maltrato por parte de su

mamá y de su amigo. Esto hace que sus abuelos paternos peleen la custodia de los niños.

El paciente es el segundo de tres hermanos, con los cuales mantiene una buena relación; tiene vagos recuerdos de su padre, pero está muy identificado con él, por lo que sus familiares le cuentan, que tiene un parecido, que se ríe y habla como él. La madre del niño pocas veces lo visita, y no tienen una buena relación, el paciente la rechaza, es cortante.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La persona que lo representa es su tía, con quien también vive, ella va a consulta muy serena, se presenta como psicóloga, seguidamente expresa, que sabe de sus limitaciones para trabajar con su sobrino, debido al lazo afectivo.

Habla pausado, denota cuidado personal, mujer mayor, soltera, por ello este sobrino es como su hijo. Manifiesta un afecto especial por el paciente, ya que se parece a su hermano muerto.

Fue muy útil su presencia, ya que era el único medio para conocer la historia del niño, la madre no quiso colaborar, se rehúsa a recibir apoyo psicológico.

El paciente es de contextura delgada, denota cuidado personal, siempre luce limpio, bien uniformado y peinado, en el principio del proceso se muestra interesado, pero en las posteriores sesiones colabora poco, gracias a la ayuda de la representante, se conoce que la poca participación del paciente, está ligada a los comentarios negativos, que la madre realiza, en contra de los psicólogos, lo que da una pauta para poder intervenir, mejorando así la participación de N.P. y ayudándolo a involucrarse en el proceso.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con neurosis infantil, rasgos obsesivos (relacionados con el orden y el excesivo cuidado personal, ideas constantes de muerte, para acompañar al padre), síntomas depresivos.

- **Síntomas depresivos:** Irritabilidad y agresividad, que son manifestadas cuando se enfrenta con la presencia de la madre, dando a entender que ésta le produce angustia y tristeza, pero lo demuestra en forma defensiva, dentro del salón de clases.

Mecanismos Defensivos

- ‡ **Proyección:** proyecta al exterior su agresividad, golpeando a sus compañeros, sobre todo a las niñas.
- ‡ **Represión:** la falta de atención por parte de la madre, provocan en el niño sentimientos negativos y dolorosos, que no son expresados en palabras, sino traducidos en actos.
- ‡ **Desplazamiento:** el continuo descuido y abandono de la madre ha generado en el niño resentimiento hacia ella, sentimiento que al parecer ha sido desplazado en el trato hacia sus compañeros, siendo el objeto primitivo su mamá.
- ‡ **Introyección:** Ha adquirido algunos rasgos de la personalidad del padre (además de parecerse físicamente a él), gracias a los comentarios que sus familiares realizan y esto le da seguridad para manejarse dentro de casa con sus hermanos, ya que ellos son totalmente diferentes al paciente, en su aspecto físico.

Planificación

Objetivo con el niño

- ‡ Cambiar la disposición dentro del aula de clase, mejorar sus relaciones interpersonales.
- ‡ Que pueda controlar su agresividad y no la vea como modo de escape.

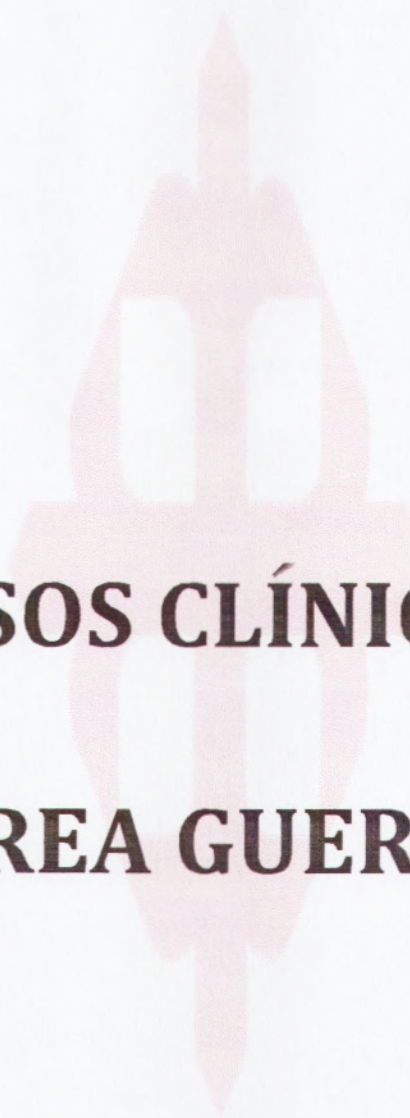
Anexo

Síntesis del avance terapéutico

El comportamiento del niño en la escuela, está claramente relacionado con las dificultades familiares por las que está atravesando (presencia no deseada de la madre, en casa). Estas visitas parecen afectarle al niño, pero no las manifiesta en casa sino en la escuela. Por lo cual, se trabajó sobre la problemática familiar actual.

A pesar de que su padre falleció hace cuatro años, es evidente el malestar por la ausencia del mismo, por lo tanto se trabajó el duelo en el paciente, y se trató de reconstruir a su padre con los retazos de información que posee, generando una figura que ha logrado sostenerlo y con la cual se ha identificado y le ha permitido dejar a un lado las ideas de muerte. Al igual que en otros casos no hubo colaboración por parte de la madre, por lo que los resultados del trabajo no fueron duraderos. Luego de varias semanas de tratamiento, la madre del niño volvió a aparecer, realizando nuevas intervenciones y cambios en la posición subjetiva del paciente. Sin embargo, en el transcurso del tratamiento se conseguía encaminarlo en los avances que ya se habían logrado.

Se recomendó continuar con ayuda psicológica.



CASOS CLÍNICOS:

ANDREA GUERRERO

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Informe Psicológico # 1

Fecha: 24/1/2010

Profesional: Andrea Guerrero

Datos de filiación

Nombre: Linda

Edad: 16 años.

Escolaridad: 9no. De Básica

Institución: Colegio Artesanal Municipal Amazonas

Nombre de la madre: María

Escolaridad: 5to. De colegio

Edad: 44 años

Ocupación: Vende desayunos y almuerzos

Nombre del padre: Javier

Escolaridad: Colegio

Edad: 50 años

Lugar de trabajo: Albañil

Hermanos: 4 mayores

Procedimiento

Se realizaron 6 entrevistas.

En la primera entrevista se trato el motivo de consulta y el encuadre, en el cual llegamos al acuerdo terapéutico.

En la segunda consulta se recolectaron datos de la paciente y seguimos con la exploración de la causa por la cual está en consulta, entrevista clínica.

La tercera, cuarta y quinta entrevista fueron de tratamiento.

La sexta entrevista fue devolutiva.

Motivo de consulta

La joven es llevada a consulta por la directora, indicando que la alumna tiene problemas de conducta, que era demasiado inquieta en el aula, bastante incumplida con las tareas y que por lo general se peleaba con las compañeras tanto dentro como

fuera del aula, incluso fuera del colegio. Decía la profesora "la joven parece que anduviera en pandillas, se porta como una vandálica".

Antecedentes familiares y personales

La joven proviene de un hogar con un nivel socio económico bajo, los padres de la paciente llevan 23 años de casados, indica la paciente que los padres tienen muchos problemas como pareja y que encima los problemas económicos agravan más la situación y hacen que la madre de la paciente frecuentemente "bote" de la casa al esposo. Indica la paciente que los padres duermen en cuartos separados desde hace más de un año. El a veces ha tenido que dormir en el mueble, la hamaca o encima de un cartón porque la esposa le desbarata la cama.

El señor es albañil y no siempre tiene trabajo, la hermana mayor de Jomaira también le grita al papá, le dice que "se largue" de la casa.

Cuando Linda sale del colegio la mamá la hace ir al trabajo de ella y se quedan hasta las 6pm, hasta que llegan a la casa, se alista y se baña le da sueño y se queda dormida, por consecuencia no estudia ni hace los deberes muy seguido.

La mamá grita mucho, lo pasa haciendo todo el día, cuando no hay dinero o cuando llega a la casa y esta desordenada. Jomaira no se lleva muy bien con los hermanos, tampoco los ve muy seguido.

Dice que ha pensado irse de la casa con su enamorado a la ciudad de la familia de él, pero no lo ha hecho por medio a lo que pasará, además de que no lo quiere como para tanto.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La joven llega con recelo a la entrevista, con apariencia desaliñada, sin embargo con peinados y maquillajes llamativos. Es de contextura gruesa, ojos bailarines, actitud bastante inquieta, con risitas todo el tiempo.

En la primera entrevista la paciente denota mucha timidez y desconfianza, manifestando no saber porque estaba en consulta con la psicóloga. Y por lo tanto indica que en su vida no pasa nada, que está todo bien y que le gusta vivir en su casa.

A partir de la segunda y tercera sesión Jomaira se abre más al diálogo y comienza a hablar sobre su problema familiar y lo mal que se siente al respecto.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: Irritabilidad, expansibilidad.

Mecanismos defensivos

- † **Introyección:** este mecanismo se da al hacer propios rasgos, conductas u otros fragmentos del mundo que le rodea, en especial de su madre.
- † **Proyección:** Proyecta al exterior su propia hostilidad, por lo que tiende a actuar de mala manera en el colegio, es la forma como desplaza sus frustraciones.

Planificación

- † **Objetivos intrapsíquicos:** Lograr que la joven pueda enfrentar de mejor forma su frustración de la situación familiar que lleva y buscar alternativas para resolver conflictos cotidianos que probablemente aliviarían la tensión.
- † **Objetivos relacionados a su entorno:** Es difícil establecer objetivos relacionadas a su entorno ya que los padres nunca acudieron al llamado de la

psicóloga y no se pudo establecer con ellos algún tipo de diálogo. Sin embargo un buen objetivo sería brindarle información sobre el momento en que ella se encuentra en cuanto a su madurez, sexualidad, emociones y sentimientos.

Reseña de las entrevistas

Linda acude a cita con el psicólogo a petición de la directora de la institución pues indica que tiene problemas de conducta, tuvo un problema días pasados con una compañera del aula.

En la primera entrevista la consultante mostró resistencia, llegó diciendo que no sabía el motivo por el cual estaba ahí y cuando se lo dije minimizó el problema a una broma entre amigas exacerbada por la maestra. Y más bien indico que le gustaría hablar de la dificultad que tiene para hacer los deberes porque le da mucha pereza.

Manifestó también que en su familia está todo bien y que le gusta vivir en su casa.

En la segunda entrevista acudió con otro problema de conducta, tuvo un incidente con otro compañero al cual dicen que "abofeteó". Ella dice que le tocó la cara pero no fue tan duro, a manera de juego tanto así que él ni siquiera estaba molesto. Igual la retaron. La directora dice que la mamá no quiere venir porque le da vergüenza. Linda dice que muchas veces la culpan a ella sin hacer nada, solo porque es inquieta.

En una tercera entrevista se puso mal, dijo que tiene problemas en su casa, siempre están botando de la casa al papá por asuntos económicos.

Los papas duermen en cuartos separados dentro de la misma casa. El a veces ha tenido que dormir en el mueble, la hamaca, un cartón en el piso porque la esposa le desbarata la cama.

La mamá trabaja en un bar desde la mañana hasta la noche. El papá es albañil y no siempre tiene trabajo, la hermana mayor también le grita al papá le dice que se "largue de la casa" cada vez que puede.

Linda dice que le duele mucho lo que pasa, que sufre mucho, aunque parezca que no le ocurre nada, porque es pura risa, tiene problemas.

Le da mucho coraje cuando le gritan al papá y quisiera darles un "palazo".

La mamá grita mucho, lo pasa haciendo todo el día; cuando no hay dinero y cuando la casa esta desordenada, sin comprender que no hay nadie quien haga las cosas ya que ella se las lleva a trabajar cuando salen del colegio.

En el transcurso de las entrevistas Linda fue demostrando mas apertura al diálogo, encontró un buen espacio de palabra en donde podía decir lo que le preocupaba, que le aquejaba y fuimos buscando alternativas en soluciones.

Sin embargo debido a las constantes falta de la alumna al colegio y la falta de los padres en la atención psicológica las entrevistas se suspendieron.

Informe Psicológico # 2

Fecha: 24/1/2010

Profesional: Andrea Guerrero

Datos de filiación

Nombre: María

Edad: 15 años.

Escolaridad: 8vo. De Básica especialización en Belleza

Institución: Colegio Artesanal Municipal Amazonas

Hermanos: 1 hermana mayor de 18 años y 2 sobrinos infantes

Madre: Lucía

Edad: 37 años

Ocupación: Ama de casa

Padre: Leonardo

Edad: 42 años

Ocupación: Mecánico

Procedimiento

Se realizaron 6 entrevistas con la consultante.

En la primera entrevista se trató el motivo de consulta y el encuadre, en el cual llegamos al acuerdo terapéutico.

En la segunda consulta se recolectaron datos de la paciente y seguimos con la exploración de la causa por la cual está en consulta, entrevista clínica.

Las cuatro entrevistas restantes fueron de tratamiento y en la última hubo devolución.

Motivo de consulta

María vino por cuenta propia a la consulta, manifiesta que tiene problemas con su tía (la hermana de su papá) porque le habla mal a los abuelos de ella y su papá, y es porque ellos viven con sus abuelos, no tienen casa propia. La tía de María vive a lado de ellos y lo que no desea es que al morir los abuelos le hereden la casa al papá de María. Un motivo de consulta manifiesto que oculta otro latente que es la falta de la

madre en el hogar, ya algunos años, en donde existe el resentimiento hacia ella, sentimientos ambivalentes.

Antecedentes familiares y personales

La consultante vive en un hogar conformado por el Papá y los abuelos (padres de él). Su hermana de 18 años ya está casada y tiene 2 hijos, vive a parte.

No ve a su madre desde 8 años y hablan muy poco con ella. De pequeña vivían mamá, papá, la hermana y ella aquí en Guayaquil, a los 5 años se mudaron a Huaquillas por las constantes peleas con la tía y también porque ella insinuaba que era amante de su esposo.

