

616.8917
D6871

↓ 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

INFORME DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS REALIZADAS EN EL
PERIODO 2010 - 2011

INTEGRANTES:

- Camila Donoso P.
- Karla Rodríguez Q.
- Marcela Ulloa L.

TEMA:

*"EL SÍNTOMA DEL NIÑO---
ENTRE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y LA INSTITUCIÓN ESCOLAR"*

DIRECTOR DE PRÁCTICAS:

Psic. José Acosta

2011

ÍNDICE

- ♦ **INTRODUCCIÓN.**
- ♦ **CAPÍTULO 1: MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.**
 - 1.1 SÍNTOMA:
 - 1.2 EL NIÑO COMO SÍNTOMA.
 - 1.3 INSTITUCIÓN: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.
 - 1.4 INSTITUCIÓN: OBJETIVOS Y FUNCIONES.
 - 1.5 INSTITUCIÓN ESCOLAR: EL VÍNCULO EDUCATIVO
- ♦ **CAPÍTULO 2: ANÁLISIS INSTITUCIONAL.**
 - 2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.
 - 2.2 GENERALIDADES SOBRE EL COLEGIO ALEMÁN HUMBOLDT.
 - 2.3. OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN.
 - 2.4. POBLACIÓN ATENDIDA.
 - 2.5. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES.
 - 2.6. EXPERIENCIA EN LA INSTITUCIÓN.
- ♦ **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.**
 - 3.1 METODOLOGÍA Y TÉCNICA.
 - 3.2 PSICOTERAPIA BREVE CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.
- ♦ **CAPÍTULO 4: INFORMES PSICOLÓGICOS.**
- ♦ **CAPÍTULO 5: ANÁLISIS CLÍNICO.**
- ♦ **CAPÍTULO 6: ASPECTO PSICOPATOLÓGICO.**
 - 6.1 HISTERIA.
 - 6.2 MECANISMOS DE DEFENSA.
 - 6.2.1 REPRESIÓN.
 - 6.2.2 CONVERSIÓN.
- ♦ **CONCLUSIONES**
- ♦ **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presentará una descripción detallada de las prácticas pre- profesionales realizadas en la sección vespertina del Colegio Alemán Humboldt de Guayaquil durante el año lectivo 2010-2011 y, como objetivo principal, el análisis de los aspectos determinantes del vínculo familiar y la institución escolar en el síntoma del niño, observado en estas prácticas.

Estas prácticas nos permitieron hacer una articulación entre la teoría aprendida a lo largo de la carrera y el trabajo práctico realizado con casos reales. Dicha articulación planteó la necesidad de un análisis profundo en relación a qué herramientas y métodos de intervención y abordaje eran los idóneos a aplicar en cada caso particular. Además se tuvo que investigar y consultar constantemente bibliografía para enriquecernos y poder alcanzar resultados óptimos en la práctica.

También es importante mencionar que fue necesario mantener tanto con nuestro Director de prácticas, el Psic. Clínico José Acosta, como con el personal interno del Colegio Alemán Humboldt, una continua supervisión y guía de los casos trabajados dentro de la institución, ya que con su aporte profesional y experiencia nos ayudaron a visualizar las problemáticas desde otro punto de vista para así poder afrontar cada uno de los desafíos presentes durante la práctica.

A partir de las prácticas se tuvo un acercamiento a los roles que desempeña cada profesional, la importancia del trabajo interdisciplinario y los mecanismos internos los cuales dieron cuenta de la dinámica institucional en la que los sujetos atendidos se encuentran inmersos. Siendo esta dinámica importante para comprender los síntomas más frecuentes presentes en los alumnos y sus dificultades en relación a la inserción escolar.

El trabajo está dividido en diversos capítulos, en primera instancia se encuentra el marco teórico en el cual se presentan aquellos conceptos que se relacionan con ciertos aspectos que han surgido a lo largo de la práctica.

Luego se realizará un análisis institucional donde se resaltarán las características de la institución y su funcionamiento.

A continuación se desarrollará la metodología y técnica utilizada en el proceso de trabajo, además de los informes psicológicos de cada caso, un análisis clínico sobre el síntoma del niño entre la estructura familiar y la institución escolar y la estructura psicopatológica más frecuente presentadas por los alumnos atendidos.

Finalmente se plantearán las conclusiones que se han obtenido luego de la revisión y el análisis del trabajo realizado.

CAPÍTULO 1: MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.

1.1 SÍNTOMA.

El síntoma desde la perspectiva psicoanalítica es particular para cada sujeto, es decir que sus características, formas de presentarse y sus variantes serán únicas. El valor simbólico que evoca el síntoma da cuenta de lo que se encuentra reprimido en el inconsciente, es por esto que se considera al síntoma como una elaboración pura del aparato psíquico, siendo el síntoma para Freud el retorno de lo reprimido por medio de una transacción entre las instancias reprimidas y las represoras. Freud indica *"lo reprimido queda excluido de la gran organización del yo como si fuera un proscrito y sólo sometido a las leyes que rigen en el dominio de lo inconsciente"*¹. En 1939 menciona: *"todos los fenómenos de la formación de síntomas pueden ser descritos muy justificadamente como "retorno de lo reprimido", "pero su carácter distintivo reside en la profunda deformación que sufre lo retornado en comparación con su contenido original"*²

El síntoma, que como se mencionó anteriormente, es la expresión de un conflicto o deseo inconsciente, Néstor Braunstein en el libro *"El discurso del Psicoanálisis"* refiere que se trata de la metáfora del deseo con un carácter repetitivo. Sigmund Freud en *"La Represión"* menciona que aquello que haya sido reprimido, sean ideas o representaciones, tendrán una gran carga pulsional y energía psíquica, pero en ocasiones puede quedar totalmente reprimido y no dejar ningún rastro palpable, puede aparecer de una forma cualitativamente semejante de una u otra forma o puede ser transformado en angustia. Debido a que la represión no logra evitar totalmente el displacer o la angustia, ésta creará una formación sustitutiva, dichas formaciones son canalizadas por los mecanismos de defensa. Fenichel en *"Teoría psicoanalítica de las neurosis"* divide las defensas en: *"a) defensas exitosas, que dan lugar a la cesación de lo que se rechaza, y b) defensas ineficaces, que obligan a una repetición o perturbación del proceso de rechazo, a objeto de evitar la irrupción de las pulsiones rechazadas"*³. Manifiesta que este intento de represión en ocasiones fracasa, debido a este fracaso se producirá una tendencia a reprimir todo aquello que se vincule asociativamente a lo que se quería reprimir originalmente, pueden ser ideas, palabras, etc. A esta represión se la denomina *represión secundaria* o Nachdraengen. Dicha carga pulsional nunca cesa de manifestarse, Fenichel refiere *"puesto que lo reprimido sigue existiendo en el inconsciente y crea derivados, la represión no se efectúa nunca de una vez y para siempre. El mantenimiento de la represión requiere un constante gasto de energía, ya que lo reprimido trata constantemente de hallar una vía de escape"*⁴.

¹ FREUD, Sigmund. "Inhibición, síntoma y angustia" Pág. 2871.

² FREUD, Sigmund. "Moisés y la religión monoteísta: Tres ensayos" Año 1939. Pág. 3318.

³ FENICHEL, Otto. "Teoría Psicoanalítica de las neurosis". Pág. 283.

⁴ FENICHEL, Otto. "Teoría Psicoanalítica de las neurosis" Pág. 301.

En *"Inhibición, síntoma y angustia"* Freud hace hincapié en que el *"síntoma surge de la pulsión obstruida por la represión"*⁵. La represión como tal consiste en rechazar y mantener alejados de lo consciente a determinados elementos, para lo cual es necesario un esfuerzo continuo, y cuando dicha represión fracasa será entonces preciso un nuevo acto represivo. En este apartado Freud analiza algunos casos y postula que en su mayoría los síntomas *"son creados para evitar la situación peligrosa (...) tal peligro era, en los casos hasta ahora examinados, la castración o algo derivado de ella"*⁶, para posteriormente indicar: *"más habiendo referido nosotros el desarrollo de la angustia a la situación peligrosa, preferimos decir que los síntomas son creados para liberar al yo de tal situación. (...) así, pues, la formación de síntomas logra realmente el resultado de suprimir la situación peligrosa"*⁷.

Adriana M. Rubistein indica *"... para Freud el síntoma es el texto en que se inscribe, de un modo disfrazado, lo que no cesa de buscar su expresión. Su lenguaje será (...) el lenguaje del inconsciente..."*⁸. La autora agrega *"vemos pues, al síntoma, como una formación destinada a dar algún tipo de tramitación, de ligar una demanda pulsional, cuya insistencia no podrá ser nunca cancelada"*⁹.

Para Lacan *"el estudio del síntoma está comprendido fundamentalmente dentro de una doble axiomática, en un primer momento la del deseo, y en un segundo momento la de goce"*¹⁰. Lo real (lo imposible de simbolizar) para Lacan será *"lo que funda el síntoma de cada uno, es aquello que a cada uno le vuelve imposible de marchar por las vías comunes. El síntoma es lo más particular que cada uno tiene y, por otra parte, lo más real. El síntoma es precisamente lo que hace que cada uno en algo no logre hacer absolutamente lo que le está prescrito por el discurso de su tiempo"*¹¹.

⁵ FREUD, Sigmund. Obras Completas. "Inhibición, síntoma y angustia" Pág. 2838.

⁶ Op. Cit. Pág. 2858.

⁷ Op. Cit. Pág. 2867.

⁸ EOL (Escuela de Orientación Lacaniana), "Diversidad del Síntoma". Texto: RUBISTEIN, Adriana "El concepto de síntoma en Freud" Pág 16. Edita EOL, 1996.

⁹ Op. Cit. Pág. 29.

¹⁰ EOL (Escuela de Orientación Lacaniana), "Diversidad del Síntoma" Texto: TENDLARZ, Silvia Elena "La verdad del síntoma" Página 77. Edita EOL, 1996

¹¹ EOL (Escuela de Orientación Lacaniana), "Diversidad del Síntoma" Texto: SOLER, Collete "El síntoma en la civilización". Página 95. "Diversidad del Síntoma". Edita EOL, 1996.

1.2 EL NIÑO COMO SÍNTOMA.

Uno de los conceptos primordiales a tener en consideración para el estudio del niño como síntoma es el complejo de Edipo, debido a que *"el Edipo no es solo el nódulo de todas las neurosis, es el lugar donde el niño se hace humano al precio de resolver transferencialmente con sus progenitores el proceso neurótico por el que atraviesa. El Edipo es entonces una neurosis de transferencia que puede ceder su paso a la neurosis ordinaria, infantil, cuando los que soportan esa transferencia edípica: padre, madre, hermanos, tíos, ceden el lugar de sujeto supuesto saber"*¹².

*"Con Lacan podemos ahora precisar cómo se produce esta operación significativa: el Nombre del Padre es el operador lógico, que como significativa comanda la sustitución del deseo materno produciendo una significación de ese deseo; en otras palabras, en el lugar de la metonimia del capricho materno, el significativo del Nombre del Padre introduce la dimensión metafórica, lo que le permite al niño un acceso a su propio deseo"*¹³.

*"El síntoma del niño se encuentra en el lugar desde el que puede responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar"*¹⁴, *"la familia es una estructura"*¹⁵. Es decir, que al momento de hablar de problemática del sujeto se debe tener en cuenta la incidencia de su entorno familiar, puesto que el síntoma del niño da cuenta de que *"estructura familiar tiene algo de sintomático"*¹⁶.

Dentro del análisis que se realiza sobre el síntoma del niño es necesario tener en consideración que dicha problemática se encuentra disfrazada, al inicio esta problemática viene determinada por el motivo de consulta, es decir dentro del proceso psicoterapéutico hay que identificar la causalidad del síntoma, debido a que *"el síntoma del niño viene a un lugar desde donde puede responder a otros síntomas familiares. Que el niño venga en el lugar del síntoma, le da un carácter de sustitución, de metáfora"*¹⁷.

A través del síntoma el sujeto muestra aquello que lo aqueja, su sufrimiento psíquico, el cual remite a su particularidad, es decir el síntoma tiene carácter subjetivo en cuanto representa al sujeto. *"El síntoma se define en este contexto como representante de la verdad, la verdad que es*

¹² ARCADIO PARRA, Luis. Texto: "Síntoma y saber familiar" pág. 26.

¹³ ARCADIO PARRA, Luis. Texto: "Síntoma y saber familiar" pág. 27.

¹⁴ RAMÍREZ, Mario Elkin. "Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje". Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 25.

¹⁵ RAMÍREZ, Mario Elkin. "Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje". Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 25.

¹⁶ RAMÍREZ, Mario Elkin. "Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje". Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 26.

¹⁷ RAMÍREZ, Mario Elkin. "Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje". Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 26.

subjetiva, que surge del encadenamiento significativo, que no puede decirse toda, esa verdad es representada por el síntoma”¹⁸.

“Lacan dice que un significativo representa a un sujeto para otros significantes”¹⁹, “puede pensarse el síntoma como un encadenamiento significativo que representa un sujeto en el lugar de la verdad”²⁰. Es por esto que el análisis del síntoma debe basarse en el anudamiento de los significantes que construye el sujeto dentro de las sesiones, ya que a partir de eso, se logra identificar las elaboraciones simbólicas que determinan el síntoma de cada sujeto. “Si el niño ocupa el lugar de síntoma es que representa una verdad de la cadena significativa en la que se halla inscrito, es decir, que el niño está representado para otros significantes por el significativo que hace síntoma”²¹.

“Pero si Lacan define así el síntoma, es para darle al niño un estatuto definido a partir de él, es decir, que el niño es también un síntoma que representa una verdad. El niño es una metáfora”²². De cierta forma, el síntoma del niño representa la problemática familiar en el que se encuentra inmerso, ésta da cuenta de la manera en que el niño ha ido elaborando su síntoma a partir de los significantes otorgados por sus padres, por su entorno familiar, es decir cómo el niño ha sido hablado a lo largo de su vida.