Después de unos años la mamá de María se empezó a portarse extraña, hasta que un día se fue a vivir a la casa de su mamá (abuela) porque ya no quería estar con el esposo. Al final el papá de María decidió regresar a Guayaquil. La señora ahora tiene otro compromiso y 2 hijos más.

Cuando regresaron vivieron solo los tres, pero a falta de trabajo estable, el señor no podía pagar el arriendo y se fueron a vivir con los abuelos. Desde ahí la situación ha sido mas difícil aún, primero porque extrañaba a la mamá y casi ni hablaba con ella, y segundo por los constantes acosos de la tía.

Quisiera contarle al papá lo que le sucede pero le da mucha vergüenza, a demás casi no habla mucho con él.

Extraña mucho a la mamá, pero le tiene coraje. Casi no quiere hablar de ella y le cuesta considerar que tiene otros hermanos. En las primeras entrevistas decía que para ella su mamá estaba muerta.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La consultante llega a la entrevista con los ojos llorosos, afligida, con ganas de contar lo que le pasa pero sin poderlo hacer. Es una joven delgada, con la tez pálida de estatura mediana para su edad. Indica que siente miedo de decir lo que le sucede pero que ya no aguanta más.

Manifiesta que come poco, que le duele mucho la cabeza, muchas veces tiene ganas de gritar y golpearse la cabeza.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos, Dificultad para concentrarse,

Síntomas depresivos: La depresión afecta el cuerpo, el ánimo y los pensamientos. Afectar la manera en que se siente sobre si mismo y sobre los demás.

- Sentimientos de culpa, de desvalido o de desesperanza
- Dificultad para concentrarse y dificultades con la memoria
- Cambios en los hábitos del dormir (insomnio o dormir demasiado)
- Cambios en los hábitos del comer (subir o bajar de peso sin planearlo)
- Cansancio y falta de energía
- Ansiedad, agitación, e irritabilidad
- El hablar lentamente; movimientos lentos
- Dolor de cabeza, dolor de estómago

Mecanismos defensivos

- ✦ **Represión:** designa el mecanismo o proceso psíquico del cual se sirve un sujeto para rechazar representaciones, ideas, pensamientos, recuerdos o deseos y mantenerlos en el inconsciente. De acuerdo con la teoría de Sigmund Freud, los contenidos rechazados, lejos de ser destruidos u olvidados definitivamente por la represión, al hallarse ligados a la pulsión mantienen su efectividad psíquica desde el inconsciente. Lo reprimido

constituye para Freud la componente central del inconsciente. Para Freud la represión opera porque la satisfacción directa de la moción pulsional, que en realidad está destinada a causar placer, podría causar displacer por entrar en disonancia con las exigencias provenientes de otras estructuras psíquicas o que llegan directamente desde el medio exterior. En un sentido estricto, se trata del mecanismo típico de la neurosis histérica, pero en sentido lato es un proceso que ocurre en todos los seres humanos dado que constituye originariamente el proceso clave y fundacional del inconsciente.

- ✦ **Estrés:** Estrés y respuestas neuróticas como ansiedad o depresión, acompañadas frecuentemente por disfunciones biológicas, como las del apetito o el sueño o fisiológicas, como las llamadas enfermedades psicósomáticas, por ejemplo, úlceras gástricas o dolores nerviosos.

Planificación

- ✦ **Objetivos intrapsíquicos:** Lograr que la paciente interiorice y acepte la separación de los padres, y que esta separación no tendría por qué afectar su relación con la madre. Que logre establecer e identificar las causas del conflicto y asuma su responsabilidad en las mismas.
- ✦ **Objetivos relacionados a su entorno:** Lograr que el padre brinde un ambiente más estable para que le permita a la paciente estabilizar sus emociones. Este objetivo se lo trabajará directo con María para que se lo pueda transmitir a su padre.

Reseña de las entrevistas

En la primera entrevista María entro cabizbaja, con recelo de lo que iba a decir a pesar de que fue por cuenta propia. Hablaba con un todo de voz muy bajo, apenas se la escuchaba, pero trataba de explicar lo que le sucedía.

Empezó diciendo que tenía problemas con su tía ya que habla mal de ellos a sus abuelos, con los que vive. Tiene 10 años mas que el papá, son hermanos. La tía quiere que ellos se vayan de la casa, pero el papá dice que no porque se la van a dejar a él. Le tiene miedo a su tía y a su primo porque siempre le gritan y la maltratan, a veces la dejan sin comer y eso la tiene muy angustiada. Le hacía doler mucho la cabeza.

En una segunda entrevista hablamos mas de la relación de la paciente con sus padres, contó sobre su historia familiar aunque sin dar muchos detalles en esta entrevista. Dijo que lleva 7 años sin ver a la mamá y que para ella está muerta, aunque a veces habla con la mamá porque la llaman.

Cambió el tema y empezó a decir que cuando le pasan los problemas con la tía le da mucho coraje, se encierra, se pone a llorar y se golpea la cabeza. Dice que el papá no sabe nada de lo que pasa en la casa cuando el no está y tampoco sabe lo que le pasa a ella, le da vergüenza contarle. Una vez la tía los boto de la casa con todas sus cosas y encerró a los abuelos.

Enfatice el hecho de que es necesario que se sepa defender de los comentarios despectivos, pero siempre haciéndolo con educación.

En la tercera entrevista estuvo más abierta a contar el tema de la relación de sus padres, llego a la consulta dispuesta a eso. Recuerdos lindos que tenía cuando todos vivían juntos sin problemas en Machala y como las cosas se fueron desmoronando al punto de que casi no habla con la mamá, aceptó que la extraña mucho y quisiera que volviera con el papá.

El padre de María tiene una enamorada, pero no es algo que la angustie porque ella sabe que esa señora no es para el papá y él se ha dado cuenta. Ella quiere mucho al papá, no tiene mayor queja hacia él.

Mas allá del ámbito familiar salió a la luz que su vergüenza se da también en el colegio, le da miedo salir a la pizarra, hablar con sus profesores, conversar con sus compañeras porque ella cree que le pueden pegar, o la van a criticar, o a burlarse y decirle que es aburrida.

En la cuarta y quinta entrevista enfatice el hecho de que es necesario que hable con el papá acerca de sus sentimientos para no estar sola y buscar apoyo, también para saber que es lo que él piensa al respecto y también con la hermana, pues tal vez ella tiene algún otro punto de vista que le pueda ayudar a comprender las cosas.

También algo muy importante como el entender que la vergüenza y la timidez lo que van a provocar es que se siga hundiendo en sus problemas, que es necesario que lo vaya dejando de lado poco a poco para que no interrumpa sus sueños cuando sea mas grande y su vida no se llena de frustraciones.

En la última entrevista que tuvimos dijo sentirse mejor, que ha empezado a escribir lo que le sucede para poder ordenar sus ideas y poder manifestarlas, en especial a su papá. Dijo también que habló con el papá y le dio respuestas esperanzadoras en cuanto a su problema. También ya llevan unas 3 semanas que la tía no ha hecho nada.

Habló también con la hermana y le preguntó sobre la mamá, y la hermana le contesto que ella no odia a la mamá, que solo está resentida porque no trata de comunicarse con ellas, pero le dijo que sería bueno que planifiquen un viaje para ir a verla y a conocer a sus hermanitos.

Informe Psicológico # 3

Fecha: 24/1/2010

Profesional: Andrea Guerrero

Datos de filiación

Nombre: Fernanda

Edad: 17 años.

Escolaridad: 10mo. De Básica especialización Corte y Confección

Institución: Colegio Artesanal Municipal Amazonas

Madre: Rocío

Edad: 45 años

Ocupación: Trabajaba en un restaurante, por ahora ya no, esta enferma

Hermanos: 2 hermanos mayores

Procedimiento

Se realizaron 4 entrevistas con la paciente.

En la primera entrevista se trato el motivo de consulta y el encuadre, en el cual llegamos al acuerdo terapéutico.

En la segunda y tercera entrevista se recolectaron datos de la paciente y seguimos con la exploración de la causa por la cual está en consulta, entrevista clínica.

En la cuarta y quinta entrevista con la paciente fueron de tratamiento.

No se pudo hacer mas entrevistas ya que la paciente estaba en labores escolares en las cuales no permanecía en el colegio.

Motivo de consulta

La paciente acudió por si misma a la consulta por el problema que tenía con su enamorado, no sabía cómo reaccionar ante eso y como solucionarlo menos.

Antecedentes familiares y personales

Fernanda vive con su mamá, sus hermanos, sus tíos y sus abuelos. Uno de los tíos los mantiene pero ellos le pagan tratando de hacer todas las tareas del hogar.

Su mamá antes trabajaba pero tuvo un accidente y estuvo 2 meses hospitalizada, quedó con una pierna dañada.

A veces tiene problemas con ese tío puesto que él cuando esta tomando alcohol le saca en cara las cosas y eso a ella le pone mal. A pesar de que es algo que le afecta, tampoco le quita el sueño.

A él papá no lo ve muy seguido, lleva mucho tiempo separado de la mamá y ahora tiene una relación con otra señora y otros hijos, el les suele ayudar económicamente pero Fernanda no está interesada mucho en la relación con su padre.

Tiene 3 años con su enamorado pero hace un año él la engañó con otra chica y le tiene desconfianza, han terminado la relación varias veces pero vuelven a insistencia de él.

Él le ha pedido que se casan, y en alguna ocasión pensó que era buena idea para salirse de su casa, pero luego se dio cuenta de que no era lo mejor, sin embargo ella no le ha dicho que no, y el sigue insistiendo con lo mismo, ella simplemente no dice nada.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico descriptivo

La paciente llega tranquila a la entrevista, muy bien uniformada, peinada y maquillada.

Se nota que es una chica saludable.

Habla rápido, con un poco de desesperación, a veces no deja que yo hable pero con el pasar de la entrevista se va tranquilizando.

Se acerco por su propia iniciativa a la consulta psicológica.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, ansiedad

- La ansiedad es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o -por el contrario- ante el temor de perder un bienpreciado. La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

Mecanismos defensivos

- 4 Racionalización: es la sustitución de una razón inaceptable pero real, por otra aceptable. Consiste en justificar las acciones (generalmente las del propio sujeto) de tal manera que eviten la censura. Se tiende a dar con ello una "explicación lógica" a los sentimientos, pensamientos o conductas que de otro modo provocarían ansiedad o sentimientos de inferioridad o de culpa; de este modo una racionalización o un transformar en pseudorazonable algo que puede facilitar actitudes negativas ya sean para el propio sujeto o para su prójimo.

Planificación

- 4 **Objetivos intrapsíquicos**: Lograr que la paciente asuma la responsabilidad de tomar sus propias decisiones, ya que estas pueden afectar su vida para bien o para mal. No dejarse convencer de las demás personas (en este caso el enamorado) solo por no saber decir que no.
- 4 **Objetivos relacionados a su entorno**: Lograr que la paciente deje claro en otras personas que no se puede jugar con sus sentimientos ni con sus acciones y que le den la confianza y la libertad necesaria para decidir lo crea correcto para su vida.

Reseña de las entrevistas

En la primera entrevista Fernanda llegó muy preocupada pues no sabía qué hacer con el problema que tenía. La paciente dijo tener un enamorado con el que llevaba 3 años juntos pero ya no quiere estar con él porque la engañó con otra chica, y ya no puede confiar más.

Dijo que han terminado 3 veces, la primera vez apareció a la semana, la segunda vez apareció al mes y la tercera vez a los 2 meses. Y eso le molesta de sobremanera porque ella sabe que si él se pierde es porque anda con otra, aunque no tiene pruebas de eso.

Hicimos el encuadre, se le planteó como iban a ser las entrevistas y que es lo que ella quería lograr en estas consultas psicológicas.

En la segunda y tercera entrevista siguió relatando más sucesos de su vida. Su historia familiar: padres separados, al cual el padre no lo ve muy seguido, pero manifiesta que tiene coraje con él pues no se ha portado muy bien con ellos.

La mamá "como muchas mamás" dice Fernanda, molestosa, gritona pero buena, con amor para sus hijos. Siempre trabajo hasta hace unos meses que tuvo un accidente y le quedó su pierna dañada, ahora sigue en recuperación y esta difícil trabajar.

Tiene un enamorado de 3 años como ya lo contó en la primera entrevista, pero su mayor problema es que no sabe como decirle que no porque tiene miedo, miedo de que tal vez no vaya a encontrar otro hombre que le dé "amor verdadero", sin embargo le hago un señalamiento en esa frase, pues no es algo que ella realmente piensa, es algo que él se lo dice para mantenerla a su lado, le hace un juego de presión psicológica que no le permite actuar como ella quisiera.

A veces si se convence de eso y llega a pensar permanecer a lado de él, incluso la abuelita de Fernanda le ha dicho que no lo deje ya que es un buen partido y debe aprender que la vida no es siempre como uno quisiera.

En las dos últimas entrevistas, la cuarta y la quinta, trabajamos el punto de la madurez emocional, se le explicó a Fernanda cuando nos referimos a la madurez afectiva estamos refiriéndonos a un estrato de la personalidad que tiene mucho que ver con la propia apreciación que hacemos de nosotros mismos y de los demás.

Para lograr una personalidad equilibrada y libre, es conveniente educar en las virtudes, y, especialmente en la fortaleza y en la templanza. Con ellas cada uno podrá ser más dueño de sí mismo; y por lo tanto más libre y más feliz.

Una persona a la que le faltan virtudes, especialmente las dos ya mencionadas, no será libre sino esclava de sí misma, de los demás, de todo. Esta situación puede generar inseguridad y angustia.

Después de estas entrevistas no se pudo hacer más por situaciones del colegio de la paciente.

Informe Psicológico # 4

Fecha: 24/1/2010

Profesional: Andrea Guerrero

Datos de filiación

Nombre: Sofía

Edad: 17 años.