“El niño como síntoma es ya una respuesta del sujeto a la verdad parental; ante la relación del deseo de la madre con el Nombre del Padre, el sujeto es síntoma como respuesta”²³. Es importante también indicar que a partir del discurso de los padres sobre la conflictiva de su hijo, se logra delimitar la causalidad del conflicto subjetivo del niño, ya que de esta forma los padres enuncian los significantes que le transmitieron al niño durante su crianza. “El síntoma puede representar la verdad de lo que es la pareja en la familia”²⁴, “el síntoma es un ordenamiento significativo que da una fórmula discursiva a aquella verdad que de la pareja parental no puede ser enunciado sino de ese modo metafórico. Es decir, que el síntoma del niño puede hablar de esa verdad”²⁵.

¹⁸ RAMÍREZ, Mario Elkin. “Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 26.

¹⁹ RAMÍREZ, Mario Elkin. “Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 27.

²⁰ RAMÍREZ, Mario Elkin. “Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 27.

²¹ RAMÍREZ, Mario Elkin. “Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 29.

²² RAMÍREZ, Mario Elkin. “Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 27.

²³ RAMÍREZ, Mario Elkin. “Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 33.

²⁴ RAMÍREZ, Mario Elkin. “Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 27.

²⁵ RAMÍREZ, Mario Elkin. “Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 28.

Dentro de la estructura familiar, el sujeto construye su identidad a partir de los significantes imaginarios y simbólicos otorgados por sus padres. Es importante también que le permitan al sujeto delimitar su subjetividad, para que así el niño pueda distinguir su propia identidad de la de sus padres. *“El niño, al ser síntoma, también es verdad de la pareja parental. Es la fórmula de la neurosis con su trama de deudas simbólicas y de sus identificaciones significantes. El sujeto construye el síntoma a partir del malentendido parental”*²⁶.

Los padres en el momento de la infancia de sus hijos, representan para el niño ese Otro simbólico que le da referentes para la construcción de su identidad, es por esto que *“el síntoma en el niño es el resultado del encuentro con el Otro”*²⁷. *“Es, entonces, de Otro barrado del que se trata aquí, con ese efecto de significación que es el síntoma del niño. Él responde, entonces, a una falta en el significante del Otro y esa falta es la verdad del discurso parental que el niño representa como síntoma”*²⁸. Es en esa falta de significación donde el niño construye su síntoma, a partir de ese malentendido parental, el síntoma del niño tiene una significación particular elaborada a partir de los referentes parentales.

*“Decir que el niño como sujeto tiene lugar de ese síntoma, equivale a decir que el sujeto es un efecto de la significación del Otro. Esto es hacer equivaler síntoma y sujeto”*²⁹, *“el síntoma del niño podía ser una respuesta, y es que, como sujeto, hay en él respuestas diferentes con relación al lugar que ocupa en el deseo del Otro. Recibir la significación del Otro conlleva recibir también un lugar en el deseo de ese Otro”*³⁰. A partir de ese lugar que el niño viene a ocupar en el deseo de ese Otro, construye su propio deseo, así como su identidad. *“Por ello, el niño como síntoma es una respuesta a esa confrontación con el deseo materno; el que a su vez está marcado a llevar o no, la marca del Nombre del Padre”*³¹.

Dentro de la relación madre-hijo, se puede identificar la forma en que esta madre posiciona al niño dentro de su subjetividad y de su fantasma, es decir qué lugar ocupa este niño dentro del deseo de la madre. *“La distancia entre la identificación con el ideal del yo, y la parte que toma en el deseo de la madre, si no tiene mediación (de la que normalmente se ocupa el padre), deja*

²⁶ RAMÍREZ, Mario Elkin. *“Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”*. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 28.

²⁷ RAMÍREZ, Mario Elkin. *“Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”*. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 29.

²⁸ RAMÍREZ, Mario Elkin. *“Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”*. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 30.

²⁹ RAMÍREZ, Mario Elkin. *“Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”*. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 32.

³⁰ RAMÍREZ, Mario Elkin. *“Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”*. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 32.

³¹ RAMÍREZ, Mario Elkin. *“Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje”*. Artículo: “Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual”, pág. 32.

*al niño abierto a todas las maneras de ser preso del fantasma materno. Se convierte en objeto de la madre y no le queda otra función que la de revelar la verdad de ese objeto*³².

De esta forma la madre impide que el niño construya su propia subjetividad, *"hay otro lugar posible para el sujeto, el estatuto del niño es definido con relación a su posición de objeto en el fantasma de la madre. El niño, tomado en la subjetividad de la madre, busca la significación de lo que él es para la madre en los objetos buenos y malos que ella contiene"*³³. En este caso la madre ubica al niño como su objeto fantasmático dentro de esta relación alienante, *"el niño depende, entonces, directamente de la subjetividad de la madre. Lacan insiste sobre el "no hay" armonía, no hay felicidad entre madre e hijo, hay interrupción fantasmática"*³⁴

Además, es necesario indicar la importancia que tiene la mediación paterna dentro de la relación dual madre- hijo, *"la ausencia del término Nombre del Padre coloca directamente el deseo de la madre en conexión con el hijo como objeto de goce. La amputación de la función paterna de esa relación, ahora dual, entre madre e hijo, los coloca en una continuidad. Por eso se ha hablado de un mismo fantasma. El niño realiza la presencia, del objeto a en el fantasma"*³⁵.

La intervención paterna permitirá un corte en esta relación cerrada, en la cual el niño es capturado en el fantasma materno. *"Cuando el niño no tiene valor de ideal para la madre, sin la mediación paterna, es dejado del lugar de los ideales tranquilizadores, aparece el valor de goce. Cuando el síntoma dominante en el niño resulta del fantasma de la madre. El síntoma del niño se halla en correlación con el fantasma de la madre, allí donde el deseo materno se encuentra suspendido de la mediación paterna"*³⁶.

*"Esta posición hace que el síntoma del niño, allí donde el niño es captado y situado por el deseo de la madre, en la posición de realizar su fantasma, introduzca el objeto a en la vertiente de lo real. Es decir, que la madre, quien no simboliza su deseo en el falo, lo simboliza en el niño"*³⁷. Cuando la madre hace del niño su objeto fantasmático, inhibe toda expresión subjetiva del mismo, *"el Otro se iguala, entonces, al deseo de la madre y madre e hijo participan de un mismo fantasma. Pero si el niño está implicado en el fantasma materno como objeto, es porque, en esa*

³² RAMÍREZ, Mario Elkin. *"Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje"*. Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 36.

³³ RAMÍREZ, Mario Elkin. *"Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje"*. Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 34-35.

³⁴ RAMÍREZ, Mario Elkin. *"Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje"*. Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 35.

³⁵ RAMÍREZ, Mario Elkin. *"Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje"*. Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 41.

³⁶ RAMÍREZ, Mario Elkin. *"Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje"*. Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 36.

³⁷ RAMÍREZ, Mario Elkin. *"Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje"*. Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 40.

relación, el tercero mediador, el padre ha sido excluido de la articulación del deseo de la madre al objeto, que ha devenido por esa operación el hijo³⁸.

La figura de la madre no permite que el niño construya su propio síntoma, es reducido a hacer objeto materno, "es la madre como Otro del deseo, expresado en un fantasma, quien determina el síntoma del hijo. Lacan luego expresa: la subjetividad de la madre y "objetividad" del niño. Sujeto y objeto son los términos que componen el fantasma. Mientras que la madre aporta su subjetividad, deja al niño sólo la posibilidad de ser objeto del fantasma de ella"³⁹.

"Pero, ¿qué quiere decir que el niño ocupe el lugar del objeto a en el fantasma de la madre? Se trata de que el niño coloque allí su ser, y el valor que tendrá frente al Otro será como ser de objeto, en una identificación absoluta y radical, que tiene su valor estructural. El niño realiza la presencia del objeto a, lo materializa"⁴⁰. "Todo hijo tiene un lugar en el fantasma materno como objeto a, pero su estatuto es diferente si existe o no la mediación de la función paterna. El niño, en su realidad, viene a sustituirse a este objeto del fantasma y desde allí colma el deseo de la madre"⁴¹. Dentro de esta relación dual, el niño se convierte en un apéndice de la madre, anulando la posibilidad de devenir como sujeto.

³⁸ RAMÍREZ, Mario Elkin. "Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje". Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 38.

³⁹ RAMÍREZ, Mario Elkin. "Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje". Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 37-38.

⁴⁰ RAMÍREZ, Mario Elkin. "Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje". Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 44.

⁴¹ RAMÍREZ, Mario Elkin. "Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje". Artículo: "Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual", pág. 44.

1.3 INSTITUCIÓN: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.

Otro de los conceptos fundamentales a tener en consideración, para cumplir nuestro objetivo orientado a la descripción y análisis del síntoma en el niño, es el de *institución*, partiendo del estudio de la institución específica dentro de la cual se encuentra inmerso el grupo atendido durante el trabajo; los diversos efectos o consecuencias que puede tener dicha institución en la realidad psíquica de cada uno de los pacientes y la relación directa o indirecta que existe entre la dinámica de los distintos miembros y roles que se conjugan en esta institución y la formación o estructuración de los síntomas presentes en los sujetos.

Como institución debemos entender aquel *"conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre; regla nuestras relaciones, nos preexiste y se impone a nosotros: se inscribe en la permanencia"*⁴², se trata de un *"conjunto de normas, pautas, y actividades agrupadas alrededor de valores y funciones sociales"*⁴³. El concepto institución se encuentra íntimamente ligado con el aspecto social y cultural.

Es mediante la institución que el sujeto queda inscrito en un discurso y dentro de esta se entretejen vínculos y relaciones que se tornan primordiales para dicho sujeto, éste logra constituirse tomando como base aquellas instituciones en las que se encuentra inmerso, *"el sujeto es sujeto de la institución"*⁴⁴, *"la institución forma parte de la organización subjetiva de la personalidad, cuanto más integrada la personalidad, menos depende del soporte que le presta una institución dada"*⁴⁵.

Es en tanto que *"la institución nos estructura y trabajamos con ella relaciones que sostienen nuestra identidad"*⁴⁶ que consideramos que dicha institución puede resultar tanto un lugar óptimo que provee sostén, acogimiento, apoyo, seguridad, inserción social, sentimiento de pertenencia para el sujeto, como también un lugar cuyas estructuras, ideologías, exigencias, intercambios, etc., produzcan o intervengan en la formación de síntomas.

Toda institución puede sostener al sujeto como también anularlo como tal, esta relación sujeto-institución puede tornarse, en muchas ocasiones, patológica, *"el espacio institucional es también la escena de sufrimientos propios de los sujetos en su singularidad, que quizás la institución revela o controla"*⁴⁷. Sin embargo, es importante mencionar, que ninguna institución es libre o escapa a la presencia de problemas y relaciones cuyas características y condiciones pueden tornarse conflictivas o sintomáticas, *"una institución no debe ser considerada sana o normal cuando en ella no existen conflictos, sino cuando la institución puede estar en condiciones de explicitar sus conflictos y poseer los medios o la posibilidad de arbitrar medidas*

⁴² Kaes René, Capítulo 1 Artículo *"Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones"*, pág.22

⁴³ Bleger. J. *"Psicohigiene y psicología institucional"* Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 77-78.

⁴⁴ Kaes René, Capítulo 1 Artículo *"Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones"*, pág. 28.

⁴⁵ Bleger. J. *"Psicohigiene y psicología institucional"* Bs.As. Paidós. 1976. Pág 80.

⁴⁶ Kaes René, Capítulo 1 Artículo *"Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones"*, pág. 16.

⁴⁷ Kaes René, Capítulo 1 Artículo *"Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones"*, pág. 56.

para su resolución⁴⁸, "el conflicto es un elemento normal e imprescindible en el desarrollo y en cualquier manifestación humana: la patología del conflicto se relaciona, más que con la existencia del conflicto mismo, con la ausencia de los resortes necesarios para resolverlos o dinamizarlos"⁴⁹.

1.4 INSTITUCIÓN: OBJETIVOS Y FUNCIONES.

Toda institución alberga objetivos propios que fundamentan su organización como tal. Estos objetivos son, por un lado, aquellos *objetivos manifiestos y explícitos*, cuyo conocimiento y manejo es de fácil alcance para cada uno de sus miembros; y, por otro lado, *objetivos implícitos o latentes*, los mismos que, en muchas ocasiones, parte de sus miembros desconocen o ignoran en tanto pueden tratarse de objetivos de carácter inconsciente. Estos objetivos latentes pueden ser estudiados por medio de un análisis profundo del marco institucional y, en la mayoría de los casos, resulta de mayor facilidad el que un agente externo a dicha institución los estudie de manera objetiva, "los latentes o implícitos a veces sólo aparecen como consecuencia de un estudio diagnóstico"⁵⁰. Estos dos tipos de objetivos institucionales coexisten constantemente y en algunos casos pueden llegar a contradecirse o anularse unos a otros.

Dentro de las instituciones, encontramos que sus funciones tienen como base el proporcionar al sujeto espacios y referentes identificarios sólidos que le permitan una inserción social estable y un cumplimiento de las exigencias e ideales planteados por el entorno. Es en esta relación que el sujeto cuenta con la oportunidad de "eludir la angustia del caos, justificar y mantener las costas de la identificación, sostener la función de los ideales"⁵¹, "como el otro, la institución precede al individuo singular y lo introduce en el orden de la subjetividad, predisponiendo las estructuras de la simbolización: mediante la presentación de la ley, mediante la introducción al lenguaje articulado, mediante la disposición y los procedimientos de adquisición de los puntos de referencia identificatorios"⁵².

Si bien cada institución se crea, subsiste y evoluciona de manera distinta y particular, sus funciones primordiales pueden englobarse en "proporcionar representaciones comunes y matrices identificatorias, proporcionar un estatuto a las relaciones de la parte y el conjunto, vincular estados no integrados, indicar los límites y las transgresiones, asegurar la identidad"⁵³. Tal como sucede con los objetivos de la institución, las funciones de la misma no escapan a la posibilidad de verse ignoradas por sus miembros y por ende no ser cumplidas. En muchas ocasiones los problemas de la institución y los síntomas de sus miembros son producto o resultado del fracaso de sus funciones y de la crisis dentro de la cual éstas intentan subsistir.

⁴⁸ Bleger. J. "Psicohigiene y psicología institucional" Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 72.

⁴⁹ Bleger. J. "Psicohigiene y psicología institucional" Bs.As. Paidós. 1976. Pág.75.

⁵⁰ Bleger. J. "Psicohigiene y psicología institucional" Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 59.

⁵¹ Kaes René, Capítulo 1 Artículo "Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones", pág.18.

⁵² Kaes René, Capítulo 1 Artículo "Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones", pág. 27.

⁵³ Kaes René, Capítulo 1 Artículo "Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones", pág. 18.

Si se plantea que la institución es pieza fundamental en la constitución del sujeto como tal y al mismo tiempo se conoce que dentro de toda institución existen condiciones conflictivas y vacíos estructurales, es menester afrontar el hecho de que las funciones y objetivos se ven muchas veces coartados, situación que ubica al sujeto de manera desvalida frente a ideales y condiciones institucionales que pueden llegar a suprimir su particularidad, borrar su condición de sujeto deseante y ubicarlo, sin proveerle las herramientas necesarias, frente a una realidad institucional que lo angustia y devora, *“en este trabajo son empleados todos los procesos productores de indiferenciación y de homogeneización”*⁵⁴, *“la institución puede verse enormemente limitada en su capacidad de ofrecer seguridad, gratificación, posibilidades de reparación y desarrollo eficiente de la personalidad”*⁵⁵.

1.5 INSTITUCIÓN ESCOLAR: EL VÍNCULO EDUCATIVO.

La institución escolar tiene como punto de anclaje el *vínculo educativo* que se crea entre cada uno de sus miembros. Este vínculo tiene una función civilizadora cuyo fin es hacer entrar el goce desmedido del sujeto al vínculo social. Es decir que instaura en el sujeto la idea de que debe renunciar a algo de su propio goce para poder relacionarse con los demás. Es importante mencionar que dicha empresa educativa debe buscar un equilibrio entre la adaptación del sujeto a su medio, mediante la transmisión de normas y regulaciones, y por otro lado la prevalencia del sujeto en su dimensión deseante.

En caso de que la institución escolar se incline únicamente por uno de estos polos las consecuencias pueden ser devastadoras para los sujetos que se constituyen dentro de la misma puesto que *“buscar una adaptación excesiva no es una buena vía, como tampoco lo es la permisividad sin límite, (...) la permisividad entendida como falta de límite deja el sujeto librado de sí mismo”*⁵⁶ y por otro lado *“al borrar la dimensión subjetiva potencian la acefalía de la pulsión, la desregulación del goce”*⁵⁷.

Esto sucede cuando la transmisión de los límites es impuesta de manera coercitiva y represiva por un Otro que anula y no presta un lugar de escucha al sujeto, lugar dentro del cual prevalezca la palabra y el deseo del mismo, *“son todas formas de control social, de dominio directo, porque dejan el control del lado del Otro al excluir al sujeto”*⁵⁸. En estos casos se presenta un discurso dominante que busca únicamente el borramiento y aplastamiento del síntoma en tanto éste *“perturba el orden social”*⁵⁹. Dicho síntoma presentado por el sujeto es rotulado y esto tiene un efecto segregativo para el sujeto. Lo que se busca es aplicar una intervención social estandarizada que resitúe al sujeto en el orden social de manera que éste no se vea perturbado ni alterado, esto se debe a la tendencia homogeneizadora que existe dentro

⁵⁴ Kaes René, Capítulo 1 Artículo “Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones”, pág. 30.

⁵⁵ Bleger. J. “Psicohigiene y psicología institucional” Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 81.

⁵⁶ Hebe Tizio, “La posición de los profesionales en los aparatos de gestión del síntoma”, pág. 165.

⁵⁷ Bleger. J. “Psicohigiene y psicología institucional” Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 166.

⁵⁸ Bleger. J. “Psicohigiene y psicología institucional” Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 170.

⁵⁹ Bleger. J. “Psicohigiene y psicología institucional” Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 170.

de la institución escolar, *“la ilusión de que todo puede ser regulado se opone así al reconocimiento de que hay una diversidad de modalidades de goce que no pueden homogenizarse”*⁶⁰. Esta forma de abordaje del síntoma, cuyo único fin es atacarlo de manera directa, erradicarlo, únicamente intensifica el problema presentado por el sujeto, *“desmantela el vínculo educativo”*⁶¹ y se presenta la *“pérdida de la transferencia con el discurso educativo”*⁶², *“si se intenta incidir sobre los estilos de vida el vínculo educativo se degrada, (...) una cosa es intentar regular el goce por la vía de los intereses y el consentimiento, es decir, por la transferencia de trabajo, y otra cosa es intentar borrar esa modalidad de goce por la presión moralizadora”*⁶³.

Frente a esta situación, lo óptimo sería que los profesionales dentro de la institución escolar velen porque se mantenga siempre un lugar para el sujeto, lugar que le posibilite asociar en una cadena discursiva aquello que le causa malestar, es decir, ayudarlo a sintomatizar y de esta manera tratar al goce por la vía del discurso, *“la educación tiene la posibilidad de hacer con el síntoma, con la particularidad del sujeto, sólo si lo envuelve en los recursos culturales, si se interpela de manera directa se fija y se transforma en reacción negativa”*⁶⁴, *“el discurso dominante pone en circulación significantes a los fines del control social y es responsabilidad de los profesionales interrogarlos y no aplicarlos sin crítica alguna contribuyendo de este modo a producir marcas segregativas”*⁶⁵. Si los profesionales dentro de la institución escolar optan por un trabajo que busque masificar al sujeto, esto obturará por completo el vínculo educativo, eliminando toda oportunidad de que éste se reinvente y le ofrezca al sujeto la posibilidad de permanecer en un vínculo social que respete su singularidad, *“el vínculo educativo es del orden de lo particular, con cada sujeto es un vínculo nuevo que incluye sus transformaciones”*⁶⁶, debe *“permitir alojar la particularidad del sujeto y así darle la posibilidad de hacer con los contenidos culturales”*⁶⁷.

Para que dicho vínculo educativo subsista y se fortalezca debe existir siempre la transferencia entre el educador y el sujeto. Este vínculo se asienta sobre un vacío estructural que permite que surja el deseo y las interrogantes particulares de cada sujeto que interviene. Es por esto que implica que el educador asuma sus limitaciones en relación al saber, un educador que no caiga en el autoritarismo arrollador e imperante, sino que por el contrario una autoridad basada en el respeto y el constante diálogo e intercambio. Es por esto que se plantea que el *“deseo de educar podría decirse que es lo opuesto a la homogeneización, es la atención a la particularidad de cada sujeto, a los avatares de su hacer con la oferta educativa: cómo la toma, la recrea, la*

⁶⁰ Bleger. J. *“Psicohigiene y psicología institucional”* Bs.As. Paidós. 1976. Pág.178.

⁶¹ Bleger. J. *“Psicohigiene y psicología institucional”* Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 171.

⁶² Bleger. J. *“Psicohigiene y psicología institucional”* Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 171.

⁶³ Bleger. J. *“Psicohigiene y psicología institucional”* Bs.As. Paidós. 1976. Pág.173.

⁶⁴ Bleger. J. *“Psicohigiene y psicología institucional”* Bs.As. Paidós. 1976. Pág.170.

⁶⁵ Bleger. J. *“Psicohigiene y psicología institucional”* Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 180.

⁶⁶ Bleger. J. *“Psicohigiene y psicología institucional”* Bs.As. Paidós. 1976. Pág.170.

⁶⁷ Bleger. J. *“Psicohigiene y psicología institucional”* Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 170-171.

*transforma, la rechaza*⁶⁸, es decir que únicamente se puede reinventar el vínculo educativo si hay un deseo en juego.

⁶⁸ Bleger. J. *"Psicohigiene y psicología institucional"* Bs.As. Paidós. 1976. Pág.175.

CAPÍTULO 2: ANÁLISIS INSTITUCIONAL.

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

COLEGIO ALEMÁN HUMBOLDT DE GUAYAQUIL

El colegio fue fundado oficialmente el 10 de marzo de 1959 por Richard Zeller, entonces presidente del Directorio. La historia del colegio se remonta sin embargo a 1957 cuando la parvularia Renate Lemke fundó un Kindergarten para hijos de inmigrantes alemanes en el centro de la ciudad de Guayaquil, al cual con el tiempo se le sumó una escuela primaria. Ya en 1958 la entonces escuela primaria era muy grande para el predio y se decidió mudarla a un nuevo local más grande en el recién inaugurado barrio Urdesa. La escuela contaba ya con un segundo grado de educación primaria.

El patrocinio de la República Federal de Alemania comenzó en 1960, cuando llegaron los primeros profesores desde aquél país. La escuela contaba ya con la educación primaria completa según el sistema educativo alemán, lo cual en Ecuador es el cuarto grado de educación primaria. 1960 fue también el último año en el cual Renate Lembke sirvió como Directora del colegio.

En 1964 las instalaciones en Urdesa eran ya muy estrechas para una escuela en crecimiento que contaba ya con una sección secundaria y el Kindergarten se mudó a Los Ceibos, nuevamente una ciudadela en desarrollo, en ese entonces aún afuera de la ciudad. Sin embargo, recién en 1968 sería posible trasladar la escuela completamente a los nuevos predios, gracias al dinero enviado desde Alemania para su construcción.

En abril de 2009 se inauguró un anexo del Kindergarten Kinderkosmos en el suburbio Samborondón.

2.2 GENERALIDADES SOBRE EL COLEGIO ALEMÁN HUMBOLDT.

SECCIÓN VESPERTINA

El Colegio Alemán Humboldt de Guayaquil, institución educativa sin fines de lucro fundada en el año 1959, ha tenido siempre el compromiso de contribuir con proyectos educativos y culturales en beneficio de varios sectores sociales de nuestra ciudad.

Con esta premisa, en el año 1971 se inicia la Sección Vespertina. Se trata de una obra social que busca llevar educación de calidad a niños, niñas y jóvenes provenientes de familias de escasos recursos económicos que residan en sectores aledaños al plantel.

La Sección Vespertina funciona, como su nombre lo indica, en las tardes y en las mismas instalaciones del Colegio. Inicialmente, su objetivo fue educar a niños y niñas desde primero hasta sexto grado de Educación Primaria. Actualmente, la Sección Vespertina ofrece una educación completa, desde preescolar hasta el último año de bachillerato, en todas las secciones y niveles de calidad que distingue al Colegio Alemán Humboldt.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

Los objetivos propuestos por el Colegio, en relación a la Sección Vespertina, se pueden resumir de la siguiente manera:

- Apoyar con un proyecto educativo para cubrir las necesidades educativas del sector poblacional cercano al plantel.
- Brindar a niños y jóvenes de recursos económicos limitados una educación integral armonizada con las necesidades de nuestra ciudad y del grupo de alumnos a quienes está dirigido el proyecto.
- Capacitar a los alumnos de la Sección Secundaria con una formación técnica para que puedan insertarse con facilidad en el mercado laboral y sean capaces de colaborar en el sostenimiento económico de sus familias y de sí mismos.
- Favorecer la convivencia pacífica con los sectores aledaños al colegio y servir de puente para la integración de dichos sectores sociales.

Los alumnos de la Sección Vespertina del Colegio Alemán Humboldt se benefician con el uso de todas las instalaciones del Colegio, tales como los laboratorios de Informática y de Ciencias, la piscina, las canchas deportivas, entre otras.

También permite a los alumnos acceder a una educación bilingüe. La materia Inglés, herramienta fundamental en la sociedad global actual, es impartida a los alumnos a partir de 7mo. Grado.

Además, durante el año lectivo los alumnos realizan numerosas actividades académicas y culturales que contribuyen a fortalecer su formación estudiantil: proyectos empresariales, programas artísticos, actividades en inglés, debates y alfabetización.

PERFIL ACADÉMICO

El Colegio Alemán de Guayaquil se caracteriza por ser multilingüe, tener un perfil internacional y su excelencia académica tanto en las humanidades como en las ciencias naturales y exactas.

PERFIL DEL ESTUDIANTE DEL COLEGIO ALEMÁN DEL FUTURO.

- Indagadores.
- Pensadores.
- Informados e instruidos
- Buenos comunicadores
- De mentalidad abierta
- Audaces
- Íntegros
- Solidarios
- Equilibrados y reflexivos.

2.3. OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN.

VISIÓN:

La unidad Educativa Particular Experimental "Aleman Humboldt" se propone constituirse en una institución líder en la excelencia pedagógica, académica y humana, así como ofrecer a sus alumnos una formación que les permita acceder exitosamente a la educación superior tanto en Ecuador, Alemania y en el resto del mundo, y desarrollar un pensamiento crítico, ético, autónomo y solidario que los capacite para establecer lazos multiculturales, respetando su entorno social.

MISIÓN:

La misión de la unidad Educativa Particular Experimental "Aleman Humboldt" es formar integral, armónica y permanentemente a sus alumnos con una orientación nacional multicultural, científica, técnica y humanística, a fin de que sean independientes, dispuestos al cambio, con conciencia social y ambiental, y capaces de participar en la generación de soluciones a los problemas locales, regionales, y de la humanidad, inspirados en principios de solidaridad, democracia, justicia social, paz, desarrollo sustentable y honradez.

PRINCIPALES VALORES DEL COLEGIO ALEMÁN HUMBOLDT DE GUAYAQUIL.

- Solidaridad.
- Responsabilidad.
- Honestidad.
- Tolerancia.
- Respeto.
- Autonomía.
- Criticidad.
- Conciencia ambiental.
- Justicia.

2.4. POBLACIÓN ATENDIDA.

NIVEL	EDADES	CANTIDADES
PRIMARIA	6-12	22
SECUNDARIA	13- 17	13
TOTAL		35

ORIENTACIÓN VOCACIONAL

NIVEL	EDADES	CANTIDADES
SECUNDARIA (12º IC Y 12º EM)	16- 17	19

TOTAL DE ALUMNOS ATENDIDOS: 54 alumnos.

2.5. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES.