Escolaridad: 10mo. De Básica especialización en Belleza

Institución: Colegio Artesanal Municipal Amazonas

Nombre de la madre: María

Escolaridad: 5to. De colegio

Edad: 42 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre del padre: Fernando

Escolaridad: 2do. De colegio

Edad: 50 años

Lugar de trabajo: Albañil

Hermanos: 2 mayores, 1 fallecido

Procedimiento

Se realizaron 7 entrevistas con la consultante y 2 con los padres de familia.

En la primera entrevista se trato el motivo de consulta y el encuadre, en el cual llegamos al acuerdo terapéutico.

En la segunda consulta se recolectaron datos de la paciente y seguimos con la exploración de la causa por la cual está en consulta, entrevista clínica.

La tercera, quinta y séptima entrevista fueron de tratamiento.

La cuarta y la sexta entrevista fueron con los padres, se recabo información de la alumna, se planteo el problema por el que estaba pasando y alternativas para buscar soluciones

La octava y novena entrevista fueron devolutivas.

Motivo de consulta

La directora del plantel se acercó a nosotros pidiendo que atendamos a Sofía pues la mamá de ella había ido al colegio días atrás muy angustiada pues su hija estaba saliendo con un hombre de 33 años y estaba segura de que ya estaban teniendo relaciones sexuales.

A raíz de esto se ha puesto muy desobediente y altanera, además tiene problemas con las materias en el colegio, malas notas, no rinde como debería y piensa siempre en la deserción de los estudios.

Antecedentes familiares y personales

Sofía es la menor de 4 hermanos, 1 de ellos falleció junto con su esposa embarazada hace un año. La muerte de este hermano afectó mucho a la familia y en especial a su mamá pues era el hijo consentido y confidente de ella, por lo cual la armonía del hogar está en un gran desbalance.

El hogar de la consultante es de un estrato económicamente bajo, y los problemas de dinero son algo frecuente, sin embargo es algo que no causa un malestar mayor.

La mamá de Sofía dijo que siempre fue muy inquieta, que a raíz de que ella empezó a caminar tuvo que dejar de trabajar para cuidarla, en especial cuando ya entró a estudiar pues era muy inquieta en el jardín y en la escuela y le costaba mucho hacer los deberes. Tres veces se quedó de año en la escuela y la terminó por insistencia del director pues ya no la quería tener como alumna de la institución. Y cuando la terminó estuvo un año sin estudiar porque no quería.

Antes de que conociera al hombre de 33 años tuvo un enamorado que era un año mayor a ella pero la celaba mucho y eso no le gustaba a la mamá.

A más del problema de que este hombre sea muy mayor para Sofía, también está el inconveniente de que no está en buenas condiciones, es alcohólico y drogadicto en

recuperación; ha estado en dos compromisos anteriormente de los cuales también tiene hijos.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La joven llega a la entrevista con una actitud fresca, bien peinada, los ojos maquillados pero con el uniforme apretado como si estuviera pasada de peso. Se la ve tranquila pero algo tímida también.

Al acudir a la entrevista psicológica Sofía fue un poco desconfiada, manifestando no saber porque estaba en consulta con la psicóloga. Cuando le comunique porque indicó que era cierto pero no para tanto.

A partir de la segunda y tercera sesión Sofía se abre más al diálogo y comienza a hablar sobre su problema sentimental y todo lo que piensa sobre el tema.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: Irritabilidad, expansibilidad.

Mecanismos defensivos

- † **Negación:** consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia o su relación o relevancia con el sujeto, al decir que su tema no tiene tanta importancia porque considera que es un tema pasado. Rechaza aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. Sofía se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás.

- † **Racionalización:** se da porque la consultante tiende a justificar sus propias acciones de tal manera que eviten la censura. Tiende a dar con ello una

"explicación lógica" a los sentimientos, pensamientos o conductas que de otro modo provocarían ansiedad o sentimientos de inferioridad o de culpa.

Planificación

- ‡ **Objetivos intrapsíquicos:** Lograr que la joven tenga consciencia de que debe madurar más para hacer mejores elecciones. El madurar a todos los niveles que son físico, verbal, del pensamiento, de valores, sentimientos.
- ‡ **Objetivos relacionados a su entorno:** Dar a conocer a los padres pautas para facilitar la guía educativa para su hija, que tenga una comunicación más apropiada y asertiva. Informar a los padres que la crisis de su hija es debido a una etapa de su vida y ayudarla a que sea una mejor mujer.

Reseña de las entrevistas

En la primera entrevista, cuando Sofía llegó a la entrevista psicológica no sabía porque estaba ahí y al comunicarle el porqué, indico que era cierto pero lo tomo a ligera pues decía que llevaba tiempo sin ver al hombre y dijo que no había tenido relaciones sexuales con él.

Indicó que hace un mes lo había conocido, que era un hombre mayor de 33 años con el que salió dos semanas hasta que un domingo llegó tarde a la casa y le prohibieron verlo definitivamente, llevaba dos semanas sin hablar con él y sin verlo.

En la segunda entrevista dice que tiene muchos problemas con la mamá porque es muy grosera, especialmente desde que su hermano falleció hace un año.

Ella solo habla con su papá y con una amiga; el papá le ha dicho que si la mamá sigue así, él se va a ir de la casa. Sofía se pone triste.

También comenta que está mal en sus notas pero que ha empezado a cambiar eso.

En la tercera entrevista indica que ese fin de semana estuvo muy bien con la mamá, que ella (la mamá) le pidió perdón y Sofía solo dijo "que lo deje ahí no más".

Comentó que hasta hace 3 meses tuvo un enamorado con el que estuvo 7 meses y era un año mayor a él, le gustaba mucho pero no estaba enamorada, pero que por el también bajo su rendimiento escolar y por eso las amigas le han dicho "que ya cambie y no se deje de llevar por enamoramientos para que no baje sus notas".

En la entrevista cuarta y sexta vinieron los 2 padres de la consultante y su hermana mayor diciendo que se encontraban desesperados porque no sabían que hacer con Sofía, estaba muy rebelde y desde que empezó a salir con el señor. En esta entrevista explique a los padres la importancia de la buena comunicación con ella especialmente por la etapa en que se encuentra y una mayor explicación del porque una persona mayor no puede andar con alguien menor de edad.

La mamá de Sofía resaltó que le da mucho recelo de que ella solo hable con el papá y no le tengo confianza (a la mamá).

En una cuarta entrevista

En la cuarta, quinta y séptima entrevista

Sofía contó que tuvo relaciones sexuales a la semana de haberlo conocido, que fue su primera vez y le gustó, sentía mucha curiosidad. La mamá le había hablado antes de eso, le había dicho que tenga cuidado porque podía quedar embarazada. Después de lo que paso, el señor le dio a entender que ella ahora no podía estar con nadie más.

También abordamos con la consultante el hecho de que ella no podía sacar de su cabeza a el hombre con el que estuvo, decía muchas veces que "se ponía como loca, que quería verla, que quería irse de la casa y ya no aguantaba más, que a veces tomaba el celular de su mamá a escondidas y le enviaba mensajes" sin embargo el no se empezó a portar bien. La llamaba a la mamá y le enviaba mensajes insultantes de Sofía y ella no entendía porque él hacía eso. Le decía a la mamá que su hija era una cualquiera, que no sabía la clase de hija que tenía, etc.

Le señalaba a la consultante que era muy importante que aprendiera a discernir de lo que estaba bien y de lo que no estaba bien para ella y en la vida en general. La

orientaba para que trabaje su parte emocional e intelectual, su capacidad de juicio, de reconocimiento del mundo interno, de que debe aprender a madurar aspectos de su vida para hacer elecciones lo mas acertadas posibles.

En las dos ultimas entrevistas Sofía manifestó que ya ha empezado a olvidarse del señor que era su enamorado, que ya no siente lo mismo, especialmente desde que se enteró que anda con otra mujer a la cual la tiene "sometida".

Indica que se siente aliviada al darse cuenta de que con él iba a vivir muy mal, igual o peor de que esa chica que es la actual conviviente. Se siente mas tranquila, dice que ha mejorado en sus estudios y que después de las entrevistas con los padres las cosas en el hogar han cambiado para bien. La mamá se sigue enojando mucho igual, pero ahora es distinto porque no es tan grosera ni injusta.

Informe Psicológico # 5

Fecha: 24/1/2010

Profesional: Andrea Guerrero

Datos de filiación

Nombre: Elena

Edad: 18 años.

Escolaridad: 9no. De Básica especialización en Belleza

Institución: Colegio Artesanal Municipal Amazonas

Hermanos: 1 medio hermano mayor y 2 hermanas menores

Hijos: 1 Niña de 1 año 2 meses

Estado civil: Unión libre 2 años, actualmente separada.

Nombre del conviviente: Ronald

Procedimiento

Se realizaron 5 entrevistas con la consultante y 1 con el conviviente y 1 con los dos consultantes.

En la primera entrevista se trato el motivo de consulta y el encuadre, en el cual llegamos al acuerdo terapéutico.

En la segunda consulta se recolectaron datos de la paciente y seguimos con la exploración de la causa por la cual está en consulta, entrevista clínica.

La tercera, quinta y séptima entrevista fueron de tratamiento.

La cuarta y la sexta entrevista fueron con los padres, se recabo información de la alumna, se planteo el problema por el que estaba pasando y alternativas para buscar soluciones

La octava y novena entrevista fueron devolutivas.

Motivo de consulta

La directora del plan se acerco a nosotros pidiendo que atendamos a Sofía pues la mamá de ella había ido al colegio días atrás muy angustiada pues su hija estaba

saliendo con un hombre de 33 años y estaba segura de que ya estaban teniendo relaciones sexuales.

A raíz de esto se ha puesto muy desobediente y altanera, además tiene problemas con las materias en el colegio, malas notas, no rinde como debería y piensa siempre en la deserción de los estudios.

Antecedentes familiares y personales

Sofía es la menor de 4 hermanos, 1 de ellos falleció junto con su esposa embarazada hace un año. La muerte de este hermano afectó mucho a la familia y en especial a su mamá pues era el hijo consentido y confidente de ella, por lo cual la armonía del hogar está en un gran desbalance.

El hogar de la consultante es de un estrato económicamente bajo, y los problemas de dinero son algo frecuente, sin embargo es algo que no causa un malestar mayor.

La mamá de Sofía dijo que siempre fue muy inquieta, que a raíz de que ella empezó a caminar tuvo que dejar de trabajar para cuidarla, en especial cuando ya entro a estudiar pues era muy inquieta en el jardín y en la escuela y le costaba mucho hacer los deberes. Tres veces se quedo de año en la escuela y la termino por insistencia del director pues ya no la quería tener como alumna de la institución. Y cuando la termino estuvo un año sin estudiar porque no quería.

Antes de que conociera al hombre de 33 años tuvo un enamorado que era un año mayor a ella pero la celaba mucho y eso no le gustaba a la mamá.

A mas del problema de que este hombre sea muy mayor para Sofía, también esta el inconveniente de que no está en buenas condiciones, es alcohólico y drogadicto en recuperación; ha estado en dos compromisos anteriormente de los cuales también tiene hijos.

Apreciación diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo:

La joven llega a la entrevista con una actitud fresca, bien peinada, los ojos maquillados pero con el uniforme apretado como si estuviera pasada de peso. Se la ve tranquila pero algo tímida también.

Al acudir a la entrevista psicológica Sofía fue un poco desconfiada, manifestando no saber porque estaba en consulta con la psicóloga. Cuando le comunique porque indicó que era cierto pero no para tanto.

A partir de la segunda y tercera sesión Sofía se abre más al diálogo y comienza a hablar sobre su problema sentimental y todo lo que piensa sobre el tema.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: Irritabilidad, expansibilidad.

Mecanismos defensivos

- + **Negación:** consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia o su relación o relevancia con el sujeto, al decir que su tema no tiene tanta importancia porque considera que es un tema pasado. Rechaza aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. Sofía se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás.
- + **Racionalización:** se da porque la consultante tiende a justificar sus propias acciones de tal manera que eviten la censura. Tiende a dar con ello una "explicación lógica" a los sentimientos, pensamientos o conductas que de otro modo provocarían ansiedad o sentimientos de inferioridad o de culpa.

Planificación

- ‡ **Objetivos intrapsíquicos:** Lograr que la joven tenga consciencia de que debe madurar más para hacer mejores elecciones. El madurar a todos los niveles que son físico, verbal, del pensamiento, de valores, sentimientos.
- ‡ **Objetivos relacionados a su entorno:** Dar a conocer a los padres pautas para facilitar la guía educativa para su hija, que tenag una comunicación más apropiada y asertiva. Informar a los padres que la crisis de su hija es debido a una etapa de su vida y ayudarla a que sea una mejor mujer.

Reseña de las entrevistas

En la primera entrevista, cuando Sofía llegó a la entrevista psicológica no sabía porque estaba ahí y al comunicarle el porqué, indico que era cierto pero lo tomo a ligera pues decía que llevaba tiempo sin ver al hombre y dijo que no había tenido relaciones sexuales con él.

Indicó que hace un mes lo había conocido, que era un hombre mayor de 33 años con el que salió dos semanas hasta que un domingo llegó tarde a la casa y le prohibieron verlo definitivamente, llevaba dos semanas sin hablar con él y sin verlo.

En la segunda entrevista dice que tiene muchos problemas con la mamá porque es muy grosera, especialmente desde que su hermano falleció hace un año.

Ella solo habla con su papá y con una amiga; el papá le ha dicho que si la mamá sigue así, él se va a ir de la casa. Sofía se pone triste.

También comenta que está mal en sus notas pero que ha empezado a cambiar eso.

En la tercera entrevista indica que ese fin de semana estuvo muy bien con la mamá, que ella (la mamá) le pidió perdón y Sofía solo dijo "que lo deje ahí no más".

Comentó que hasta hace 3 meses tuvo un enamorado con el que estuvo 7 meses y era un año mayor a él, le gustaba mucho pero no estaba enamorada, pero que por el

también bajo su rendimiento escolar y por eso las amigas le han dicho "que ya cambie y no se deje de llevar por enamoramientos para que no baje sus notas".

En la entrevista cuarta y sexta vinieron los 2 padres de la consultante y su hermana mayor diciendo que se encontraban desesperados porque no sabían que hacer con Sofía, estaba muy rebelde y desde que empezó a salir con el señor. En esta entrevista explique a los padres la importancia de la buena comunicación con ella especialmente por la etapa en que se encuentra y una mayor explicación del porque una persona mayor no puede andar con alguien menor de edad.

La mamá de Sofía resaltó que le da mucho recelo de que ella solo hable con el papá y no le tengo confianza (a la mamá).

En una cuarta entrevista

En la cuarta, quinta y séptima entrevista

Sofía contó que tuvo relaciones sexuales a la semana de haberlo conocido, que fue su primera vez y le gustó, sentía mucha curiosidad. La mamá le había hablado antes de eso, le había dicho que tenga cuidado porque podía quedar embarazada. Después de lo que paso, el señor le dio a entender que ella ahora no podía estar con nadie más.

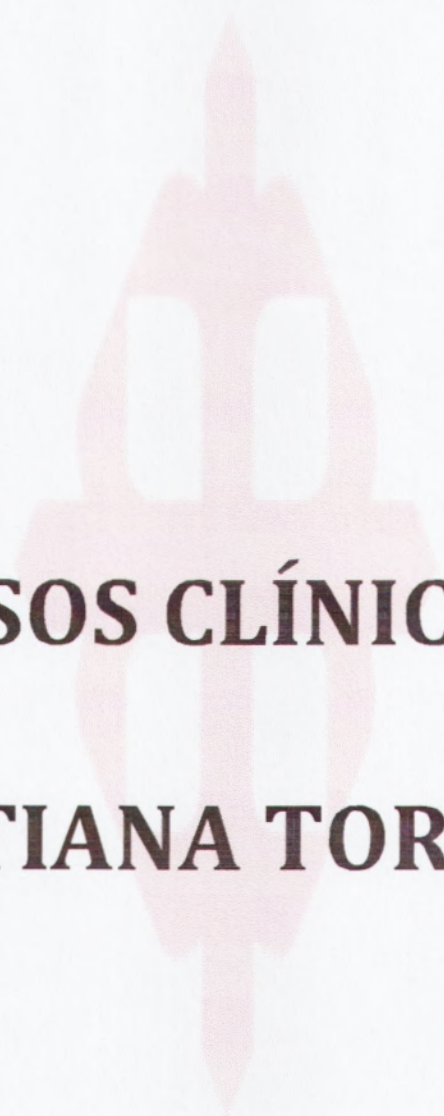
También abordamos con la consultante el hecho de que ella no podía sacar de su cabeza a el hombre con el que estuvo, decía muchas veces que "se ponía como loca, que quería verla, que quería irse de la casa y ya no aguantaba más, que a veces tomaba el celular de su mamá a escondidas y le enviaba mensajes" sin embargo el no se empezó a portar bien. La llamaba a la mamá y le enviaba mensajes insultantes de Sofía y ella no entendía porque él hacía eso. Le decía a la mamá que su hija era una cualquiera, que no sabía la clase de hija que tenía, etc.

Le señalaba a la consultante que era muy importante que aprendiera a discernir de lo que estaba bien y de lo que no estaba bien para ella y en la vida en general. La orientaba para que trabaje su parte emocional e intelectual, su capacidad de juicio, de

reconocimiento del mundo interno, de que debe aprender a madurar aspectos de su vida para hacer elecciones lo mas acertadas posibles.

En las dos ultimas entrevistas Sofía manifestó que ya ha empezado a olvidarse del señor que era su enamorado, que ya no siente lo mismo, especialmente desde que se enteró que anda con otra mujer a la cual la tiene "sometida".

Indica que se siente aliviada al darse cuenta de que con él iba a vivir muy mal, igual o peor de que esa chica que es la actual conviviente. Se siente mas tranquila, dice que ha mejorado en sus estudios y que después de las entrevistas con los padres las cosas en el hogar han cambiado para bien. La mamá se sigue enojando mucho igual, pero ahora es distinto porque no es tan grosera ni injusta.



CASOS CLÍNICOS:
TATIANA TORRES

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Informe Psicológico # 1

Fecha: 3 de Marzo del 2010

Profesional: Tatiana Torres G.

Datos de Filiación

Nombre: Caso 1

Edad: 9

Escolaridad: Primaria

Nombre de la madre: María

Escolaridad: Secundaria

Edad: 31 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre del padre: José

Escolaridad: Secundaria

Edad: 32 años

Lugar de trabajo: Aeropuerto

Hermanos: hermano varón de 12 años

Procedimiento

Se realizaron dos entrevistas semidirigidas, con la madre con una duración de (45 minutos c/u)

La tercera y cuarta entrevista fueron con la paciente, entrevista clínica con la niña (Dibujo de la Familia)

La quinta entrevista fue informativa (devolutiva) y de contrato con una duración de (45 minutos)

Una entrevista de seguimiento

Total entrevistas: 6

Motivo de consulta

La niña es llevada a consulta por su mamá, la madre dice: "Llora mucho, no come y tiene constantes dolores de estómago. En su revisión médica todo está bien. Siempre pasa enojada y se porta grosera conmigo y no me hace caso".

Antecedentes Familiares y Personales

La niña proviene de un hogar con un nivel socio económico bajo, los padres de la paciente, llevan 13 años de casados, viven en casa de la madre de la señora, junto con las hermanas y sobrinos. Los padres junto con sus dos hijos duermen en un mismo dormitorio, los hijos en una litera y los padres en el piso sobre un colchón. La madre comenta que es lo único que pueden tener y darles a sus hijos, ya que lo que el esposo gana no alcanza para mudarse a otro lugar.

La niña fue una niña deseada, nació de parto normal, desarrollo psicomotriz normal, la abuelita materna ayudó en la crianza, incluso colaborando con los gastos de su educación.

Está en primaria, en 4to grado, tiene bajo rendimiento escolar y tiene problemas para relacionarse con sus compañeros, en el aula se muestra desatenta, la profesora expresa "La niña en momentos se muestra como ida, no está conectada con el trabajo de la clase.

En la casa es inquieta, y no cumple órdenes, tiene constantes peleas con su tía y con los miembros de la familia, llora mucho y expresa sentir constantes dolores de estómago. No mantiene una buena comunicación con los padres.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre de la paciente llega puntual a las sesiones, no denota cuidado personal, es de contextura delgada, rostro afligido, colabora en las entrevistas.

La paciente es de contextura delgada, no denota cuidado personal, se presenta al inicio un poco callada muy reservada, a medida que se avanza con el proceso, la niña se muestra muy colaboradora.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: Irritabilidad, se siente desplazada por su tía, la cual tiene la misma edad que la niña.

El sector ocupado por el dibujo (Test del dibujo de la familia) es inferior izquierdo, denotando una posible depresión, inseguridad y una regresión en el pasado, un regreso a la infancia. La niña prevalece el principio de la realidad, reproduce los miembros de su propia familia pero no en el respectivo orden de importancia y no se sitúa en su ubicación real.

Mecanismos defensivos

- † **Represión:** La niña presenta sentimientos y emociones cuya exteriorización a través de la conciencia esta impedida, el odio hacia su tía genera en la niña cierta ansiedad asociada al temor de perder el cariño de sus padres, en especial de su madre quien se refiere a su hermana como su hija. Para evitarlo la niña reprime el impulso a hacer de nuevo aquello que fue motivo de castigo (pelear con la tía) con lo cual evita también la ansiedad correspondiente, simulando dolor de estomago como expresión de lo reprimido.
- † **Regresión:** La niña presenta rebeldía, negativismo, oposición, opta como solución a su problema el volver a un estadio anterior de desarrollo de su vida afectiva y mental en donde se sintió más cómodo, seguro y protegido.
- † **Proyección:** Proyecta al exterior su propia hostilidad, por lo que tiende hacer

berrinches, es la manera como desplaza sus frustraciones.

- † **Conversión**, convierte en trastorno o enfermedad física las frustraciones o contrariedades sufridas (se niega a comer).

Planificación:

Objetivos intrapsíquicos:

- † Lograr que la niña pueda expresar su rabia y contradicciones edípicas.
- † Lograr que la niña a través de la palabra exteriorice los sentimientos de rivalidad hacia su tía.
- † Lograr que la niña asuma su responsabilidad alrededor de las dificultades que mantiene con su tía y su responsabilidad en relación al tema.

Objetivos relacionados a su entorno:

- † Con la madre se trabajó en la función y responsabilidad de cada miembro dentro de la estructura familiar.
- † Realizar un cronograma de actividades, donde el paciente adquiera nuevos hábitos, aseo personal, realizar las tareas de la escuela, ciertas actividades del hogar, horarios de juego, etc.
- † Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación, con la finalidad de estrechar los lazos intrafamiliares, que los padres estén capacitados para resolver inquietudes propias de la edad de sus hijos.

Anexo

Evolución del Tratamiento

En la primera entrevista acude solamente la madre, quien solicita la consulta, y quien expuso la problemática del caso. Se le explican las actividades que se van a realizar con el alumno. Asimismo se le pide que colabore con las indicaciones que se le darán para el tratamiento. Se acuerda, en lo referente a los horarios, las estrategias para cada actividad y los posibles obstáculos.

Se le sugiere que exprese a su hija sobre lo que se planteó en la primera entrevista con él psicólogo, para de esta manera mantener informado a la alumna y disminuir los obstáculos que se puedan presentar.

En cuanto a la disciplina, se le sugiere que los castigos deben ir acompañados de una explicación, que la niña sea capaz de asumir su responsabilidad en cuanto al castigo.

Las siguientes sesiones se las realiza con la alumna a la cual se le brinda un espacio para que pueda hablar de lo que le causa malestar, de la relación un tanto tormentosa que mantiene con su tía, relación basada en una rivalidad debido a que tienen la misma edad.

Con las indicaciones dadas a la madre y el trabajo con la alumna se logró que la niña asuma su responsabilidad en relación a su problemática y a su salud física. La niña ha comenzado a comer progresivamente, los dolores de estomago desaparecieron, y ha disminuido la situación conflictiva que mantiene con su tía.

Informe Psicológico # 2

Fecha: 3 de Marzo del 2010

Profesional: Tatiana Torres G.

Datos de Filiación

Nombre: Carolina

Edad: 10

Escolaridad: Primaria

Nombre de la madre: Carla

Escolaridad: Secundaria **Edad:** 31 años

Ocupación: Empleada Domestica

Nombre del padre: Juan

Escolaridad: Secundaria **Edad:** 32 años

Lugar de trabajo: Ceibos

Hermanos: tiene 3 hermanos paternos

Procedimiento

Se realizaron 4 entrevistas con la paciente, donde la primera se procedió a indicar a la niña cual era el objetivo de las entrevistas, y como se las iba a realizar.

La segunda, la tercera y cuarta entrevista fueron con la paciente, entrevista clínica con la niña (Dibujo de la Familia)

Se realizaron 2 entrevistas semidirigidas con la madre, donde la quinta entrevista fue informativa (devolutiva) y de contrato con una duración de (45 minutos) y la sexta de información y seguimiento

Total entrevistas: 6

Motivo de consulta

La niña es derivada por la dirigente ya que presentaba problemas de atención y bajo rendimiento escolar.

Antecedentes Familiares y Personales

La niña proviene de un hogar con un nivel socio económico bajo, los padres de la paciente, nunca vivieron juntos. La niña junto a su madre viven en una casa de un piso, alquilada y compartida con su tía y sus primos. La niña comparte el cuarto con su madre. La madre trabaja como empleada domestica, donde acude a trabajar junto a la niña, luego en la noche se regresan a su casa.

La niña fue producto de una relación de pocos días, ya que el padre tenía un hogar formado, su nacimiento no fue planificado, no fue reconocida por el padre sino a los 5 años, nació por parto normal, tiene 3 hermanos paternos, entre ellos una hermana de la misma edad, por quien siente rivalidad.

Está en primaria, en 5to grado, fue derivada por problemas de atención y bajo rendimiento escolar. Las maestras referían que Génesis a pesar de ser una niña muy colaboradora en las actividades dentro del aula, presentaba problemas de atención durante las horas de clases.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La paciente es de contextura delgada, su apariencia personal es adecuada, se presenta al inicio un poco callada muy reservada, a medida que se avanza con el proceso, la niña se muestra muy colaboradora.

La madre inicialmente no asiste a las entrevistas, es de contextura delgada, rostro afligido, Al principio no colabora con el proceso, se la cita por varias ocasiones pero no asiste. Con la colaboración de la maestra dirigente se logra entrevistar a la madre, y

trabajar la problemática familiar en la que se encuentra inmersa la niña y la importancia de que asuma su responsabilidad en el conflicto familiar.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: Triste, callada, llora en clases, se siente desplazada por su hermana paterna, la cual tiene la misma edad que la niña.

En el Test Dibujo de la Familia la niña usa el sector inferior de la página, denotando a los instintos primordiales de conservación de la vida, y una posible depresión en la niña. Esto puede estar íntimamente relacionado con el deseo poseer la familia ya que la niña no dibuja a los personajes de su familia, sino que reemplaza a su familia quizás por una familia que desea. Existiendo un peligro interior en la niña que causa angustia.

Su verdadera condición familiar la traumatiza, le causa angustia, trata de liberarse activamente de su familia, de acuerdo con la regla de la mayor felicidad, muy ligada a su deseo.