Los alumnos son derivados en su gran mayoría por: problemas de disciplina, dificultades en acatar normas y límites, problemas en el rendimiento académico, conflictos con sus compañeros, problemas en relación a lo sexual, inhibición y aislamiento, sentimientos de tristeza y abandono en cuanto a la relación familiar, agresividad, familias disfuncionales, familiares con algún tipo de adicción, maltrato, incumplimiento de deberes y trabajos así como del horario escolar, falta de supervisión y de control en casa, delegación de responsabilidades a otros familiares, hermanos, tíos, abuelos, etc., migración.

2.6. EXPERIENCIA EN LA INSTITUCIÓN.

Durante el trayecto de la práctica pre-profesional se tuvo la oportunidad de trabajar dentro de una institución de gran prestigio y trayectoria educativa, de manera específica dentro de la sección vespertina dirigida a una población de escasos recursos, de modo que ésta logra obtener una educación de alta calidad que bajo otras circunstancias estaría fuera de su alcance. Una de las ventajas de trabajar con ese tipo de población fue que los representantes prestaron su colaboración y mostraron su interés a lo largo de todo el proceso del trabajo y durante las distintas convocatorias hechas por la institución. Sin embargo en ciertas ocasiones los representantes no podían asistir a las citas acordadas debido a sus múltiples ocupaciones.

En relación al personal docente se pudo notar una predisposición y preocupación en cuanto al bienestar de sus alumnos, supervisando constantemente la evolución de los casos y manteniendo una comunicación continua tanto con las practicantes como con las psicólogas.

Otro de los beneficios fue el contar con un espacio (privado y cómodo) designado específicamente para realizar las entrevistas con alumnos y representantes.

Uno de los obstáculos que se percibió fue que en ciertas ocasiones el hecho de tener una beca parcial o completa les representaba a los alumnos cierta tensión y angustia al tener que cumplir con las exigencias de la institución y conocer el hecho de que podrían ser expulsados si no cumplían con las mismas.

Un punto a favor fue que frente a tener ciertas dudas en relación a la práctica se contó con la guía y supervisión tanto del Director de prácticas como con la ayuda de las psicólogas de la

institución. Sin embargo en relación a dichas profesionales hubo un aspecto desfavorable que se presentó debido a que en ocasiones poder contactarlas era una dificultad por sus múltiples responsabilidades.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.

3.1 METODOLOGÍA Y TÉCNICA.

Durante el proceso de las prácticas pre-profesionales se aplicó la metodología fenomenológica hermenéutica con la utilización de la técnica de la entrevista clínica semidirigida. Dicha metodología permite interpretar, a partir del marco teórico, todo aquello que se observa y escucha durante las entrevistas así como también los antecedentes históricos de los pacientes, para la posterior obtención del diagnóstico clínico como el producto científico que nos permite entender el por qué de la problemática que se presenta ya sea en el ámbito familiar, académico, etc.

Las entrevistas clínicas semidirigidas se manejaron bajo el modelo de la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica, a continuación se detalla dicho modelo.

3.2 PSICOTERAPIA BREVE CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.

La psicoterapia breve con orientación analítica permite responder a las demandas de atención psicológica en las instituciones ya que se realiza un trabajo en un período corto de tiempo en el que se centra el proceso en aquellos síntomas, conflictos, problemáticas o situaciones perturbadoras que se presentan como puntos importantes para las instituciones, frente a los cuales se plantean metas u objetivos a corto o largo plazo dependiendo del caso.

Partiendo desde los planteamientos de Eduardo Alberto Braier, dicho autor refiere que en el proceso de la psicoterapia breve se deben tomar en cuenta conceptos teóricos como: el inconsciente, el conflicto psíquico, los mecanismos defensivos, la estructura del aparato psíquico, la transferencia, las resistencias, entre otros, que nos permitirán comprender la problemática del paciente en el desarrollo del proceso terapéutico. Según Braier la concepción de la psicoterapia breve parte de la conferencia "*Los caminos de la terapia psicoanalítica*" de Sigmund Freud en la que mencionaba "*la necesidad de que en un futuro los psicoanalistas se ocupen de adoptar medidas para extender los tratamientos psicoterapéuticos a las grandes masas de la población*"⁶⁹.

Un factor importante en la psicoterapia breve es la situación-problema, Braier la define como "*una situación que se hace presente en la vida del individuo, frente a la cual y a causa de su acción descompensadora surgen o pueden surgir en él dificultades de índole psíquica que obran como obstáculo para alcanzar un desenvolvimiento y desarrollo adecuados*"⁷⁰, agrega "*con relación a éstos y como consecuencia de una falta de resolución favorable, aparecen en el sujeto inhibiciones y síntomas diversos (ansiedad, miedo, depresión, trastornos corporales, etc.) que*

⁶⁹ BRAIER, Eduardo Alberto. "Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica" Ediciones Nueva Visión. Pág. 27.

⁷⁰ Op. Cit. Pág. 53.

suelen constituir el motivo (manifiesto) de consulta y que podrán o no ser conectados por el paciente –y el terapeuta- con las situaciones problema que en realidad los provoca”⁷¹.

Durante el proceso de entrevistas es importante realizar una investigación de los datos del paciente. La historia del paciente, en la mayoría de los casos relatada por lo padres, permitirá aclarar ciertos puntos en relación a la naturaleza del problema o conflicto que se presente, así como también indagar sobre acontecimientos representativos en la vida del paciente, modos de conducta repetitivos o patológicos, etc. Además de indagar sobre la historia del paciente, es importante investigar o recolectar datos sobre el motivo de derivación con las instancias pertinentes (profesora, psicóloga de la institución, etc.), de esta forma se contará con información sobre los antecedentes de la situación problema.

Los fines terapéuticos de la psicoterapia breve serán la resolución de los conflictos a través de la elaboración discursiva, para lograr la eliminación o el alivio de los síntomas. Braier refiere que *“los objetivos suelen plantearse en términos de superación de síntomas y problemas actuales de la realidad del paciente, lo que ante todo implica el intento de que éste pueda enfrentar más adecuadamente determinadas situaciones conflictivas y recuperar su capacidad de autodesarrollo”⁷²*. Los objetivos que se planteen en un principio luego podrán ser reformulados de acuerdo a la evolución del caso, ya que lo que se busca es reconocer el sentido del síntoma o conflicto para manejarlo y resolverlo con el paciente. En cuanto a la duración, las terapias breves tienen una prolongación corta de tiempo, generalmente duran unos meses.

Braier menciona que los resultados favorables que se pueden evidenciar son:

1. El alivio o supresión sintomática.
2. Cambios en relación con perturbaciones propias de la situación-problema (superación de inhibiciones, desenvolvimiento más adecuado y eficaz, adquisición o recuperación de capacidad resolutive)
3. Adquisición de conciencia de enfermedad psíquica.
4. Elevación, recuperación o autorregulación de la autoestima.
5. Otras modificaciones favorables (referentes a dificultades en diversas áreas de la vida del sujeto, tales como sexualidad, relaciones familiares, amistosas, estudios, etc. que no fueron mayormente abordadas de manera directa durante la psicoterapia).
6. Consideración de proyectos para el futuro (esbozo de planes respecto de diferentes actividades de la experiencia vital del sujeto).
7. Modificaciones en la estructura de la personalidad.

De igual forma acota que la psicoterapia breve puede resultar ineficaz cuando se trabaja con pacientes con patologías graves y por lo tanto se pueden presentar recaídas. Por este motivo

⁷¹ Op. Cit. Pág. 55.

⁷² Op. Cit. Pág. 29.

*"es preciso que los objetivos que se propongan sean presuntivamente alcanzables, esto es, que se ajusten a las posibilidades que ofrecen paciente y terapeuta y a las condiciones generales en que tendrán lugar la terapia"*⁷³. El convenio sobre las metas terapéuticas, duración del tratamiento, duración, frecuencia y periodicidad de las sesiones, etc. deben ser detalladas en la entrevista de contrato entre paciente y terapeuta.

Es primordial tener en cuenta el problema de las resistencias, Braier indica que las resistencias son aquellos *"obstáculos que el analizando opone a su acceso al propio inconsciente, esto es, a la labor terapéutica y a su curación"*⁷⁴. Freud en *"Inhibición, síntoma y angustia"* hace referencia a tres tipos de resistencias que provienen del yo: resistencias de la represión, de la transferencia y las de beneficio secundario de la enfermedad. También se presentan las resistencias del ello llamadas por Freud como *"resistencias del inconsciente"* y las del superyó. En una psicoterapia breve con orientación psicoanalítica *"surgen resistencias en el paciente, que pueden considerarse, por añadidura, como obstáculos que éste interpone al avance del proceso psicoterapéutico"*⁷⁵. Durante el proceso psicoterapéutico breve es importante precisar qué mecanismos de defensa son empleados por los pacientes ya que dicha información es importante para el diagnóstico final.

Para que la comunicación se mantenga y se logren buenos resultados es necesario que el psicoterapeuta mantenga una función activa, *"con tal fin recurrirá con frecuencia a intervenciones no interpretativas. Formulará preguntas, señalamientos, efectuará sugerencias, brindará información"*⁷⁶. De igual forma cuando se perturbe la comunicación *"tendrá que tomar la iniciativa en la comunicación, proponiendo el tema a tratar"*⁷⁷.

⁷³ Op. Cit. Pág. 90.

⁷⁴ Op. Cit. Pág. 40.

⁷⁵ Op. Cit. Pág. 40.

⁷⁶ Op. Cit. Pág. 105.

⁷⁷ Op. Cit. Pág. 106.

CAPÍTULO 4: INFORMES PSICOLÓGICOS.

INFORME PSICOLÓGICO No. 1

Guayaquil: 15 de Febrero del 2011

Profesional: *Camila Donoso*

❖ DATOS DE FILIACIÓN.

Nombre:	J.D.
Edad:	7 años
Escolaridad:	1ro de Básica
Nombre de la Madre:	M.G.
Ocupación:	Estilista (a domicilio)
Nombre del Padre:	A.D. (Fallecido)
Número de Hijos:	3 hijos
	C.D. (12 años)
	M.D. (8 meses)
	J.D. (7 años)

❖ PROCEDIMIENTO.

- La primera entrevista fue semidirigida con la maestra dirigente del paciente, cuya duración fue de 25 minutos y durante la cual manifestó el motivo por el cual derivaba al alumno a Psicología.
- La segunda entrevista fue de información y contrato con el paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La tercera entrevista fue semidirigida con la madre del paciente, cuya duración fue de 50 minutos.
- La cuarta entrevista fue semidirigida con el paciente (se utilizó la técnica del dibujo) cuya duración fue de 25 minutos.

- La quinta entrevista fue semidirigida con el paciente (se utilizó la técnica del dibujo), cuya duración fue de 25 minutos.
- La sexta entrevista fue semidirigida con la maestra dirigente del paciente, cuya duración fue de 20 minutos.
- La séptima entrevista fue semidirigida con el paciente (se utilizó plastilina), cuya duración fue de 25 minutos.
- La octava entrevista fue semidirigida con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La novena entrevista fue semidirigida con el paciente (se utilizó la técnica del dibujo), cuya duración fue de 25 minutos.
- La décima entrevista fue semidirigida con la maestra dirigente del paciente, cuya duración fue de 20 minutos.
- La décima primera entrevista fue semidirigida con el paciente (se utilizó la técnica del dibujo) cuya duración fue de 30 minutos.
- La décima segunda entrevista fue semidirigida con la maestra dirigente del paciente, cuya duración fue de 20 minutos.
- La décima tercera entrevista fue semidirigida con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La décima cuarta entrevista fue semidirigida con el paciente (se utilizó la técnica del dibujo), cuya duración fue de 25 minutos.
- La décima quinta entrevista fue semidirigida con la Psicóloga de Planta, la madre del paciente, la maestra dirigente, el alumno y la practicante, cuya duración fue de 45 minutos.
- La décima sexta entrevista fue semidirigida con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La décima séptima entrevista fue de cierre con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La décima octava entrevista fue de control y/o seguimiento con la maestra dirigente del paciente, cuya duración fue de 25 minutos.

❖ MOTIVO DE CONSULTA.

El alumno es derivado al Departamento de Psicología por su maestra dirigente, quien indica que J.D. es un niño *"inquieto, poco obediente, irrespetuoso, toma cosas ajenas"*. Alega que es un niño *"malcriado, agrede a los compañeros y eso le trae problemas de aprendizaje porque está inquieto, está distraído"*. Refiere que dichos comportamientos se presentan desde el inicio del año escolar, sin embargo, considera que se han visto agravados en los últimos meses ya que en primera instancia, *"el papá se accidentó y se chocó contra una casa, está preso, él es el que trabaja, no sé si por ahí va el problema"* y en segunda instancia, sus conductas se vieron aún más marcadas debido a la muerte de su padre en el mes de Julio del presente año.

❖ ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.

J.D. proviene de una familia de clase social baja. Su domicilio se encuentra ubicado en Mapasingue, en la Cooperativa El Cerro. Tiene dos hermanos, uno mayor de 12 años y 1 recién nacido. Su hermano mayor solía estudiar también en el Alemán, pero tuvo que salir debido a su bajo rendimiento, actualmente estudia en la mañana. Hasta hace unos meses atrás, su madre no trabajaba y su principal ocupación era la de ser ama de casa, sin embargo, en la actualidad trabaja como estilista a domicilio tras ve

rse en la necesidad de incrementar los ingresos familiares debido a la muerte repentina de su esposo. Su padre solía trabajar como chofer de carga y también como vendedor ambulante.

En el mes de abril su padre tuvo un accidente mientras viajaba a Esmeraldas y debido a esto, queda detenido por el período de dos meses. Frente a esta situación, la madre comienza a trabajar y J.D. queda a cargo de su hermano mayor, sin recibir supervisión en sus tareas escolares ni en sus actividades diarias. J.D. desconocía que su padre se encontraba en la cárcel, sino que por el contrario, su madre le indicaba que continuaba de viaje, frente a lo que el alumno mencionaba *"mi papito ¿por qué no viene?"*. Su madre le decía *"no tiene plata su papá para viajar"* y J.D. recolectaba centavos para el retorno de su padre. Éste último fallece en el mes de Julio del presente año, tras verse involucrado en un acto delictivo y ser quemado vivo. Dicha situación J.D. la conoce debido a las imágenes que observa en la televisión, durante las que su padre muere violentamente al ser prendido en llamas luego de que las personas afectadas por dicho acto delictivo acudieran a la cárcel y la invadieran para matarlo. J.D. señala *"ya no tengo papá, lo quemaron por Cumandá"*. Luego de dicha tragedia, la madre trabaja durante todo el día, razón por la cual J.D. queda nuevamente al cuidado de su hermano. Aumentan los incidentes dentro de la escuela debido al comportamiento del alumno y la maestra se ve en la necesidad de citar en repetidas ocasiones a la representante. La docente refiere *"esta situación con el padre le ha afectado hartísimo, el alumno presenta ansiedad, se muestra desordenado, insolente, pierde la atención, dice palabras fuertes"*.