Mecanismos defensivos:

- † **Sublimación:** El impulso se canaliza hacia una forma más aceptable, es derivada hacia un nuevo fin, en este caso la niña tiende a colaborar impulsivamente con la dirigente del grado en todas las actividades dentro y fuera del aula apuntando a objetos valorados socialmente,
- † **Represión:** Existe una represión pues eventos y pensamientos que serían dolorosos si se mantuvieran en el nivel conciente, en este caso la falta de contacto y comunicación que existe con su padre.

† **Proyección:**

Los sentimientos o ideas estresantes, son proyectados hacia su hermana paterna, quien ha visto por una sola ocasión.

† **Regresión:** Es un mecanismo que lleva a retomar el nivel de desarrollo anterior, más infantil, en este caso la niña llora a menudo en clase, buscando el apoyo, cariño y aceptación en las maestras.

† **Aislamiento:** Aísla su verdadera condición familiar como manera de soportar los hechos.

† **Racionalización:** En este caso la niña sustituye su realidad familiar, en especial el escaso contacto con su padre, que no es aceptable, por la idea de que todo va bien expresando: "mi padre siempre ha estado conmigo, solo que como siempre trabaja no nos podemos ver".

† **Negación:** La niña se encuentra negando una situación dolorosa, negando su realidad. Se encuentra en un estado de angustia muy grande, desorientado en cuanto su procedencia, a su lugar dentro de su familia. Existe una angustia del Super yo, donde existe una culpa.

Planificación:

Objetivos intrapsíquicos:

- † Lograr que la niña pueda expresar su rabia y contradicciones edípicas.
- † Lograr que la niña a través de la palabra exteriorice los sentimientos de rivalidad hacia su hermana paterna.
- † Lograr que la niña asuma su realidad en lo que respecta a su familia y asuma su responsabilidad en relación a su rendimiento escolar.

Objetivos relacionados a su entorno:

- † Con la madre se trabajo en la función y responsabilidad de cada miembro dentro de la estructura familiar.

- ‡ Realizar un cronograma de actividades, donde el paciente adquiriera nuevos hábitos, aseo personal, realizar las tareas de la escuela, ciertas actividades del hogar, horarios de juego, etc.
- ‡ Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación, con la finalidad de estrechar los lazos intrafamiliares, y estén en capacidad de conversar y aclarar dudas sobre la procedencia y realidad de la niña.

Anexo

Evolución del Tratamiento

Se realizaron 4 sesiones con la niña, en las cuales se trabajó alrededor de su situación familiar, la separación de sus padres y la aceptación de la misma. También se trabajó alrededor de asumir su responsabilidad en cuanto a su rendimiento escolar.

Desde su nacimiento la niña ha vivido solo con su madre, su padre decidió formar otra familia producto de la cual tiene una hija de la misma edad que Génesis. La niña se siente desplazada y demanda más atención por parte del padre.

Se realizaron 2 sesiones con la madre, con quien se trabajó alrededor de su posición y responsabilidad en torno a la situación familiar. Existió un compromiso por parte de la madre a dar más apoyo, tanto emocional como académico a la niña, así como a cumplir con los requerimientos de la institución.

Informe Psicológico # 3

Fecha: 3 de Marzo del 2010

Profesional: Tatiana Torres G.

Datos de Filiación

Nombre: Miriam

Edad: 11

Escolaridad: Primaria

Nombre de la madre: Julia

Escolaridad: Secundaria

Edad: 38 años

Ocupación: dueña de una papelería y Cyber

Nombre del padre: Pedro

Escolaridad: Secundaria

Edad: 39 años

Lugar de trabajo: España

Hermanos: 2 hermanas de 9 y 7 años.

Procedimiento

Se realizaron 3 entrevistas semidirigidas, con los padres con una duración de (45 minutos c/u)

Con la niña se realizaron 5 entrevistas clínicas, donde se evaluó y se trató a la consultante.

Se realizó también una entrevista devolutiva y de contrato con una duración de (45 minutos)

Una entrevista de seguimiento

Total entrevistas: 10

Motivo de consulta

La niña presenta irritabilidad e insomnio en torno al regreso del padre, el cual vive en España hace 1 año y medio. Presenta una rivalidad con la madre. No permite que exista una relación de pareja entre los padres.

Antecedentes Familiares y Personales

La niña proviene de un hogar con un nivel socio económico bajo, los padres de la paciente, llevan 13 años de casados, viven en un departamento, en un condominio de la familia del padre. Tiene 32 hermanas menores, a las cuales atiende cuando la mamá está trabajando. La madre trabaja en un local en la parte baja del condominio, es una papelería con Cyber. Se le hace imposible poder trabajar con las niñas ahí, por lo que las deja arriba a cargo de la hija mayor (la consultante). Hace 1 año y medio el padre decidió migrar a España en busca de trabajo, ya que la mayor parte de su familia vive allá. El padre, regreso este año y estuvo aquí en la casa por tres meses.

La niña fue una niña deseada, nació de parto normal, desarrollo psicomotriz normal, cursa el 6to grado de primaria, siempre ha tenido un buen rendimiento escolar. Tiene dificultades para socializar, se queja de que las amigas la molestan mucho.

En la casa, no cumple órdenes, tiene constantes peleas con sus hermanas porque no le hacen caso y no quieren estudiar. No le gusta como se comporta su mamá cuando no está aquí su padre y desde que su padre está en casa después de 1 año y medio, está irritable, no puede dormir, quiere dormir en el cuarto con sus padres, tiene pesadillas, grita, llora y controla la llegada de sus padres a casa.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre de la paciente llega puntual a las sesiones, un poco ansiosa, es de contextura gruesa, rostro afligido, colabora en las entrevistas. Dice "no sé qué hacer con esta niña, no me deja estar tranquila con mi esposo, no nos deja dormir"

La paciente es de contextura delgada, no denota cuidado personal, se presenta al inicio un poco callada muy reservada, a medida que se avanza con el proceso, la niña se muestra muy colaboradora. Expresa no poder dormir debido a que ve sombras en la noche, ve al tin tin, por lo que llora y grita. No esta de acuerdo con que su padre se haya ido a España, "desde que el se fue todo se puso negro". "Mi mama hace lo que quiere y mis hermanas también"

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos..

Síntomas depresivos: Irritabilidad, se siente desplazada por su tía, la cual tiene la misma edad que la niña.

En el test del dibujo de la Familia la niña prevalece el principio de la realidad, reproduce los miembros de su propia familia pero no en el respectivo orden de importancia y no se sitúa en su ubicación real.

Mecanismos defensivos

- † **Represión:** La niña presenta sentimientos y emociones cuya exteriorización a través de la conciencia esta impedida, la relación de pareja de sus padres, genera en la niña cierta angustia asociada al temor de perder el cariño de su padre, tiene rivalidad en especial con su madre a quien se refiere como la culpable de que su padre se haya ido a España. Para evitar que los padres estén juntos la niña reprime el impulso a hacer de nuevo aquello que fue motivo de castigo (no dormir, ir al cuarto de los padres en la noche) con lo cual evita también la ansiedad correspondiente, simulando ver sombras y al (tin tin) como expresión de lo reprimido.

- † **Regresión:** La niña presenta rebeldía, negativismo, oposición, opta como solución a su problema el volver a un estadio anterior de desarrollo de su vida afectiva y mental en donde se sintió más cómodo, seguro y protegido.

- † **Proyección:** Proyecta al exterior su propia hostilidad, por lo que tiende a hacer berrinches, es la manera como desplaza sus frustraciones.
- † **Conversión:** convierte en trastorno o enfermedad física las frustraciones o contrariedades sufridas (se niega a dormir en su cama, no duerme, tiene pesadillas).
- † **Negación:** Niega tener algún conflicto, trata aspectos evidentes de la realidad como si no existieran.

Planificación

Objetivos intrapsíquicos:

- † Con la niña se trabajó alrededor de la decisión de migrar del padre y la aceptación de la misma.
- † Trabajar alrededor de aceptar y respetar la relación de los padres como pareja.
- † Lograr que la niña pueda expresar su rabia y contradicciones edípicas.
- † Lograr que la niña pueda eliminar su insomnio y pesadillas.

Objetivos relacionados a su entorno:

- † Con los padres se trabaja la necesidad de explicar las razones que tuvo el padre de migrar a España.
- † Con los padres se trabaja la necesidad de mejorar la comunicación con su hija así como también en la función y responsabilidad de cada miembro dentro de la estructura familiar.
- † Realizar un cronograma de actividades, donde el paciente adquiera nuevos hábitos, aseo personal, ciertas actividades del hogar, horarios de juego, etc.
- † Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación, con la finalidad de estrechar los lazos intrafamiliares, que los padres estén capacitados para resolver inquietudes propias de la edad de sus hijas.

Anexo

Evolución del Tratamiento

La consultante fue derivada por la maestra dirigente del 6to grado, por petición de la madre, ya que en casa esta insoportable, muy irritable, no duerme, tiene pesadillas, no le deja estar con su esposo.

La primera cita fue con la madre de la niña, quien expuso no saber que hacer, se muestra muy ansiosa, desesperada, llora y dice " por su culpa no he podido estar con mi esposo", "Esta insoportable"

Con la madre en la primera entrevista semi-dirigida se procedió a reducir el monto de ansiedad y a explicar los objetivos de la entrevista psicológica, y como se va a proceder.

Las otras 3 entrevistas se realizaron con el padre y la madre. Fueron entrevistas semi-dirigidas. Los padres se mostraron muy colaboradores e interesados en el proceso, fueron muy puntuales en cada una de las entrevistas.

Con la niña se trabajaron 5 sesiones, donde la niña se mostró muy esquiva, reservada y de poca palabra, se trabajo, la separación del padre del hogar, por viaje a España, así como también su lugar y funciones dentro de la estructura familia, sus obligaciones y responsabilidades.

Se trabaja en torno al insomnio y las pesadillas que ha tenido a raíz de que el padre esta en casa y su relación con la falta de comunicación al momento en que el padre decidido migrar a España.

Debido a la colaboración de los padres, la consultante supero sus insomnios y pesadillas. Se logro ubicar a la niña dentro de la estructura familiar y en relación a sus funciones y responsabilidades.

Informe Psicológico # 4

Fecha: 3 de Marzo del 2010

Profesional: Tatiana Torres G.

Datos de Filiación

Nombre: Juan

Edad: 11

Escolaridad: Primaria

Nombre de la madre: Andrea

Escolaridad: Secundaria

Edad: 38 años

Ocupación: venta de productos de belleza

Nombre del padre: Darwin

Escolaridad: Secundaria

Edad: 42 años

Lugar de trabajo: Municipio

Hermanos: 1 mujer (20 años) 1 varón (4 años)

Procedimiento

Se realizo una entrevista semidirigidas, con los padres con una duración de (45 minutos c/u)

La tercera y cuarta entrevista fueron con la paciente, entrevista clínica con el niño (Dibujo de la Familia)

La quinta y sexta entrevista fue informativa y de contrato con una duración de (45 minutos), con la madre.

Dos entrevista de seguimiento con el paciente.

Total entrevistas: 7

Motivo de consulta

Bajo rendimiento escolar. Irritabilidad. Dificultades en socializar.

Antecedentes Familiares y Personales

El niño proviene de un hogar con un nivel socio económico medio -bajo, los padres del paciente, nunca se han llevado bien, llevan 14 años de conocerse, pero su convivencia ha sido inestable. Los padres, tienen muchos conflictos, peleas y maltrato verbal y físico. El niño tiene una hermana de 20 años y un hermano menor de 4 años. La hermana mayor es por parte de la madre, se caso y tiene un hijo, el hermano menor es hermano de padre y madre, y vive con ellos.

Viven en una casa de 1 piso, de dos dormitorios, el papa duerme junto a sus hijos en un cuarto y la mama en el otro cuarto. Los padres no llevan una buena relación de pareja; la madre desea abandonar el hogar y dejar al padre con sus dos hijos, y expresa: "él es el que tiene mas dinero, el es el que es grosero, entonces que el se quede con los niños, pues yo no quiero seguir atada a ellos"

El niño no proviene de un hogar formado, no fue deseado por el padre, sin embargo siempre lo ha cuidado, porque la madre lo abandono desde muy pequeño (1 año y medio). El padre le propuso a la madre que trabaje en la casa como empleada, así podía estar con el niño y a la vez ganar un sueldo. La madre acepta ir y salir en las noches a su casa dejando al niño dormir en casa con el padre. Durante este tiempo, después de mantener un relación sumamente inestable, procrean otro hijo, el cual en la actualidad tiene 4 años.

El niño está en primaria, en 6to grado, tiene bajo rendimiento escolar y tiene problemas para relacionarse con sus compañeros, en el aula se muestra desatento, la profesora expresa "El niño no sabe donde esta parado, el padre es muy agresivo"

En la casa es callado, se encierra en su cuarto, no hace caso, pasa siempre distraído, no cumple órdenes, tiene constantes peleas con su mamá y con su hermano. Tiene

mucho miedo al padre, quien es muy estricto y tiene una voz sumamente fuerte. Extraña mucho a su hermana materna, quien abandono el hogar porque quedo embarazada. "ella era la única con quien yo hablaba, ella me ayudaba en mis deberes, ella me entendía"

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre de la paciente llega puntual a las sesiones, denota cuidado personal, es de contextura gruesa, rostro afligido, se presenta muy ansiosa, llora, colabora en las entrevistas.

El paciente es de contextura gruesa, denota cuidado personal, se presenta a la primera entrevista muy ansioso, llora, pero al inicio un poco callada muy reservada, a medida que se avanza con el proceso, el niño se muestra muy colaborador.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: Irritabilidad, se siente no querido y aceptado, pasa distraído y encerrado en su cuarto, llora.

En el Test del Dibujo de la familia, el dibujo representado es un dibujo de acuerdo a la realidad del niño, existe un dominio de la realidad. Se puede decir que el niño siente angustia generada por la problemática familiar en la que esta inmerso.

Existe una represión de la pulsión culpable, la agresividad a la que esta sujeto el niño es objeto de formaciones reaccionales..