Su madre refiere que J.D. *"es hiperactivo, no puede estar tranquilo, llama la atención"*. Señala que anteriormente lo tuvo en otra escuela sin embargo la situación era la misma *"no podía estar en la clase"*. Comenta que actualmente la Frau le manda recurrentemente notas en el diario debido al comportamiento de J.D. dentro y fuera del salón, *"por ejemplo hace unos días mordió a un compañero, él me dice que los otros lo molestan, él se pone irritable si lo provocan, se exalta"*.

Indica que J.D. también pelea frecuentemente con su hermano mayor, *"no le gusta que lo molesten, sino les pega, al mayor le gusta molestar, pelean por las novias, se ponen apodos, cuando lo molestan él enseguida pega, su hermano le dice Jocelyn y J.D. le dice Carla, se golpean"*. En relación a su hermano menor, señala que J.D. *"lo quiere, lo baña, le da besos, le dice 'ñañito' "*. Indica que considera que el problema de J.D. no es de inteligencia, sino de comportamiento, *"el sí es inteligente, le gusta ver TV, jugar Play Station, los dibujos animados"*.

La madre comenta que, mientras su padre vivía, J.D. le hacía más caso a él, *“él es el que faltaba, cuando está el papá es calladito, tranquilito, se portan bien, a mí no me hace caso, yo solo le hablo, el papá le dice que lo va a castigar, de repente le da su correazo”*. Refiere *“el papá no cree que J.D. sea así, ante el papá J.D. es un angelito, siempre ha sido así”*. Indica que cuando ella pasa únicamente con J.D., *“hay paz”* y que las peleas se suscitan de noche cuando J.D. se encuentra con su hermano, *“si no está el hermano él es tranquilo, cariñoso”*. Señala que en ocasiones existe cierta rivalidad entre ambos hermanos, debido a que el hermano mayor considera que su madre prefiere a J.D. y le reclama *“ya estas con tu hijito querido, si a mí me pega no dices nada”*.

J.D. también frecuenta sus primos, Tyler y Bryan. Sin embargo su madre comenta que suele pelear constantemente con Tyler, quien tiene la misma edad que él, *“juegan, después pelean, después no se llevan, su primo le canta la canción del bosque de la china”*. Refiere que J.D. es *“agresivo, se enciende, peleón cuando lo molestan, de ahí es cariñoso, amoroso”* y le dice *“ya voy a cambiar mamá”*. La madre explica *“tengo un sobrino (Tyler) que tiene la edad de él, es rebelde con la mamá, dice malas palabras, pienso que J.D. está absorbiendo, copiando lo que el sobrino hace, se dicen apodos, siempre que se juntan pelean”*. Indica que dicho sobrino es hijo de su hermana y que ésta se molesta en caso de que le digan algo en relación al comportamiento de su hijo, *“me mira mal, dice que es J.D.”*. Agrega que J.D. pasa bastante tiempo con él y le es complicado ponerle límites a su hijo debido a que éste aprende del comportamiento de su sobrino.

Durante las mañanas, J.D. ve un rato a su abuela materna, sin embargo pasa la mayoría del tiempo únicamente con su hermano, ya que su abuela no tolera estar con él, su madre refiere *“a la abuelita la ve un ratito porque no lo soporta, mi mamá dice que se quiere volver loca”*. Con su hermano, suele salir, sin la supervisión de ningún adulto, a jugar fútbol con los demás jóvenes del barrio. La maestra considera que es durante estas actividades que J.D. se ve expuesto al comportamiento sin límites, al uso de vocabulario fuerte, a los actos de desobediencia, y luego traslada dicha situación al entorno escolar, situación que considera escapa a las exigencias de la institución, razón por la cual cree que J.D. no podrá continuar estudiando en el Alemán el siguiente año.

❖ APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA.

a) Diagnóstico descriptivo

J.D. es de contextura delgada, tez oscura y cabello negro. Sus uñas están comidas y se presenta un tanto descuidado en su aspecto físico. Utiliza zapatos ortopédicos y su uniforme se encuentra desgastado. Si bien se muestra colaborador con el proceso de trabajo, no habla con fluidez, sino que por el contrario, conserva una postura reservada, un tanto temerosa y tiende a ser muy callado. Es por esto que a lo largo del proceso, se recurre a herramientas que le faciliten el poder articular en el discurso sus diferentes conflictos y malestares, tales como la plastilina y el dibujo libre. Durante el trabajo, al momento de plantear determinada situación por la que su

maestra le ha tenido que llamar la atención, tiende a responsabilizar siempre a un tercero por lo sucedido, situación que se repite a lo largo de su discurso.

La madre es de contextura delgada, cabello rubio tinturado y tez canela. Por motivos de trabajo, y debido al repentino fallecimiento de su esposo, le resulta complicado asistir a la institución cada vez que recibe citaciones. Sin embargo, cuando recurre a dichas entrevistas se muestra colaboradora, dispuesta y abierta a escuchar las observaciones e indicaciones en relación a su hijo. En ocasiones, manifiesta no saber cómo manejar el comportamiento de su hijo y alega estar de acuerdo con el hecho de que éste necesita más control y límites.

b) **Diagnóstico Clínico Dinámico**

Paciente con síntomas histéricos y rasgos depresivos.

- **Síntomas Histéricos:** El paciente manifiesta conductas de inquietud y agresividad, tanto dentro como fuera del salón, mediante las cuales busca llamar la atención de las personas que se encuentran a su alrededor, mostrando comportamientos tales como orinar encima de un compañero.
- **Rasgos Depresivos:** El paciente experimenta sentimientos de tristeza y frustración debido a que ha perdido un objeto querido, es decir, su padre. Si bien muestra un discurso limitado y un tanto aplanado afectivamente, en relación a este tema, mediante los dibujos realizados manifiesta sus rasgos depresivos producto de la muerte abrupta y violenta de su padre. Muestra una disminución acusada del interés en relación a sus estudios y obligaciones escolares.

c) **Mecanismos Defensivos**

- **Represión:** El alumno reprime sentimientos dolorosos frente a la muerte traumática y repentina de su padre. Luego de este suceso, muestra un discurso un tanto aplanado emocionalmente y repetitivo al momento de referirse a dicha situación. Es mediante el dibujo que logra plasmar y articular un poco lo sucedido.
- **Conversión:** El alumno canaliza a través del cuerpo aquello que le causa malestar, es por esto que se presenta constantemente inquieto, se para en clase, es agresivo con sus compañeros, se trepa en los árboles, etc.
- **Introyección:** El alumno experimenta sentimientos de culpa en relación a la muerte de su padre, esto se debe a que no comprende a cabalidad el motivo por el cual muere de manera tan abrupta y ya no está presente físicamente.

- **Proyección:** El alumno se muestra hostil y agresivo con sus compañeros, tanto dentro como fuera del salón, los golpea constantemente, los empuja, los muerde, aún cuando los llamados de atención, por parte de las distintas autoridades, son constantes.
- **Inhibición:** Al momento de preguntarle sobre lo sucedido con su padre, o sobre algún acontecimiento dentro de la escuela, el alumno tiende a inhibirse, no habla fluidamente, sino que por el contrario se muestra un tanto temeroso y reacio a hablar, razón por la cual es necesario facilitarle herramientas y recursos que le permitan expresar lo sucedido.

❖ ANÁLISIS GENERAL DE LOS DIBUJOS.

Se utilizó la técnica del dibujo como herramienta para la valoración psicológica y el análisis de los diferentes aspectos del caso. Durante el primer dibujo, el alumno dibujó a su familia, situando cinco personajes en la parte inferior de la hoja. En la parte superior dibuja una nube, encima de la cual se encuentra otra persona, en el centro superior el sol y al lado de éste una mariposa. Refiere el nombre de cada personaje, el primero indica que es su *"mami Marjorie"*, luego su *"hermano menor, Michael de 7 meses"*, seguido de su *"hermano mayor, Carlitos"*, luego dibuja a quien refiere que es él y finalmente su *"primo Tyler"*. En relación a la persona que se encuentra sobre la nube indica que es *"papá, en el cielo, viendo a la familia, que está feliz"*. Señala *"me parece mentira que se murió, ¿por qué se murió?"*. En relación a su hermano Carlos alega *"a veces me pega en la cara, mamá le jala la oreja"*. Indica que se siente *"triste"* cuando su hermano le pega. El dibujo da cuenta del proceso de duelo dentro del cual el alumno se encuentra frente a la muerte de su padre, manifiesta sentimientos de tristeza y cierto grado de incertidumbre en relación al motivo por el cual su padre fallece y de la misma manera se siente un tanto indefenso ante las agresiones por parte de su hermano. El alumno plasma una familia apegada a su realidad, en tanto ya no cuentan con la presencia física de su padre. De la misma manera, es importante recalcar el hecho de que dibuja a su madre del mismo tamaño de su hermano mayor, situación que da cuenta del hecho de que su madre no representa para él la presencia de una figura sólida de autoridad.

Durante el segundo dibujo, se le indica al alumno que plasme cómo sucedió la muerte de su padre. En primera instancia, dibuja a su papá con sangre en el cuerpo y en la parte superior de una línea de llamas de fuego. Dibuja abajo una señora con un machete y refiere *"al frente de mi papá había una señora"*. En la parte izquierda dibuja lo que señala es la camioneta de la policía. En el extremo derecho, diagonal a su padre, dibuja otro hombre con expresión de tristeza. Al explicar lo dibujado relata *"es que en la tele salió que mi papi estaba robando, las personas estaban cerca e hicieron un hueco y lo pusieron ahí a mi papá y a otro señor, mi papá no puedo salir del hueco porque era gordito, el otro señor salió pero lo aplastaron, las personas echaron fuego, la señora lo señaló a mi papi"*. Dicho dibujo manifiesta el alto grado de violencia y agresividad que el paciente le adjudica al suceso de la muerte de su padre, también da cuenta de la impotencia y la frustración que el paciente experimenta en relación a la imposibilidad de

su padre de escapar ante las agresiones. Manifiesta las fantasías y las elaboraciones particulares que el paciente alberga en relación a la muerte de su padre.

❖ PLANIFICACIÓN.

Objetivos en torno al paciente

Posibilitarle al paciente un espacio de escucha, dentro del cual cuente con los elementos, las herramientas y los recursos necesarios para sostener un trabajo en relación a aquello que le cause malestar o conflicto, tanto dentro de la institución como dentro de su entorno familiar.

Brindar al paciente un acompañamiento que le permita sobrellevar la desestructuración familiar producto de la muerte repentina de su padre, y le posibilite atravesar de mejor manera por el proceso de duelo. Se espera que mediante el proceso terapéutico de trabajo el alumno pueda insertarse de manera más acorde a las expectativas de la institución.

Objetivos relacionados a su entorno

- Con la madre del paciente:

Brindarle un lugar de escucha dentro del cual cuente con la posibilidad de expresar aquellas dudas suscitadas en relación a su rol como madre y la dificultad de no contar ahora con una figura paterna presente.

Orientar y ofrecer puntos de guía en relación a la manera en que puede manejarse dentro de la estructura familiar esta repentina muerte y hacer énfasis en la necesidad de buscar vías mediante las cuales se pueda continuar trabajando en relación a la transmisión de los límites y las regulaciones dentro del contexto familiar.

- Con la maestra dirigente del paciente:

Brindar una orientación en cuanto al abordaje del comportamiento de J.D. dentro y fuera del salón, velando por la importancia y la necesidad de buscar mediante la palabra llegar a acuerdos o conciliaciones que le permitan al alumno insertarse de una manera más efectiva dentro del grupo.

Señalar la importancia de que la escuela, frente al proceso de duelo dentro del cual el alumno se encuentra, se convierta en un lugar de soporte y de referentes que le permita sobrellevar dicha pérdida de una mejor manera.

INFORME PSICOLÓGICO No. 2

Guayaquil: 15 de Febrero del 2011

Profesional: Camila Donoso

❖ DATOS DE FILIACIÓN.

Nombre:	K.A.
Edad:	7 años
Escolaridad:	2do de Básica
Nombre de la Madre:	S.Q.
Ocupación:	RRHH y Tesorería- Service & Work S.A.
Nombre del Padre:	R.A.
Ocupación:	Chapero-Induauto
Número de Hijos:	1 (Madre se encuentra embarazada de su 2do Hijo)

❖ PROCEDIMIENTO.

- La primera entrevista fue semidirigida con la maestra dirigente de la paciente, cuya duración fue de 25 minutos y durante la cual manifestó el motivo por el cual derivaba a la alumna a Psicología.
- La segunda entrevista fue de información y contrato con la paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La tercera entrevista fue semidirigida con la paciente, (se utilizó la técnica del dibujo) cuya duración fue de 30 minutos.
- La cuarta entrevista fue semidirigida con la paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La quinta entrevista fue libre con la paciente (se utilizó plastilina), cuya duración fue de 30 minutos.
- La sexta entrevista fue semidirigida con la paciente, (se utilizó la técnica del dibujo), cuya duración fue de 30 minutos.
- La séptima entrevista fue semidirigida con la paciente, cuya duración fue de 25 minutos.

- La octava entrevista fue semidirigida, se realizó con el padre de la paciente, la Psicóloga de planta, la maestra dirigente y la practicante. Su duración fue de 45 minutos.
- La novena entrevista fue semidirigida con la paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La décima entrevista fue semidirigida con la paciente, (se utilizó la técnica del dibujo) cuya duración fue de 30 minutos.
- La décima primera entrevista fue semidirigida, se realizó con la psicóloga de planta y su duración fue de 25 minutos.
- La décima segunda entrevista fue de cierre con la paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La décima tercera entrevista fue de control y/o seguimiento de la paciente, cuya duración fue de 25 minutos.

❖ MOTIVO DE CONSULTA.

La alumna es derivada al departamento de Psicología por su maestra dirigente quien indica que K.A. presenta dificultades dentro del salón debido a que *“trata de llamar la atención, es agresiva, no acepta limitaciones”*. Refiere que la madre de la paciente *“es agresiva con la niña, le pega durísimo, le pega constantemente”* y considera que la alumna se comporta de esta manera debido a que se da una *“agresividad en cadena”*, en tanto ambos padres también se golpean entre sí. Esta situación de agresividad, y las distintas conductas manifiestas por la alumna, se presentan desde el año lectivo pasado, durante el cual la madre fue citada por parte de la institución y advertida de que el maltrato debía finalizar o la escuela tomaría medidas legales.

❖ ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.

La paciente es de nacionalidad americana, nació en la ciudad de Nueva York debido a que su madre se fue a vivir a dicha ciudad luego de separarse de su pareja por un tiempo. En dicho país la madre descubre su embarazo, motivo por el cual decide retornar al Ecuador y unirse nuevamente al padre de la paciente. Es hija única, sin embargo su madre se encuentra actualmente con aproximadamente 7 meses de embarazo.

K.A. proviene de un hogar cuyo nivel socioeconómico es bajo. Su vivienda se encuentra ubicada en Mapasingue. Dentro de ésta, la paciente convive con su padre, su madre y su abuela paterna. Es una vivienda propia, de dos plantas y la paciente comparte el cuarto y la cama con su abuela.

El padre de la paciente trabaja en Induauto, empresa dentro de la cual desempeña el cargo de Chaperó. Su madre trabaja en Service San Juan, donde es responsable del área de Recursos Humanos y tesorería. Ambos padres trabajan desde las 8:00 am hasta las 6:00 pm, razón por la cual su hija queda a cargo de una tía paterna quien la cuida en su casa junto con 3 primos más, cuyas edades son 12, 16 y 20 años. K.A. comparte más tiempo con sus padres durante los fines de semana, días en que aprovechan para pasear en distintos lugares y comer juntos.

La dirigente de K.A. indica que los padres de la paciente se han separado en varias ocasiones debido a la constante agresividad presente en su relación, refiriendo *"la niña me comunicó que la mamá vivía con una prima, este señor le pegaba mucho, los dos parece que eran agresivos"*. De la misma manera, dicha agresividad se proyecta en la relación de ambos padres con K.A., frente a lo cual la maestra alega que se trata de una *"agresividad en cadena"*. Su madre no desea que la citen en el colegio y le dice a K.A. que siempre la hace pasar *"vergüenza"* por los recurrentes llamados por parte de las autoridades. El año anterior la madre asistió a una reunión convocada por la Directora, dentro de la cual se le comunicó que debía dejar de golpear a su hija, caso contrario el colegio debía intervenir legalmente. La maestra alega que aún cuando la alumna saque una baja nota o se comporte mal dentro del salón ella evita enviarle notas en el diario pues está consciente de que su madre actuará golpeando a su hija. De la misma manera no la cita a la escuela pues sabe que no asistirá o en caso de hacerlo también esto tendrá consecuencias de maltrato hacia K.A..

La niña recibe constantes golpes y amenazas tanto físicas como verbales, *"la madre le deja marcas"* explica la maestra quien en varias ocasiones ha observado las señas de los golpes en el cuerpo de la alumna. Este tema se encuentra continuamente presente en el discurso de K.A. quien señala *"a punta de palo quiere que aprenda"*, *"mi mami me aruñó porque no sé restar"*, *"es que se le fue la mano, siempre se le va la mano, tiene las uñas largas"*, *"después me pegó con el látigo"*, *"mi mami dice que me va a bañar en sangre con látigos de cuero"*, *"me tiró una mesa"*.

Cuando su madre le llama la atención, debido a sus notas en la escuela o su comportamiento, se dirige a K.A. con comentarios como *"no estoy hablando con tu trasero"*, *"vuélveme a sacar una mala nota y te recontra que mato"*, *"mi mami me dice que le avise si quiero quedarme en la calle y ser una vaga, una más"*. Su padre le pega *"con la correa, esa correa no duele"*, *"solo me ha dado cocachos"*. La paciente refiere que en ocasiones cuando sus padres discuten su madre se va de la casa por unos días, situación que plasma en un dibujo y que explica diciendo en referencia al mismo *"el papá siempre está triste porque la mamá se va y la hija se siente decepcionada"*.

La paciente manifiesta que cuando su madre la golpea ni su abuela ni su padre intervienen, *"nadie me quiere en esta casa, mi mami ni me presta atención, mi abuelita solo me reta"*, *"que me peguen hasta que me muera"*. Su madre le promete frecuentemente que ya no va a golpearla, sin embargo dicha promesa no es cumplida, *"ya estoy feliz porque ya no me va a pegar"*.

El embarazo de la madre de la paciente ha sido de carácter delicado, razón por la cual ha debido reposar por varios meses. Actualmente K.A. recibe reproches en relación al delicado estado de salud de su madre y amenazas en cuanto a la hermana que pronto va a tener, *"nace en Diciembre, vamos a tener un angelito, yo soy el diablito"*, *"mi papi dice que le va a parar más bola a mi hermanito, al bebé lo va a querer más"*, *"mi mami dice que si se va a la clínica es por mi culpa, que sólo la van a querer a mi hermana"*.

La paciente manifiesta recurrentemente su deseo de que su madre ya no mantenga este tipo de relación con ella, *"que no me pegue, que cambie su actitud, que no sea tan mandona, que no le falte el respeto a mi papi, le pega", "mi papi dice que casa nueva, mujer nueva, nos vamos a cambiar de casa y la bota... es una broma"*.

❖ APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA.

a) Diagnóstico descriptivo

K.A. es de contextura delgada, tez oscura y largo cabello lacio negro. Sus uñas están comidas y se encuentra mudando ciertos dientes. En la mayoría de entrevistas se porta un tanto juguetona y bromista, activa e inquieta, gesticula bastante al hablar, moviendo de manera marcada las manos y los brazos, expresándose con cierta teatralidad. Presenta interés en relación al proceso de trabajo, habla fluidamente y muchas veces realiza preguntas desafiantes y directas. En ciertas ocasiones se muestra pasiva y callada, con sus ojos llenos de lágrimas al hablar sobre la relación con su madre o el trato que recibe en casa.

La madre no desea asistir a las reuniones y citas acordadas por la institución, manifiesta estar cansada de los llamados de atención debido al comportamiento de su hija. No colabora ni se involucra durante el proceso de trabajo puesto que la maestra indica que no desea ser citada y en caso de que lo sea esto la lleva a maltratar a K.A. Dicho distanciamiento entre la madre y la escuela se fortaleció luego de que ésta recibiera un llamado por parte de la Directora del plantel quien le comunicó que en caso de que el maltrato hacia su hija continuara la escuela debería intervenir legalmente. Actualmente la madre se encuentra embarazada de aproximadamente 7 meses, teniendo un embarazo complicado, con *"amenaza de aborto"*, tal como indica su esposo. Razón por la cual ha debido guardar reposo y dejar de trabajar por un lapso de tiempo hasta la estabilización de su salud. Debido a ésto ha delegado el cuidado de K.A. a su esposo.

El padre es de contextura delgada y de gran altura. Debido a sus horarios de trabajo se le dificulta acudir a las citas acordadas. Sin embargo, cuando asiste denota un cierto grado de desinterés y cierta indiferencia en relación al maltrato que recibe su hija por parte de su esposa. Indica que los llamados de atención ya no se hacen de esta manera, sino que por el contrario, intentan hablar con su hija. La maestra indica que debido al embarazo riesgoso de su esposa, ésta ha dejado a cargo a su esposo del cuidado de K.A., tanto en sus necesidades básicas como en las tareas escolares.

b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con síntomas histéricos y rasgos depresivos.

- **Síntomas Histéricos:** La paciente muestra teatralidad, exageración al momento de hablar y expresarse. Dentro del salón de clase busca llamar la atención, parándose y conversando constantemente. Cuando se la va a buscar al salón corre rápidamente a la puerta, antes de que la profesora lo indique y a la espera de que la dejen salir.
- **Rasgos depresivos:** La paciente se siente triste debido al trato que recibe por parte de su madre. En ciertos momentos sus ojos se llenan de lágrimas cuando manifiesta la manera en que sus padres la agreden verbal y físicamente. Experimenta cierto sentimiento de vacío y abandono debido a que considera que en su casa nadie la quiere. Muestra una disminución acusada del interés en relación a sus estudios y obligaciones escolares.

c) Mecanismos Defensivos

- **Represión:** Reprime sentimientos dolorosos en relación a los vínculos que caracterizan su estructura familiar y al maltrato del cual es víctima constantemente.
- **Conversión:** La alumna canaliza y manifiesta a través de su cuerpo lo insoportable que le resulta a nivel inconsciente el constante maltrato que se ve expuesta dentro de su entorno familiar. K.A. se muestra sumamente inquieta dentro y fuera del salón, se para sin el permiso de la maestra, conversa continuamente y en ocasiones es agresiva con sus compañeros.
- **Introyección:** Experimenta alto grado de culpabilidad debido a los constantes reproches y agresiones por parte de su madre, situación que se presenta a lo largo de su discurso, *"mi mami dice que si se va a la clínica es por mi culpa, que sólo la van a querer a mi hermana"*, *"nadie me quiere en esta casa, mi mami ni me presta atención, mi abuelita solo me reta"*, *"que me peguen hasta que me muera"*.
- **Proyección:** La hostilidad, el temor y la agresividad que experimenta en relación a la figura materna, la orienta o canaliza hacia los otros que la rodean, ya sean sus compañeros del salón o la Psicóloga. *"Ésta es usted (muñeco hecho con plastilina), le voy a sacar un ojo. El otro. Se quedó ciega. Le voy a sacar el pelo. ¿No le duele? Le voy a arrancar la cabeza. ¿No le duele? Le voy a sacar lo que tiene en el ojo. ¿No le duele?"*.
- **Racionalización:** En relación al hecho de que sus padres le reprochan constantemente que a su hermana la van a querer y a cuidar más que a ella y que si se va de la casa nadie la va a extrañar. Frente a esto ella indica *"mi papi dice que le van a parar más bola"*.

a mi hermana, al bebé lo van a querer más. A mí no me importa porque así debe ser, le deben dar más atención que a un adulto, alguien grande como yo, porque es un bebé”.

❖ ANÁLISIS GENERAL DE LOS DIBUJOS.

Para la valoración psicológica y el análisis del caso, se utilizó la técnica del dibujo. En primera instancia se aplicó el dibujo de la familia y luego el dibujo libre. Dentro del dibujo de la familia, la alumna realiza tres personajes, en el lado izquierdo sitúa a *“la hija”*, en el medio *“la mamá”* y en el lado derecho *“el papá”*. En la parte superior de cada persona escribe varias palabras. Encima de la hija escribe *“triste, feliz, decepcionada”*. Refiere que la hija se siente *“no tan feliz a veces, porque saco malas notas”*. En cuanto a la mamá, señala *“mamá se va a veces”, “a veces la mamá se va de la casa y la hija y el papá se quedan en la casa”*. Encima del papá señala *“triste”* e indica *“él siempre está triste porque mamá se va y la hija se siente decepcionada”*. Al preguntarle la razón por la cual su madre se va de la casa refiere *“no sé, para no ver mi carota, porque saco malas notas”*. El dibujo realizado por la alumna da cuenta del alto grado de culpa y sentimiento de abandono que experimenta en relación a su madre, de la misma manera denota cierta inseguridad en relación a la estabilidad dentro de su estructura familiar, teme que su madre se vaya o que su padre la deje. Alega que si su madre se va es debido a ella y esto la lleva a sentirse triste y decepcionada. De la misma forma el dibujo denota cierta ambivalencia en tanto escribe que se siente *“feliz, triste”*, indica que se encuentra comiendo helado, situación que da cuenta de los momentos en que sí experimenta afectos positivos dentro de la dinámica familiar.

Dentro del otro dibujo libre, la alumna realiza, de la misma manera, a las personas que viven en su casa, indica que son *“abuelita, mamá, papá”*. Dibuja un perro y refiere *“vamos a tener un perrito, se va a llamar cococha, ese nombre ya está pasado de moda”*. Dibuja también a quien indica es el *“novio”* de su abuela. Es importante mencionar que a la *“hija”* le pone una expresión de tristeza, situación que manifiesta claramente la forma en que se siente debido al constante abuso y maltrato tanto físico como verbal que recibe por parte ambos padres, en la mayoría de los casos, por su madre. Señala *“mi mami no me he pegado, ya van cuatro semanas que no me pega... un millón de semanas, mi mami me prometió que no me va a pegar, sólo me va a castigar”*. En el reverso de la hoja traza líneas horizontales e invita a la practicante a adivinar las palabras. Al momento en que ésta no acierta dibuja una parte del cuerpo, indicando *“¿se quiere morir?, le faltan las patitas, todavía no se ha muerto, ya está a punto de morir, murió (mientras ríe), murió frágilmente”*. Al final del juego, ha dibujado dos personas ahorcadas y con expresiones de muerte, situando dos equis en sus ojos.

Dicha situación da cuenta de una proyección de los sentimientos de impotencia, hostilidad y frustración que experimenta en relación a una figura materna abusiva y amenazante, sentimientos que no puede expresar directamente hacia la misma, por temor a ser agredida nuevamente. La figura materna se presenta como una figura de una autoridad arrolladora, que recurre al maltrato para la transmisión imperante de los límites. Se trata de un entorno familiar violento, cuyos vínculos no le brindan sostén a la paciente, sino que contrariamente, la ubican

en un lugar de rechazo, lugar dentro del cual la paciente se siente desprotegida y desvalida frente a una madre intimidante y un padre que por un lado también la agrede y por el otro no interviene como corte en esta relación patológica de constantes abusos por parte de la madre hacia su hija.