El niño prevale el principio de la realidad, reproduce los miembros de su propia familia pero no en el respectivo orden de importancia y autoridad. Se sitúa entre la madre y el padre, representación dada por el estar inmerso en un síntoma parental.

El síntoma del niño es un síntoma de la pareja.

Mecanismos defensivos

- + **Represión:** El niño presenta sentimientos y emociones cuya exteriorización a través de la conciencia está impedida, el miedo hacia su padre genera en la niña cierta ansiedad asociada al temor de perder el cariño de sus padres, en especial de su madre quien se amenaza constantemente con abandonarlos. Para evitarlo la niña reprime el impulso a hacer de nuevo aquello que fue motivo de castigo (no estudiar) con lo cual evita también la ansiedad correspondiente, llorando y quejándose de fuertes dolores de cabeza.
- + **Regresión:** El niño presenta rebeldía, negativismo, oposición, opta como solución a su problema el volver a un estadio anterior de desarrollo de su vida afectiva y mental en donde se sintió más cómodo, seguro y protegido.
- + **Proyección:** Proyecta al exterior su propia hostilidad, por lo que tiende a hacer berrinches, es la manera como desplaza sus frustraciones.
- + **Conversión,** convierte en trastorno o enfermedad física las frustraciones o contrariedades sufridas (dolores de cabeza..

Planificación

Objetivos intrapsíquicos:

- + Trabajar con el niño alrededor de la problemática familiar, así como también sobre su función y responsabilidad dentro de la estructura familiar.
- + Lograr que el niño asuma su responsabilidad en cuanto a su rendimiento escolar.
- + Lograr que el niño pueda expresar su rabia y contradicciones edípicas.

- + Lograr que el niño a través de la palabra exteriorice los sentimientos de temor hacia su padre.

Objetivos relacionados a su entorno:

- + Con la madre se trabajo en la función y responsabilidad de cada miembro dentro de la estructura familiar.
- + Realizar un cronograma de actividades, donde el paciente adquiriera nuevos hábitos, aseo personal, realizar las tareas de la escuela, ciertas actividades del hogar, horarios de juego, etc.
- + Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación, con la finalidad de estrechar los lazos intrafamiliares, que los padres estén capacitados para resolver inquietudes propias de la edad de sus hijos.
- + Trabajar con los padres su relación de pareja, logrando que no involucren a el niño en asuntos que son meramente de los padres, como pareja

Anexo

Evolución del Tratamiento

En la primera entrevista acude solamente la madre, quien expuso la problemática del caso. Se le explican las actividades que se van a realizar con el alumno. Asimismo se le pide que colabore con las indicaciones que se le darán para el tratamiento. Se acuerda, en lo referente a los horarios, las estrategias para cada actividad y los posibles obstáculos.

Se le sugiere que exprese a su hijo sobre lo que se planteó en la primera entrevista con él psicólogo, para de esta manera mantener informado a la alumna y disminuir los obstáculos que se puedan presentar.

En cuanto a la disciplina, se le sugiere que los castigos deben ir acompañados de una explicación, que el niño sea capaz de asumir su responsabilidad en cuanto al castigo.

Las siguientes sesiones se las realiza con el alumno el cual se le brinda un espacio para que pueda hablar de lo que le causa malestar, de la relación un tanto tormentosa que mantiene con los diferentes miembros de su familia, relación basada en un constante maltrato tanto verbal como físico.

La entrevista junto con los padres del niño, no fue exitosa, los padres pasaron en continua pelea y discusión, por lo que se decidió atenderlos por separado. El padre no asistió a ninguna, por lo que solo se trabajo con la madre.

La problemática familiar en que esta inmerso el paciente es muy tormentosa, causando bastante malestar y angustia en el niño. No se pudo trabajar con los padres debido a sus constantes enfrentamientos. A pesar de que se trabajo con la madre y el niño, el conflicto se mantiene en el hogar, por lo que se dificulta mejorar la condición del consultante.

Informe Psicológico # 5

Fecha: 3 de Marzo del 2010

Profesional: Tatiana Torres G.

Datos de Filiación

Nombre: Ángel

Edad: 9

Escolaridad: Primaria

Nombre de la madre: Julia

Escolaridad: Secundaria

Edad: 31 años

Ocupación: Costurera

Nombre del padre: Mauricio

Escolaridad: Secundaria

Edad: 32 años

Lugar de trabajo: Instalaciones de Gas

Hermanos: Luis, 12 años

Procedimiento

Se realizaron tres entrevistas semi-dirigidas, con la madre con una duración de (45 minutos c/u)

La tercera y cuarta entrevista fueron con la paciente, entrevista clínica con el niño (Dibujo de la Familia)

La quinta entrevista fue informativa (devolutiva) y de contrato con una duración de (45 minutos)

Dos entrevista de seguimiento

Total entrevistas: 8

Motivo de consulta

Este año el niño la madre solicita una consulta con el departamento de psicología,

debido a que su hijo ha bajado el rendimiento escolar: "No obedece ordenes y esta muy enojado, no quiere hacer deberes".

Antecedentes Familiares y Personales

Al paciente le cuesta mucho hablar de su padre, no pudo pronunciar correctamente el nombre. La madre expresa que Ángel es muy violento, molesta mucho a su hermano de 11 años, no respeta a nadie, no hace caso.

"El padre casi no pasa con sus hijos, no les habla, no conversa con ellos, ni conmigo" frase que tiene mucha relación con el no poder pronunciar el nombre del padre

El niño proviene de un hogar con un nivel socio económico medio-bajo, los padres del paciente, llevan 10 años de casados, viven en casa de la madrina de la señora. El niño comparte dormitorio con su hermano mayor y los padres tienen un dormitorio aparte.

Los padres viven en la casa de la madrina por decisión de la madre, porque a pesar que tienen una casa propia les causa dolor y miedo irse de la casa, pues ya están acostumbrados. La madre dice "mis hijos en especial el mayor esta muy acostumbrado con mi madrina, es como si fuera hijo de ella".

En casa es la madrina materna quien toma las decisiones, quedando desplazados los padres, en especial el padre quien según la madre no esta contento con tener que seguir viviendo en casa de la madrina, optando por no hablar, ni cumplir su función de padre dentro de la estructura familiar.

La comunicación dentro del entorno familiar se ha perdido, los hijos hacen solo caso a la madrina materna, la misma que desvaloriza a los padres argumentando "Ustedes no saben como criar a los niños"

La madre dice tener miedo porque no sabe como educar a sus hijos y no sabe que le esta pasando a su hijo.

El niño fue deseado por sus padres, nació de parto normal, desarrollo psicomotriz normal, la madrina materna ayudo en la crianza, incluso colaborando con los gastos de su educación al inicio.

Está en primaria, en 4to grado, tiene bajo rendimiento escolar y tiene problemas para relacionarse con sus compañeros, esta muy irritable y no quiere realizar sus tareas escolares. La maestra comenta que este año escolar el niño no comparte con sus compañero, incluso en los recreos pasa solo.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre del paciente llega puntual a las sesiones, no denota cuidado personal, es de contextura delgada, rostro afligido, colabora en las entrevistas.

El paciente es de contextura delgada, no denota cuidado personal, se presenta al inicio un poco callado y muy reservado, a medida que se avanza con el proceso, el niño se muestra muy colaborador.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: Irritabilidad, se siente desplazada por sus padres y la madrina materna.

En el Test "Dibujo de la Familia" no dibuja a los personajes de su familia, reemplaza a su familia quizás por una familia que el desea. Existe un peligro interior, ya que el niño se encuentra negando una situación dolorosa, negando su realidad. El niño se encuentra en un estado de angustia muy grande, desorientado en cuanto su procedencia, a su lugar dentro de su familia. Existe una angustia del Super yo, donde existe una culpa.

Su verdadera condición familiar lo traumatiza, le causa angustia, trata de liberarse activamente de su familia, de acuerdo con la regla de la mayor felicidad, muy ligada a su deseo.

Los miembros de la familia dibujada no representan a los de la familia verdadera con sus caracteres propios, sino que son vistos a través de las atracciones y repulsiones experimentadas por el niño. Los personajes son la proyección lisa y llana de las tendencias personales del sujeto.

Mecanismos defensivos

- † **Represión:** El niño presenta sentimientos y emociones cuya exteriorización a través de la conciencia esta impedida, la rivalidad hacia su hermano mayor genera en el niño cierta ansiedad asociada al temor de perder el cariño de sus padres, en especial de su madre quien se refiere a su hermano mayor como el mas querido. Para evitarlo el niño reprime el impulso a hacer de nuevo aquello que fue motivo de castigo (pelear con el hermano y no hacer caso) con lo cual evita también la ansiedad correspondiente.

- † **Regresión:** El niño presenta rebeldía, negativismo, oposición, opta como solución a su problema el volver a un estadio anterior de desarrollo de su vida afectiva y mental en donde se sintió más cómodo, seguro y protegido.

- † **Proyección:** Proyecta al exterior su propia hostilidad, por lo que tiende hacer berrinches, es la manera como desplaza sus frustraciones.

Planificación

Objetivos intrapsíquicos:

- † Lograr que el niño pueda expresar su rabia y contradicciones edípicas.
- † Lograr que el niño a través de la palabra, exteriorice los sentimientos de rivalidad hacia su hermano.

- ‡ Lograr que el niño asuma su responsabilidad alrededor de las dificultades que mantiene con su familia y compañeros de escuela y su responsabilidad en relación al tema.

Objetivos relacionados a su entorno:

- ‡ Con la madre se trabajo en la función y responsabilidad de cada miembro dentro de la estructura familiar.
- ‡ Realizar un cronograma de actividades, donde el paciente adquiriera nuevos hábitos, aseo personal, realizar las tareas de la escuela, ciertas actividades del hogar, horarios de juego, etc.
- ‡ Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación, con la finalidad de estrechar los lazos intrafamiliares, que los padres estén capacitados para resolver inquietudes propias de la edad de sus hijos.

Anexo

Evolución del Tratamiento

En la primera entrevista acude solamente la madre, quien solicita la consulta, y quien o. Se le explican las actividades que se van a realizar con el alumno. Asimismo se le pide que colabore con las indicaciones que se le darán para el tratamiento. Se acuerda, en lo referente a los horarios, las estrategias para cada actividad y los posibles obstáculos.

Se le sugiere que exprese a su hijo sobre lo que se planteó en la primera entrevista con él psicólogo, para de esta manera mantener informado a la alumna y disminuir los obstáculos que se puedan presentar.

En cuanto a la disciplina, se le sugiere que los castigos deben ir acompañados de una explicación, que el niño sea capaz de asumir su responsabilidad en cuanto al castigo.

Las siguientes sesiones se las realiza con el alumno al cual se le brinda un espacio para que pueda hablar de lo que le causa malestar, de la relación un tanto tormentosa

que mantiene con su entorno familiar, relación basada en una rivalidad debido a que el hermano mayor es el mas atendido, llegando incluso a ser comparado con él.

Se pudo observar que existe un desorden en cuanto a las funciones de cada uno de los miembros de la familia. Viven en casa de una madrina de la mama de Ricardo, señora que se ocupa de criar a los niños, de llevar el hogar.

Los niños llaman "mami" a la señora (madrina de la mamá) y a los padres los llaman por sus nombres (Mauricio y Julia). No hacen caso a los padres, solo le hacen caso a la madrina de la mamá.

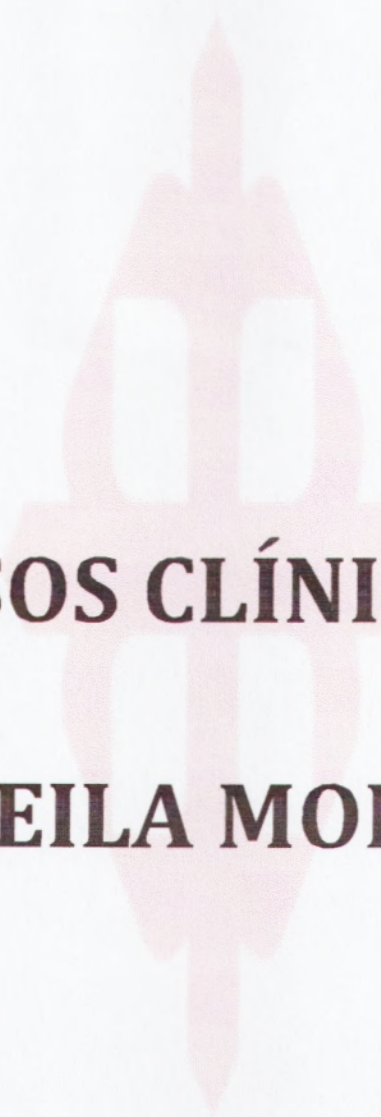
La madre expresa estar muy preocupada porque encontró junto con su madrina a los dos niños "cogiéndose el pipí". Se le explicó que podría ser un tema de curiosidad, de querer conocer más sobre su cuerpo.

Se recomendó poner un orden dentro de su hogar, en relación a las funciones y lugares que debe ocupar cada uno de los miembros de la familia, así como designar a los niños tareas relacionadas con el hogar.

Se recomendó también, más comunicación con los niños, en especial por el tema de lo sexual. Se les proporciono un folleto por medio del cual puedan educar a sus hijos en cuanto al tema de lo sexual.

Con las indicaciones dadas a la madre y el trabajo con el alumno se logró que el niño asuma su responsabilidad en relación a su problemática familiar. El niño ha comenzado a relacionarse con sus compañeros del colegio, ha comenzado a cumplir órdenes en casa.

Los padres han asumido su responsabilidad en el malestar del niño, optando por formar su propio hogar y ser ellos quienes eduquen y se responsabilicen de sus hijos.



CASOS CLÍNICOS:

KEILA MORA

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Informe Psicológico # 1

Fecha: Febrero /06/2010

Profesional: Keila Mora R.

Datos de Filiación:

Nombre: María

Edad: 6 años.

Escolaridad: Primer grado

Nombre de la madre: Mercedes

Escolaridad: Secundaria **Edad:** 45 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre del padre: Jorge

Escolaridad: Secundaria **Edad:** ---

Lugar de trabajo: ---

Hermanos: Juan, 14 años

Procedimiento

Se realizaron dos entrevistas semidirigidas, con la madre con una duración de (50 minutos c/u)

La tercera entrevista fue con la paciente, entrevista clínica con la niña (Hora de juego diagnóstica)

La cuarta entrevista fue informativa (devolutiva) y de contrato con una duración de (50 minutos), aplicación de test de la familia.

Entrevistas de tratamiento, seis.

Dos entrevistas de seguimiento

Motivo de consulta

Falta de atención. Últimamente llora cuando algo no le sale bien, nerviosa, constantemente tiene pesadillas y siente que se va a morir.

Antecedentes Familiares y Personales

La niña proviene de un hogar con un nivel socio económico bajo, los padres de la paciente están separados, ella es hija del segundo compromiso de su mamá, la misma refiere que sus dos compromisos fueron fatales, se separó del padre de la niña porque tiene muchos vicios (mujeriego, alcohólico).

Actualmente, la niña vive con su madre y hermano adolescente, la niña pasa todo el día sola con su hermano debido a que su madre trabaja y solo la ve por las noches.

La madre señala que el hermano le grita y le pega creyendo así que sus miedos, pesadillas y susceptibilidad es por tal motivo.

En las entrevistas que se mantuvo con la niña, expresó muy preocupada que no quiere que su hermano la siga bañando "nadie puede tocarme ni ver mi vagina" y también tenía pesadillas constantes sobre un señor malo que vive por su casa, produciéndole así también pensamientos de muerte.

En clases es una niña alegre, ríe, tiene vitalidad, se expresa muy bien. Pero por momentos se desconcentra y eso hace que tenga problemas en las operaciones matemáticas.

La madre señala que la niña si tiene límites para hacer las cosas, tanto en los juegos y en ver televisión.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre de la paciente en la segunda sesión se le dificultó llegar el día que se la cito debido al horario del trabajo, denota cuidado personal, es de contextura gruesa, rostro preocupado, triste, colabora en las entrevistas.

La paciente es de contextura delgada, denota cuidado personal, se expresa muy bien verbalmente y en las sesiones colabora con facilidad.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos histéricos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: tristeza, pesadillas, pensamientos de muerte.

Mecanismos defensivos

Desplazamiento.- se puede definir en la niña, cuando sus pesadillas son trasladadas a su situación real (hombre malo)

Conversión.- somatiza en su cuerpo todos sus pensamientos y pesadillas (muerte, enfermedad, soledad, etc.)

Negación.- al momento de "negar" una realidad, "mi hermano no me grita".

Objetivos intrapsíquicos:

Lograr que la niña pueda expresar sus contradicciones edípicas así como también logre señalar como se siente frente a su hermano (cuando éste la baña).

Objetivos relacionados a su entorno:

- 1 Tener más cuidado al momento que la niña se encuentre sola con su hermano, más aún en el momento de su higiene personal.
- 1 Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación, en este caso con su madre, la persona más cercana a ella con la finalidad de resolver inquietudes propias a su edad.

Evolución del Tratamiento

La niña desde la primera entrevista fue muy explicativa mediante un lenguaje verbal y no verbal sobre aquello que sentía, que la atemorizaba y por lo consiguiente que le causaba temor. Al principio la consultante estaba en una contradicción, es decir, no tenía las cosas claras o más bien no quería darse cuenta de su realidad, al afirmar que cada semana ve y pasa con su papá, cuando su madre en la sesión pasada dijo todo lo contrario, esta contradicción también se la puede observar cuando la niña señala que la

relación con su hermano es excelente y que él nunca le grita, pero indica que si ha observado a una amiguita que tiene un hermano y este si le pega, en este sentido la niña está haciendo usos de los "recursos inconscientes", es decir, de mecanismos defensivos que nos da una estructura de neurosis con rasgos histéricos y síntomas depresivos.

Es la ansiedad que siente todos los días aquello que no le permite concentrarse debido a que tiene una fantasía sobre su familia cuando la realidad es otra, cuando ve que no es así cae esa novela formada y por consiguiente deviene la ansiedad (lloro, nervios, etc.)

En la cuarta entrevista la niña reconoce e indica que el hermano la baña pero que ella esta "agachada en una tina para que el hermano no le vea todo su cuerpo porque le da vergüenza", afirma que no quiere que su hermano la siga bañando porque no se siente bien y no quiere que nadie mire "su vagina y poto". En esta misma entrevista señala que su hermano si le pegaba cuando ella tenía cuatro años y que esto lo hacía en su pierna y en sus manos. En este sentido podemos observar que a medida de las sesiones la niña pudo hablar acerca de sus temores y reconocer lo antes mencionado acerca de la relación con su hermano; se procedió en aquella entrevista a que sea devolutiva e informativa acerca de su sexualidad.

En la quinta entrevista, la paciente indica que llora mucho porque se queda solita, tiene miedo de estar sola porque cree que le pueden hacer daño, esto da la apertura para que la niña exprese y recuerde momentos que han marcado su vida, como por ejemplo, el ver a un Sr. cerca de su casa, con un cuchillo en mano y amenazando a un niño. Las pesadillas son, precisamente que ese Sr. malo la va a matar, a su hermano también y a toda su familia.

A partir de esto se puede establecer que en el ambiente en donde se encuentra la niña no le favorece debido a que se relaciona con adolescentes que tienen vicios, observa a menudo a personas "malas" que se encuentran a su alrededor y que producen en ella

malestar, miedo, lloro y que está llevando a que la niña somatice en su cuerpo esa angustia.

En la sexta entrevista se puede observar un cambio repentino, lo primero que expresa es "quisiera tener una familia feliz pero reconozco que no la tengo", pero señala que es feliz porque cuenta con su mamá y su hermano. Otro punto importante es que decidió contarle a la mamá que su hermano la bañaba y que no se sentía bien por aquel motivo.

En la última entrevista con la niña, señaló que estaba muy feliz y tranquila porque ya habían desaparecido aquellas pesadillas de muerte y enfermedad, que ahora esos pensamientos habían desaparecido y que actualmente sueña con Dios y con mamá. Por otra parte, en la entrevista final con la madre, esta indicó que su hija estaba más tranquila, había mejorado en sus calificaciones, se concentra mas, ya no llora ni se despierta en la madrugada a causa de las pesadillas.

Lo que la niña logró fue despojarse de sus miedos, a través de su discurso (expresar por medio de palabras lo que sentía, así como también exponer sus miedos y temores), sólo así pudo salir de la contradicción en la que se encontraba y que tenía como consecuencia un síntoma (miedo, lloro, ideas de muerte).

Informe Psicológico # 2

Fecha: Febrero /22/2010

Profesional: Keila Mora R.

Datos de Filiación:

Nombre: Marvin

Edad: 9 años.

Escolaridad: Tercer grado

Nombre de la madre: Jasmin

Escolaridad: Secundaria **Edad:** 30 años

Ocupación: Vendedora de productos para la salud

Nombre del padre: Ismael

Escolaridad: Secundaria **Edad:** 37 años

Lugar de trabajo: Gerente de sucursal de productos para la salud

Hermanos: Hermano por parte de papá, 5 años

Procedimiento

Se realizaron dos entrevistas semidirigidas, con la madre con una duración de (50 minutos c/u)

La tercera entrevista fue con el niño en donde se le explicó el porqué de la entrevista.

La cuarta entrevista fue informativa (devolutiva) y de contrato con una duración de (50 minutos), aplicación de test de la familia.

Entrevistas de tratamiento, seis.

Dos entrevistas de seguimiento

Motivo de consulta

Bajo rendimiento Escolar, problemas de comportamiento (agresividad).

Antecedentes Familiares y Personales

En la primera entrevista el niño indica que no se acuerda del nombre del padre porque sus padres viven separados, solo lo ve los sábados y domingos en la noche; afirma que

cuando está con su padre va a jugar, al parque, etc., pero aún así "no le da interés por saber el nombre del papá.

Actualmente, el niño vive con mamá, abuelita, dos tías, un tío y tres primos (7, 9, 10 años). Debido al trabajo, la mamá no puede pasar todo el tiempo con él, solo lo ve por las noches, por las mañanas se encuentra bajo los cuidados de la abuelita, es por eso que la madre refiere que no puede estar pendiente de él y no sabe que hace el niño en casa, pero afirma que el niño es muy agresivo en casa y siempre le alza la voz; todo esto surgió aún más cuando el niño conoció a su padre a los 7 años pero solo lo vio un mes y medio y luego el padre desapareció sin decirle nada, cuando sucedió esto el paciente estaba en segundo grado, desde ahí se volvió despreocupado, agresivo, etc.

En las entrevistas que se mantuvo con el niño, expresó que su mamá lo reta, insulta, le dice palabras como "bobo" y le pega constantemente porque no cumple con las tareas de la casa. Cuando ocurre esto, él se pone triste y llora. Cree que él se desquita de los problemas mediante las notas bajas, no hacer caso, etc.

Por lo general es un niño activo, practica algunos deportes, en clases, tiene un comportamiento agresivo.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre del paciente en la primera entrevista estuvo puntual y expresaba con rostro de preocupación y tristeza que necesitaba ayuda urgente con su hijo, colaboró en las entrevistas.

El niño es de contextura mediana, denota cuidado personal, su rostro demuestra tristeza y confusión; en las sesiones colabora con facilidad.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos obsesivos, síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: irritabilidad, agresividad, etc. Debido a la desaparición de su padre sin decirle nada, el niño quedo sin los recursos suficientes para soportar esta pérdida, tanto así que entró a una tristeza que más tarde se convirtió en agresividad, mal genio y exceso de autoridad hacia la mamá (cree que le puede ordenar).

Mecanismos defensivos

Introyección.- internaliza la culpa que siente al saber que su padre se alejó de él y esta culpa que siente de "haber hecho algo para que el padre se aleje repentinamente" es lo que le trae depresión.

Negación.- oculta una realidad, al expresar que no sabe el nombre de su padre y que no "tienen interés de saberlo".

Proyección.- a pesar que expresa ningún interés por conocer el nombre de su padre, el niño señala que sus padres están separados y por tal motivo solo lo ve los fines de semana, en esos dos días se van a jugar y a pasear; pero la realidad es diferente porque no ve a su padre ni sabe nada de él hace dos años.

Objetivos intrapsíquicos

Lograr que el niño hable sobre los acontecimientos que han marcado su vida, uno de esos y el más importante, la ausencia del padre sin previo aviso y sin saber nada hasta la actualidad, desenredar lo enredado en la dialéctica familiar para así topar el punto de la contradicción en que el niño vive y que afecta en gran manera en su comportamiento (agresividad).

Objetivos relacionados a su entorno

- † Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación.
- † Por parte de mamá controlar más las tareas de su hijo, así como también poner límites.

Evolución del Tratamiento

El niño se acercó a la primera entrevista indicando que no sabe el nombre de su padre y que no le da interés por saberlo, lo que nos hace pensar que quiere ocultar una realidad que en las próximas entrevistas sale a relucir a través del discurso del niño.

En la siguiente entrevista se logra establecer puntos importantes en cuanto a su comportamiento, el niño pudo explicar el por qué de su comportamiento e indica que "en ciertos días se porta bien y en otros se comporta mal", pero que se debe a que su mamá le "reta, pega e insulta diciéndome palabras como bobo", aquí se puede analizar que es como un "desquite", en otras palabras un llamado de atención a lo contradictorio de la estructura familiar que le rodea; por una parte la mamá no pasa en casa debido al trabajo, por tal motivo el niño se queda con abuelita materna y por otro, el más importante de señalar, la ausencia del padre, que desde un principio el niño creció sin esa figura, pero que logró conocerlo por insistencia de la madre cuando tenía siete años, ese encuentro repentino duró un mes y medio hasta que de un momento a otro sin previo aviso el padre desapareció hasta la actualidad, después de este suceso el niño se hizo despreocupado, inquieto y agresivo aparte señala que desde ahí se siente solo y triste, indica que la mamá le dice que el papá está de viaje y que pronto vendrá.

A través de todo su discurso en las respectivas entrevistas señala que extraña a su papá y que quiere estar con él, a su vez se puede observar mediante el test de la familia que el niño se siente culpable de la desaparición del padre, piensa que algo él hizo mal para que su papá de un momento a otro se vaya y no le de noticias, esto a su vez trae como consecuencia los síntomas que esta presentado como es la agresividad, irritamiento y bajo rendimiento escolar y que a través de las entrevistas se consiguió bajar el monto de ansiedad para que de esta forma exista un cambio significativo en él.

Informe Psicológico # 3

Fecha: Febrero /22/2010
Mora R.

Profesional: Keila

Datos de Filiación

Nombre: Anahí

Edad: 6 años.

Escolaridad: Primer grado

Nombre de la madre: María

Escolaridad: Secundaria **Edad:** 27 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre del padre: Ricardo

Escolaridad: Secundaria **Edad:** 26 años

Lugar de trabajo: ---

Hermanos: ---

Procedimiento

Se realizó una entrevista semidirigida al principio del tratamiento, con la madre con una duración de (50 minutos), con el padre se realizó una entrevista semidirigida al finalizar el tratamiento con una duración de (50 minutos).

La tercera entrevista fue con la paciente, entrevista clínica con la niña (Hora de juego diagnóstica, dibujo libre)

La cuarta entrevista fue informativa (devolutiva) y de contrato con una duración de (50 minutos), aplicación de test de la familia.

Entrevistas de tratamiento, siete.

Tres entrevistas de seguimiento

Motivo de consulta

Problema de atención/concentración, mal comportamiento en clases. No acata órdenes, indica la profesora que es agresiva.