❖ PLANIFICACIÓN.

Objetivos en torno al paciente

- Prestar a la paciente los elementos y recursos necesarios para que pueda expresar aquello que le causa malestar o conflicto en relación a los vínculos dentro de su estructura familiar, para que de esta forma logre también insertarse en el entorno escolar de mejor manera.
- Brindarle a la paciente un lugar de escucha dentro del cual ésta encuentre un soporte que la sostenga y le permita trabajar en relación a un entorno familiar que la agrede, amenaza, descuida y maltrata.

Objetivos relacionados a su entorno

- Con los padres de la paciente:

Brindarles un lugar de escucha dentro del cual las figuras parentales cuenten con la posibilidad de decir aquellas dudas y dificultades que les causan angustia en relación a sus roles como padres.

Posibilitar que se cuestionen sobre la manera en que hasta ahora han intentado transmitir a K.A. los límites y regulaciones, es decir, a través del maltrato tanto físico como verbal.

Se busca también orientarlos, en la medida que sea necesario, para que puedan surgir dentro de la estructura familiar en la que están inmersos, vías de comunicación y de transmisión de reglas y de normas, dentro de las cuales la palabra y el sujeto prevalezcan ante el maltrato y el abuso.

- Con la maestra dirigente:

Brindar una orientación que le permita comprender el por qué del comportamiento de K.A. dentro del salón de clase. También es necesario establecer la forma en que convendría abordar este caso al momento en que se presenten problemas dentro del salón, insistiendo siempre en el hecho de que la escuela debe convertirse en aquél lugar que le brinde a K.A. los referentes y soportes que necesita, referentes que no logra encontrar dentro de su círculo familiar.

INFORME PSICOLÓGICO No. 3

Guayaquil: 15 de Febrero del 2011

Profesional: Camila Donoso

❖ DATOS DE FILIACIÓN.

Nombre:	S.P.
Edad:	7 años
Escolaridad:	1ro de Básica
Nombre de la Madre:	S.S.
Ocupación:	Asesora Comercial Empresa Megamicro
Nombre del Padre:	M.P.
Ocupación:	Contador Blanco Electrónica S.A
Número de Hijos:	1

❖ PROCEDIMIENTO.

- La primera entrevista fue semidirigida con la maestra dirigente del paciente, cuya duración fue de 25 minutos y durante la cual manifestó el motivo por el cual derivaba al alumno a Psicología.
- La segunda entrevista fue semidirigida con la madre del paciente, cuya duración fue de 50 minutos.
- La tercera entrevista fue de información y contrato con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La cuarta entrevista fue semidirigida con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La quinta entrevista fue semidirigida con el paciente (se utilizó la técnica del dibujo), cuya duración fue de 30 minutos.
- La sexta entrevista fue semidirigida con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La séptima entrevista fue semidirigida con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La séptima entrevista fue semidirigida con el paciente (se utilizó la técnica del dibujo), cuya duración fue de 25 minutos
- La octava entrevista fue de cierre con el paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La décima entrevista fue de control y/o seguimiento con la madre del paciente, cuya duración fue de 50 minutos.

❖ MOTIVO DE CONSULTA.

El paciente es derivado al Departamento de Psicología por su maestra dirigente, quien indica que *"es un poco inmaduro, pudiéramos pensar que es de 5 o 6 años, es sumamente inquieto, no para, participa pero rara vez bien"*. Refiere que uno de sus mayores problemas es la evidente *"distracción"* que presenta dentro del salón de clase, *"conversa en clase, no logra concentración al momento de trabajar"*. Dichos problemas se presentan aproximadamente desde el inicio del año escolar.

❖ ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.

S.P. es hijo único, proviene de una familia de clase social media baja. Su hogar está ubicado en Sauces III. En su domicilio convive con su madre, su abuela y tía de 25 años de edad, ambas del lado materno. S.P. ve a su abuelo materno cada dos semanas. En relación a éste la madre del alumno indica, *"le tiene terror al abuelo materno, este 3er año no lo va a ver tanto"*.

La madre quedó embarazada inesperadamente de S.P. a los 23 años de edad y su pareja dejó que ella tomara la decisión de culminar o no con el embarazo. La relación de ambos era de carácter extramarital, tal como lo indica la madre, *"él era un hombre casado, él pretendía que fuera la amante, él quería seguir conmigo, pero no como su esposa", "no estoy con el papá desde que nació"*. Actualmente ya no son pareja. Hasta los 4 años de edad, S.P. veía a su padre cada tres meses. Desde los 5 años en adelante lo ve aproximadamente una vez al año. La madre refiere nunca hablarle mal a su hijo de su padre y explicarle que éste lo ama mucho. Sin embargo, considera que S.P. *"no tiene mucho la figura del papá"*. Indica que desde el momento que nació S.P. ella no ha mantenido otra relación con ningún otro hombre, *"desde que nació mi hijo no tengo a nadie", "solamente mi atención es para él, no tengo una pareja que atender", "si es mi mundo, es mi mundo y mi hijo", "es como que él es mi hermano, siempre he tenido la confianza de él, pero sin abusar, así como Dios", "yo nunca lo dejo solo", "siempre me ha visto sola"*. Indica que su hijo le dice *"tú solamente eres mía"*. Explica que ella es *"muy sobreprotectora", "estoy trabajando en eso"*.

Su madre es cristiana, trabaja en el área de ventas de una empresa llamada Megamicro y llega a la casa aproximadamente a las siete de la noche. Los días domingos va a la iglesia con su hijo. Entre semana, S.P. pasa todas las mañanas solamente con su abuela, quien según su madre, lo consiente en exceso. Indica que S.P. es *"súper consentido de la abuelita, le hace berrinches"* y que *"antes le alzaba la mano a la abuela"* y le decía *"tú eres loca, le hace cosquillas, le jala el pelo"*. La madre refiere que en ocasiones tuvo inconvenientes con S.P. al momento de intentar establecer los límites en el hogar, debido a que la abuela desautorizaba lo que ella decía, engriendo a S.P. desmedidamente. Alega que esta situación ha mejorado en cierta medida, pero que *"todavía hay dificultad con la abuelita para que le obedezca, pasa todo el tiempo con ella, la abuela lo baña, lo viste, es su único nieto y el único varón"*. Durante las tardes S.P. suele ver televisión y realizar las tareas que su madre le deja por hacer, *"le dejo haciendo planas"*. La madre explica *"él se siente solo, él necesita escuchar que no está solo"*. Alega que no deja que

S.P. salga a jugar a la calle pues tiene temor que algo le suceda, *"no juega en la peatonal, se me cae"*.

Refiere que actualmente está trabajando en el aspecto de la autoridad con su hijo, *"antes no me obedecía, si le doy un solo correazo obedece"*, *"S.P. sabe que mi palabra se respeta"*, *"yo soy mamá y papá"*, *"siempre le hago hincapié en Dios"*, *"en lo que es autoridad está avanzando, él no me hace caso en el primer llamado, sino en el tercero, he avanzado, antes no me hacía caso ni en el tercero"*, *"antes no podía decirle no, ahora sí, antes era más débil"*. Refiere que su hijo *"está como a gritos pidiendo la autoridad, del papá"*. Explica que S.P. es un niño *"muy hiperactivo"*, pero que al momento de llamarle la atención no se le debe gritar, *"hemos quedado que no yo no le grite, él cuando le gritan se irrita, a él es todo explicándole"*. Señala también que a su hermana Yadira le hace caso, sin embargo ella *"lo irrita, lo hace enojar, es bien inmadura, tiene 25 años pero parece de 14"*. Refiere que su hermana y S.P. pelean frecuentemente.

En ocasiones, su padre se contacta vía telefónica con S.P. y le ordena que primero debe estudiar para luego poder jugar. La madre indica que ella no considera que S.P. se sienta triste por la ausencia de su padre, sino que se ha acostumbrado a llamarlo *"cuando quiere algo"*. La madre mantiene contacto con el padre desde Junio del presente año, *"comenzamos a hablar por el bebe"*. La madre desearía que S.P. frecuentara más a su padre, refiere *"papá es papá"*. Indica que éste aporta con setenta dólares al mes para los gastos que genera S.P. Explica que pudiera subirle la pensión, sin embargo comenta *"eso es tenerlo de enemigo, cuando yo lo presiono se pone enojado"*

En cuanto al área pedagógica, la madre indica que S.P. estuvo con Psicopedagoga para trabajar en relación a mejorar su concentración. Refiere que desea ponerlo un par de horas en clase los días sábado para que así pueda nivelarse y que en las vacaciones va a meterlo en un curso de batería o fútbol, así como también sacarlo al parque a pasear.

❖ APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA.

a) Diagnóstico descriptivo

S.P. es un niño de contextura gruesa, tez blanca y cabello negro. Tiene un lunar de carne en el lado izquierdo de su frente desde el momento de su nacimiento. Durante las entrevistas, muestra inquietud motora, mueve constantemente las piernas y los brazos, cualquier ruido o acontecimiento menor llama su atención y pierde la concentración con facilidad. Por lo general, lleva un objeto a las sesiones, ya sea un juguete, un lápiz, un papel, con el cual juega mientras habla. Tiende a pararse y volverse a sentar varias veces. Sin embargo, esto no le impide mostrarse colaborador a lo largo de todo el proceso de trabajo.

La madre muestra un buen cuidado personal, es de contextura gruesa, tez blanca y cabello negro. Por motivos de su trabajo indica que es necesario se le avise con anticipación de tres días mínimo cuando se la vaya a citar. Cuando asiste a las entrevistas se muestra sumamente dispuesta a colaborar con el proceso de trabajo. Habla fluidamente y únicamente hace pausas

cuando se realiza una intervención. En su discurso, hace constantemente énfasis en el hecho de que S.P. es todo para ella y desde el momento que nació él ha sido su única y principal prioridad.

b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con síntomas histéricos y rasgos depresivos.

- **Síntomas Histéricos:** El paciente frecuentemente realiza berrinches en su hogar con su abuela materna, debido a que ésta es quien lo cuida. Es extremadamente consentido por la misma y en caso de que ésta no realice lo que él desea, reacciona de dicha manera. El paciente adopta conductas para llamar la atención como inquietud constante, distracción, desobediencia, etc.
- **Síntomas depresivos:** El paciente muestra irritabilidad al momento en que se le llama la atención por medio de los gritos o los llamados de atención fuertes. Su madre alega que debe explicarle las cosas, puesto que si le grita él se irrita y le pide que no le grite. De la misma manera, la madre refiere que al paciente no le gusta estar solo, en ocasiones, debe prenderle la televisión para que escuche los programas y de esta manera no se sienta solo, de lo contrario, el paciente se siente mal.

c) Mecanismos Defensivos

- **Represión:** El alumno reprime sentimientos dolorosos en relación a la ausencia de la figura paterna y al hecho de que hace unos años atrás solía ver a su padre frecuentemente, sin embargo, actualmente éste no lo visita y únicamente se limita a velar por sus necesidades económicas. Se trata de un padre que no le brinda los referentes y el soporte necesario que dicha figura debe brindar, no existen vínculos afectivos fuertes y sólidos entre ambos.
- **Negación:** El alumno pretende ignorar la realidad displacentera y desagradable de no contar con su padre como lo hacía anteriormente. Busca no enfrentarse a dicha situación, dice no extrañarlo mucho y su madre indica que no se muestra triste por la ausencia de su padre.
- **Conversión:** En ocasiones, cuando el alumno se encuentra en su hogar con su abuela, en caso de que ésta no tome en cuenta lo que él desea o exige, se presentan cambios abruptos de humor en lo que S.P. realiza berrinches por no obtener lo que quiere. De la misma manera, su madre refiere que cuando se le llama la atención a veces se muestra "histérico", tal como lo indica ella, frente a dichos llamados y realiza actos como salir de la casa sin permiso. S.P. muestra a través de su cuerpo un alto grado de inquietud el cual le permite canalizar su conflictiva familiar.

- **Introyección:** El alumno alberga inconscientemente sentimientos de culpa y de abandono debido al hecho de que hasta los cuatro años de edad solía ver a su padre cada tres meses, sin embargo, desde los cinco años de edad ésta figura se ha vuelto casi completamente nula.
- **Regresión:** El alumno presenta, en ocasiones, conductas y comportamientos infantiles acorde a su edad cronológica. Su maestra indica que se muestra como un alumno "inmaduro", de la misma manera S.P. suele realizar "berrinches" en su hogar cuando no está de acuerdo con determinado llamado de atención u orden de algún adulto.

❖ ANÁLISIS GENERAL DE LOS DIBUJOS.

Se utilizó el dibujo como herramienta para la valoración psicológica del caso. Se le indica al alumno que dibuje una familia. Dentro del dibujo S.P. realiza 4 personas, un gato y una casa. En la parte superior de cada personaje escribe su nombre. En primer lugar se dibuja a él, luego a su mamá "Chirley" (Shirley), seguido de su abuela "Anavel" (Anabel), su gato "Emiliano" y finalmente a su tía "Jadira" (Yadira). El dibujo da cuenta de la ausencia de una figura paterna dentro de su entorno familiar. De la misma manera, es importante mencionar, que se dibuja a él en una postura de superioridad, con sus brazos alzados y su cuerpo un poco más grande que el del resto de los personajes, únicamente dibuja su rostro más no el de los demás personajes. Resulta significativo mencionar que S.P. percibe, en cierta medida, la relación con el resto de miembros de su familia, como una relación de iguales, más no percibe en ellas figuras de autoridad. Esto se relaciona también con el hecho de que su madre, debido a la excesiva cercanía y sobreprotección que ejerce en S.P., aún no logra transmitir de manera efectiva las limitaciones y regulaciones dentro del hogar.

❖ PLANIFICACIÓN.