Antecedentes Familiares y Personales

La niña proviene de un hogar con un ambiente desfavorable, es decir, de un hogar en donde se observa mucha agresividad (castigos e insultos), los padres de la paciente están por separarse, tienen muchos problemas, ambos señalan que no se entienden, la madre por un lado es controladora y el padre es tranquilo.

La madre señala que la niña pasa rodeada con personas grandes es por eso que tiene un vocabulario no adecuado a su edad (malas palabras), expresa que esto sucede porque en la casa de la abuelita no le ponen límites y todo le permiten; como consecuencia de aquello la niña cuando no le dan algo se enoja, bota todo lo que está a su alrededor, se desespera, grita, llora, etc.

La mamá señala que tuvo un embarazo complicado, ella no sabía que estaba esperando una bebé, y se fue a vivir con su papá fuera del país, cuando se encontraba en aquel lugar se enteró que estaba embarazada y el papá la botó de la casa cuando tenía cuatro meses de gestación, desde ese momento tuvo que trabajar y la niña quedaba sola en casa; luego al verse en tales condiciones decidió regresar a su país y unirse con el padre de la niña, relación de pareja que está a punto de dividirse y en la cual la niña participa activamente, escuchando las peleas de ellos y sintiéndose culpable por aquellas peleas.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre de la paciente solo fue a una entrevista, denota cuidado personal, es de rostro preocupado, triste, según las profesoras y niña su mamá es muy conflictiva y con carácter fuerte por tal motivo no quiere comprometerse en las entrevistas.

La paciente es de contextura delgada, denota cuidado personal, se expresa muy bien verbalmente, actúa como una joven adulta y en las sesiones colabora con facilidad.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Estructura histérica, con rasgos histéricos y síntomas depresivos.

Síntomas depresivos: irritabilidad, agresividad, expansividad, tristeza.

Mecanismos defensivos

Introyección.- adjudica el aspecto destruido de la relación, así como también las características de amor – odio hacia su madre, eso es lo que le hace sentir tristeza y culpa.

Regresión.- quiere ser un bebé frente al peligro de mamá.

Conversión.- somatiza en su cuerpo todos sus pensamientos, agresividad y castigos, llamado de atención hacia la pareja parental.

Proyección.- se da cuando verbaliza las cosas que le suceden, quiere tener una familia feliz y un hermano para que se acaben las peleas.

Objetivos intrapsíquicos

Lograr que la niña pueda expresar sus contradicciones edípicas así como también pueda tener un tiempo de escucha en donde pueda, mediante su discurso salir de esta ambivalencia amor – odio, ausencia – presencia de la madre, que produce confusión y sobre todo un síntoma fuerte como es la agresividad.

Objetivos relacionados a su entorno

- Puesta de límites en el hogar.
- Preparar a la niña para posible separación de sus padres.
- Padres deben de tratar de canalizar la agresividad de la niña.

Padres deben de tener su espacio y hablar de sus problemas (peleas) cuando la niña no esté presente, debido a que la niña es fuertemente afectada cuando los escucha pelear.

Evolución del Tratamiento:

La niña desde la primera entrevista fue muy explicativa mediante un lenguaje verbal y no verbal sobre aquello que sentía. A través de las entrevistas y de la evolución de las mismas se pudo lograr establecer puntos que salieron a relucir por medio del discurso de la niña, tales como, la falta de cariño por parte de su madre, demanda de amor que está relacionada con el acting out que hace con la agresividad que demuestra, y los excesivos castigos y maltratos que la niña recibe y que como efecto dejan marcas en su cuerpo pero como ella dice "marcan mi corazón y me hace poner muy triste".

La niña indica que cuando la mamá le pega eso le duele mucho, expresa llorando que quiere tener una familia porque no la tiene, ella considera que una familia es amor y ella carece de ese recurso. Es consciente que su mamá "cuando se amarga se desquita con ella", pero si embargo encontramos una contradicción, en el momento que la niña expresa que "cuando sea grande quiere ser como la mamá, es decir, tener un carácter fuerte y enojarse". La agresividad va del lado del desquite hacia la mamá, ambivalencia que le trae culpa y a su vez tristeza; quiere que su mamá sienta lo mismo que ella siente.

En la quinta entrevista que se sostuvo con la niña, mientras dibujaba a la familia, al dibujarla a la mamá puso su cara de enojo y cogió el lápiz fuerte acentuándolo firmemente contra la hoja, tanto así que se rompió la mina del lápiz, cuando sucedió esto la niña se expresó de la siguiente manera: "ahora si me desquite y saqué de mí todo el coraje que sentía".

Con esto podemos analizar que ella necesita desahogar lo que le pasa, es importante brindarle un espacio de escucha atenta sin agresiones, gritos o insultos; se logró en el trabajo clínico que asuma su postura de ambivalencia frente a su mamá.

Informe Psicológico # 4

Fecha: Febrero /22/2010

Profesional: Keila

Mora R.

Datos de Filiación:

Nombre: Elvis

Edad: 8 años.

Escolaridad: Tercer grado

Nombre de la madre: Isabel

Escolaridad: Secundaria

Edad: 44 años

Ocupación: Empleada doméstica

Nombre del padre: Vicente

Escolaridad: ---

Edad: 44 años

Lugar de trabajo: obrero

Hermanos: una hermana de tres años por parte de papá y un hermanastro de 15 años.

Procedimiento

Se realizaron dos entrevistas semidirigidas, con la madre con una duración de (50 minutos c/u), en una se estableció en contrato en donde se le explico los objetivos que queríamos obtener y en la otra entrevista fue al finalizar el tratamiento.

La tercera entrevista fue con el niño en donde se le explicó el porqué de la entrevista.

La cuarta entrevista fue informativa (devolutiva) y de contrato con una duración de (50 minutos), aplicación de test de la familia.

Entrevistas de tratamiento, cinco.

Dos entrevistas de seguimiento

Motivo de consulta

Problemas de comportamiento, agresividad y problemas de aprendizaje.

Antecedentes Familiares y Personales

Madre sustituta, es decir, la esposa del padre del niño lo cogió cuando el niño tenía seis meses de nacido, la mamá verdadera se lo entregó al papá, indica la madrastra que no quería aceptar al bebé pero al final de todo "dejo todo por criar al niño al cual lo considera como su hijo".

Hace dos meses que se separó de su esposo (padre del niño), por motivo que él le pegaba mucho a Elvis y por eso actualmente no quiere saber nada de él. También hace dos meses conoció por primera vez a su mamá verdadera pero no quiere saber nada de ella, señala el niño que es "rara y que para él no existe", la mamá antes mencionada tienen cuatro hijos más de diferentes compromisos y nunca se interesó en Elvis.

El niño hace muchas preguntas acerca de su apellido, desea tener el apellido de su madre sustituta, es más, él cuando escribe su nombre y apellidos escribe el apellido de la madre que lo ha criado.

Por otra parte, el padre es despreocupado e irresponsable, mujeriego y no trabaja, madre indica que el niño es feliz cuando el papá no está en casa.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo:

La madre del paciente en la primera entrevista estuvo puntual, rostro triste y decaído, colabora en las entrevistas.

El niño es de contextura mediana, tiene atención dispersa, no puede establecer contacto visual con la psicóloga, se distrae con facilidad y anda mirando a los alrededores.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con neurosis infantil y rasgos obsesivos.

Los síntomas como la desconcentración y atención dispersa, simbolizan los conflictos inconscientes y las defensas contra la angustia.

Mecanismos defensivos

Represión.- rechaza fuera de la conciencia todo aquello que resulta doloroso o inaceptable para el sujeto, como es el maltrato por parte del padre. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expulsando de su conciencia o no dándose por enterado cognoscitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar.

Negación.- oculta una realidad, al expresar que no sabe el por qué no tiene el apellido de su madre de crianza.

Introyección.- hace propio rasgos de la personalidad de su mamá "el es feliz cuando el padre no está en casa".

Objetivos intrapsíquicos

Lograr que el niño hable sobre la posición en la que se encuentra frente a la estructura familiar en la que se encuentra, cómo él asume el encuentro con su mamá después de siete años y la posición frente a sus apellidos.

Canalizar la angustia.

Objetivos relacionados a su entorno

- | Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación.
- | Disminución o total desaparición de violencia por parte del padre para así bajar el monto de ansiedad.

Evolución del Tratamiento

El niño no quiere ponerse el apellido de la mamá verdadera sino más bien reclama por el apellido de la madre de crianza, la cual siempre lo ha visto como su hijo y le da todas las atenciones que estén a su alcance, más aún prefiere al niño que a su esposo, quiere el bienestar de Elvis, motivo de gran peso en el cual el niño se sostiene.

En la tercera entrevista el niño indica que ya se cambio de apellido porque "el apellido materno que tenía antes no le gustaba, ese nombre era de mi mamá verdadera pero era feo", en dicha entrevista se toca puntos importantes como es el asunto del apellido tan primordial para el niño que a toda forma quiere tener el apellido de la mamá sustituta.

En la cuarta entrevista se determina la relación con el padre, indica que solo "quiere un poco al papá porque le pega con la correa y él se pone muy triste". A través de las entrevistas clínicas que se sostuvo con Elvis, se pudo establecer que el niño se encuentra en una confusión, sus pensamientos están dispersos y por tal motivo el niño no se puede concentrar con facilidad, lo que afecta en gran manera su comportamiento en clases y en casa.

Informe Psicológico # 5

Fecha: Febrero /22/2010

Profesional: Keila Mora

R.

Datos de Filiación

Nombre: Elías

Edad: 9 años.

Escolaridad: Tercer grado

Nombre de la madre: Mónica

Escolaridad: Secundaria Edad: 45 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre del padre: ---

Escolaridad: --- Edad: ---

Lugar de trabajo: ---

Hermanos: hermana por parte de mamá (16 años)

Procedimiento

Se realizaron dos entrevistas semidirigidas, con la madre con una duración de (50 minutos c/u), en una se estableció en contrato en donde se le explicó los objetivos que queríamos obtener y en la otra entrevista fue al finalizar el tratamiento, es decir, en las entrevistas de seguimiento.

La tercera entrevista fue con el niño en donde se le explicó el porqué de la entrevista.

La cuarta entrevista fue informativa (devolutiva) y de contrato con una duración de (50 minutos), aplicación de test de la familia, htp, dibujo libre.

Entrevistas de tratamiento, seis.

Dos entrevistas de seguimiento

Motivo de consulta

Mamá lo deriva al Departamento de Psicología porque es agresivo con mamá, quiere tener siempre en control y la razón en todo. En clases su comportamiento es normal.

Antecedentes Familiares y Personales

Elías indica que no tiene papá, la mamá le dice eso y él se siente mal por eso, quiere saber del papá pero al mismo tiempo la mamá se lo oculta.

El niño vive con mamá, hermana y abuelita. Tuvo problemas al nacer (convulsiones), actualmente esta en tratamiento con neurólogo y toma diariamente medicamentos (Trilectal de 300mg), solo así puede controlar los cuadros de epilepsia.

Es por tal motivo que el niño duerme con ella, pero lo que realmente le molesta a la mamá es que diga y se considere "el hombre de la casa y que por eso él puede mandar".

Con respecto al padre del niño, la madre señala que es algo que nunca se lo quisiera decir a Elías, es madre soltera y nunca ha querido que el niño sepa quién es su padre aunque por parte de su familia, específicamente su mamá le insiste que el niño debe de conocer a su padre o por lo menos saber cómo se llama, pero la mamá se opone a toda costa, lo tiene como algo oculto y que nadie debe de saber.

Elías es un niño que en clases es tranquilo, participativo y excelente alumno, el problema es en casa cuando cree que tiene todo el derecho de mandar a su mamá y a su hermana por ser el único hombre en la casa.

Apreciación Diagnóstica

Diagnóstico Descriptivo

La madre del paciente en la primera entrevista estuvo puntual, rostro triste y decaído, colabora en las entrevistas, pone resistencia al momento de preguntarle sobre el papá del niño pero más adelante expresa como fue esa relación y los motivos que tiene para no decirle a su hijo quien es su padre.

El niño es de contextura mediana, capta todo lo que se le dice, colabora con facilidad.

Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con rasgos obsesivos.

Demuestra rigidez en su discurso, al principio demuestra resistencia y sus ideas son persistentes, es decir, quiere hacer prevalecer más aún sobre su madre lo que piensa.

Mecanismos defensivos

Represión.- rechaza fuera de la conciencia todo aquello que resulta doloroso o inaceptable para el sujeto, como es la ausencia de su padre, el no saber de él, si tiene papá o no. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expulsando de su conciencia o no dándose por enterado cognoscitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar.

Negación.- oculta una realidad, al expresar que no sabe, ni quiere saber si tiene papá, entra a una contradicción.

Introyección.- hace propio rasgos de la personalidad de una figura masculina (cree que tiene el derecho de manda por ser el único hombre de la casa)

Objetivos intrapsíquicos

Lograr que el niño de cuenta de su posición frente al no saber de su padre y trabajar sobre dicha ambivalencia saber – no saber de su padre.

Objetivos relacionados a su entorno

- † Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación.
- † Con la madre, que pueda sostener y estar preparada cuando su hijo le pregunte acerca de su padre.

Evolución del Tratamiento:

El problema central es lo "oculto", aquello que la madre no quiere decir acerca de su padre y que el niño aunque hasta la actualidad no le ha preguntado sobre su padre, hay un deseo inconsciente por saberlo, deseo que está latente y que produce en Elías esa confusión y confusión acerca de la estructura familiar.

Muestra de esto, es también que el niño cree que tiene la "autoridad suficiente" para poder mandar en una forma manipuladora a todos los integrantes de la familia, cree ser el "hombre de la casa" por el hecho de que su madre nunca le ha dado las directrices necesarias sobre su posición frente a la imagen masculina.

Al término de las entrevistas, se pudo lograr con el niño establecer pautas sobre los límites que tenía frente a la mamá y hermana, lo cual produjo un cambio significativo en su comportamiento.