Objetivos en torno al paciente

- Brindar al paciente un lugar de escucha dentro del cual cuente con el espacio, los elementos y los recursos necesarios que le faciliten un trabajo en relación a una estructura familiar disfuncional, dentro de la cual la figura del padre no se presenta como un padre que sostiene, que acompaña, que guía, que vela por el bienestar de su hijo, sino que por el contrario, se trata de un padre cuya presencia es fluctuante y la mayoría del tiempo es casi completamente ausente y nulo. Frente a dicha situación, se busca trabajar con el alumno en relación a los posibles conflictos y malestares que eso le produce.
- De la misma manera, se busca que mediante el proceso terapéutico de trabajo el paciente logre bajar los niveles de ansiedad e inquietud que le causa esta presencia-ausencia de la figura paterna y que dicha disminución se proyecte no solo a nivel familiar

sino también escolar. De esta manera el alumno logrará insertarse en su entorno educativo de una mejor forma.

Objetivos relacionados a su entorno

- Con la madre del paciente:

Brindarle a la madre un lugar de escucha dentro del cual pueda también trabajar en torno a la relación materno-filial con S.P., para que de esta manera logre realizar un mayor corte o distanciamiento en dicha relación sobreprotectora y así exista una transmisión de la autoridad más efectiva.

De la misma forma, prestarle los elementos para que pueda trabajar en relación a aquellas dudas y dificultades que producen cierto nivel de angustia en relación a su rol como madre y al hecho de no contar con una figura paterna permanente y sólida.

- Con la maestra dirigente del paciente:

Prestar una orientación o guía que le posibilite comprender y abordar de manera más efectiva el caso de S.P. tanto dentro como fuera del salón de clase. Insistiendo siempre en la importancia de que la palabra y la escucha prevalezcan ante una transmisión de los límites totalmente imperante.

INFORME PSICOLÓGICO No. 4

Guayaquil, 15 de Febrero del 2011

Profesional: Karla Rodríguez.

❖ DATOS DE FILIACIÓN.

Nombre: D.R.
Edad: 10 años
Escolaridad: 4To. Básica Vespertina
Fecha de Nacimiento: 07/12/2000
Dirección: Chongón, km. 24 vía a la Costa, sector la Marín.
Nombre de la Madre: E.R.
Ocupación: Comerciante
Nombre del Padre: A.M. (Fallecido)

❖ PROCEDIMIENTO.

- La primera entrevista semidirigida con el paciente, cuya duración fue de 20 minutos.
- La segunda entrevista fue semidirigida informativa y de contrato con el paciente, cuya duración fue de 35 minutos.
- La tercera entrevista fue semidirigida con la abuelita del paciente, cuya duración fue de 40 minutos.
- La cuarta entrevista con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La quinta entrevista fue libre con el paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La sexta entrevista fue semidirigida con el paciente cuya duración fue de 25 minutos.
- La séptima entrevista fue semidirigida con la abuelita del paciente, su duración fue de 20 minutos.
- La octava entrevista fue semidirigida de cierre con el paciente, dibujo de la familia, su duración fue de 35 minutos.
- La novena entrevista fue de seguimiento con una duración de 35 minutos.
- 8 entrevistas terapéuticas, de 20 a 45 minutos aproximadamente.
- 1 entrevista de cierre de 35 minutos.
- 1 entrevista de control y/o seguimiento de 35 minutos.

❖ MOTIVO DE CONSULTA.

El alumno es derivado a la consulta por la profesora, debido a que la profesora encuentra al niño muy triste, indica además que la madre del alumno refiere que su hijo está “terrible”, “yo lo veo a D.R. muy inestable”, refiere la profesora; “no quiere hacer nada en clases”, “dice que extraña mucho a su mamá, a veces no le quiere hacer caso a la abuelita, no quiere hacer nada en casa tampoco”. El paciente presenta estos síntomas desde el inicio del año escolar, es decir desde que su madre tuvo que ir a trabajar a otra ciudad por motivos económicos.

❖ ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.

El alumno proviene de un nivel socio económico medio bajo, su hogar está ubicado en Chongón, vía a la Costa. Su padre murió cuando el paciente tenía dos años. “El papá estudiaba en la ESPOL, murió en un accidente de tránsito, saliendo de la universidad, le daba clases de matemáticas a la mamá de D.R.”.

La madre del paciente labora en el Oriente, “la mamá no trabaja aquí, trabaja en Lago Agrio”, “desde hace seis meses que no ve a su mamá”. Sin embargo, el paciente refiere que “sí he hablado con ella” (se refiere a su mamá), “ella me dice que ya falta poco para que termine el trabajo”, “le he dicho que la extraño”.

En cuanto al vínculo que mantiene el paciente con su madre, él menciona frecuentemente que extraña a su mamá y que quisiera que ella regrese a la casa con él, “extraño mucho a mi mamá, tengo miedo de que algo malo le pase, la veo a veces cuando me viene a visitar, se fue a trabajar allá (Lago Agrio)”. El alumno menciona muy triste, que su madre le dice a él “que acá no hay trabajo, pero yo pienso que sí”, dice D.R. (triste, se le quiebra la voz). Sin embargo, la madre del paciente trata de calmar a D.R. diciéndole que va a regresar y que no se preocupe, “ella me dice que sí va a venir”.

Además, D.R. indica que le gustaría pasar más tiempo con ella y verla más seguido, “ya tengo dos semanas que no hablo con mi mami, yo le mandé un mensaje a su celular pero no me contestó” (se le quiebra la voz). “Mi tío dice que debe ser por la señal”, “a veces tengo malas notas porque no me concentro, mientras hago los deberes pienso en mi mami” (se pone triste y lloroso), “me da miedo de que algo malo le pueda pasar, que le roben o algún accidente”.

El alumno indica que “vivo con mi abuelita y mis tíos”, mantiene una buena relación con sus dos tíos, ya que como la abuela del paciente indica “a mis dos hijos les dice ñaños, se lleva muy bien con ellos, sobre todo con el de 24, Ángel, que es el que pasa más tiempo en la casa con él”.

El paciente mantiene una buena relación con su abuelita, “mi abuelita no me reta mucho, sólo me habla, mi abuelita les explica a ellos por qué hago las cosas”, refiriéndose a sus dos tíos.

El alumno también da cuenta en su discurso de la problemática que viven sus abuelos, ya que menciona que “cuando mi abuelita estaba triste, ella se encerraba en su cuarto y se ponía a llorar, yo me quedaba en mi cuarto”.

D.R. mantiene una buena relación con su abuelo, ya que sí tiene contacto con él, a pesar de que ya no vive con él en la misma casa, de acuerdo a lo que la abuela indica *"al abuelo le dice papá, se lleva bien con él, dice que se le ha ido"*. D.R. refiere que *"yo si hablo con mi abuelito, a veces salía con él y con mi mami", "creo que mis abuelitos se divorciaron"; "cuando viene mi mami salgo con mi abuelito, vamos a pasear, a comer algo"*.

El estado depresivo en el que se encontraba la abuelita del paciente se debe a una ruptura repentina con su esposo, tal como ella indica en la entrevista, su esposo la dejó y vive ahora con sus dos hijos y D.R.; *"Mi esposo me abandonó en Octubre del año pasado, en Enero entré en una grave depresión", "supongo que ver a su abuelita así triste le ha de haber afectado, él me veía llorar cuando estaba en mi cuarto sola, me echaba a llorar o a veces en un rincón estaba"*.

La abuelita mantiene una buena relación con el alumno, ya que indica que D.R. es un buen niño, es tierno y cariñoso, *"D.R. para mí es la personita más importante que tengo en mi vida, es mi todo, todos lo queremos mucho, todos andamos pendiente de él"*, la abuelita también refiere que *"D.R. es un niño muy reservado, es como el papá, así era el papá, no habla mucho, no expresa mucho lo que siente"*.

En cuanto al desenvolvimiento del paciente en el hogar, la abuelita indica que *"él hace los deberes solo, no le gusta que yo lo ayude, dice que él puede hacerlos solo"*. Además, menciona que es un niño muy independiente e inteligente; *"en la casa D.R. está bien, él hace los deberes solo, no hay problema en ese aspecto, yo no tengo que estarle diciendo a cada rato lo que tiene que hacer"*. *"En la familia siempre hemos tratado de cuidar y proteger a D.R., le hemos dado un ambiente donde hay amor, calor familiar y protección"*.

En cuanto a sus estudios, el paciente ha mejorado sus calificaciones, la profesora ya no lo ve tan triste como antes lo estaba, debido a la ausencia de su madre, además el niño atiende un poco más a la clase y mantiene una buena concentración.

Sin embargo, a lo largo de su discurso se pudo identificar cierto temor con los accidentes de carro, *"me da miedo de que algo malo le pueda pasar, que le roben o algún accidente"*. *"una vez iba a cruzar la calle y no vi que un carro iba a pasar, por suerte ellos me cogieron y me dijeron que tenga cuidado, qué sería de mi sin ellos, no me cuidaran y que por eso no me pueden dejar solo"*, refiriéndose a los tíos.

Sin embargo, la abuela del paciente indica que este temor proviene de lo que escucha a su tío hablar de su trabajo, *"eso de los accidentes lo ha de decir porque uno de mis hijos trabaja con grúas y conversa delante de D.R., a lo mejor ha de haber escuchado de que se puede tener accidentes y que es un trabajo peligroso, mi hijo es rescatista"*.

El paciente menciona que estas ideas de muerte en relación a su madre provienen de la forma en que murió su padre, en un accidente de tránsito, *"él murió en un accidente de carro, lo atropellaron justo cuando iba a graduarse a la ESPOL, lo extraño mucho"* (se le quiebra la voz, ojos llorosos); el alumno mantiene un temor de perder a su madre, debido a su actual ausencia

en la vida del niño, a pesar de que la madre del paciente, lo llama por teléfono constantemente, *“me da miedo que a mi mami le paso algo malo, algún accidente como le pasó a él, tengo miedo de que se muera”*.

Actualmente, el paciente vivió un accidente de carro, en fin de año, con su mamá y sus tíos, *“pasé fin de año con mi mami y mis tíos, pase muy bien, pero el día sábado un carro nos chocó y por suerte a mi no me paso nada, solo tengo un moretón, mi tío se fracturó una costilla porque le duele, ya está un poco mejor, mi abuelita estaba muy triste, se ponían a llorar, eso me ponía triste a mi también por lo que le pasó a mi tío”*; *“a mí no me pasó nada porque mi mami me hizo a un lado, me dijo: sal de aquí D.R., me empujó hacia afuera del carro”*. El paciente indica además, que ya se siente un poco mejor, porque antes se ponía triste al ver a su abuelita triste, por el estado actual de uno de sus tíos, el cual se fracturó gravemente *“pero mi abuelita ya está mejor, ya no está tan triste, yo me siento mejor, luego de hablar con usted, mejor que ayer”*.

❖ APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA.

a) Diagnóstico descriptivo

D.R. es de contextura gruesa, denota un adecuado cuidado personal, se lo observa muy cuidadoso con su imagen personal, así como también en su forma de expresarse. En varias ocasiones se observó a D.R. algo afligido, triste y cabizbajo por la ausencia de la madre durante estos últimos meses, incluso en su discurso cuando el paciente mencionaba que extrañaba a su mamá.

Durante las sesiones no mostraba inquietud motora, permanecía tranquilo y hablaba muy poco, la mayoría de veces, sólo monosílabos. En relación a su actitud, se mostraba dispuesto a realizar las actividades que se le pedían como los dibujos; sin embargo, cuando se menciona el tema relacionado a la ausencia de su madre, se le quebraba la voz y en ocasiones lloraba cuando conversaba acerca del distanciamiento que ha vivido con su madre. La abuela y los tíos del paciente representan en la vida de D.R. un apoyo emocional para el niño frente a la tristeza que vive por la ausencia del lazo afectivo que tiene con su madre.

La abuela denota un muy buen cuidado personal, es de contextura delgada, se la observa tranquila, algo triste y llorosa. Durante las sesiones la abuelita de D.R. se mostró colaboradora y contestaba las preguntas tranquilamente, aunque en algunas ocasiones con cierta actitud defensiva, diciendo que todo estaba bien en casa y que no había nada por qué preocuparse. Vive con sus dos hijos y se separó del esposo hace algunos meses, lo cual produjo su estado depresivo actual.

b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente histérico con síntomas depresivos y con rasgos obsesivos.

- **Síntomas Histéricos:** Teatralidad, comportamiento inquieto en la casa y en la escuela. Por ejemplo: cuando no hace los deberes, no quiere hacerlos, en la escuela no copia las tareas y ha bajado su rendimiento escolar.
- **Síntomas depresivos:** irritabilidad, tristeza, inestabilidad emocional, debido a la repentina ausencia de la madre del hogar, por motivos de trabajo. Durante las sesiones lloraba cuando mencionaba algo relacionado a su madre, además el paciente indicaba que la extrañaba mucho.
- **Rasgos obsesivos:** debido a la forma en que el padre del paciente falleció, D.R. tiene ideas obsesivas y repetitivas en relación a los accidentes de tránsito, mantiene cierto temor de que a su madre le ocurra el mismo accidente que a su padre y muera como él.

c) Mecanismos Defensivos

- **Introyección:** cuando piensa que a su madre le puede pasar lo mismo que a su padre, mantiene este temor en relación a los accidentes de tránsito y que su madre muera de la misma forma que su padre. Además cuando observa a su abuelita triste, el paciente como menciona en las entrevistas, también se siente triste cuando ve en ese estado a su abuela.
- **Represión:** El paciente reprime en cierta medida este sentimiento doloroso causado por la ausencia de su madre, es por esto que manifiesta su malestar en su comportamiento triste en el salón de clases.
- **Conversión:** El paciente con su actitud indiferente a su desempeño escolar, manifiesta algo de su conflictiva. Durante las sesiones, a través de su postura cabizbaja y su desgano canaliza sentimientos de tristeza resultantes de su problemática familiar.
- **Inhibición:** cuando decide no hacer nada en clases, no copia la clase ni los deberes, no presta atención a la profesora, como resultado de lo doloroso que es para el paciente la ausencia de la madre.

❖ ANÁLISIS DE LOS DIBUJOS

Para la valoración psicológica el paciente realizó el dibujo de la familia, el cual partir del discurso del niño sobre el dibujo, da cuenta de ambiente familiar adecuado cargado de cierta afectividad, que le permite al niño sentirse miembro activo dentro del vínculo familiar; sin embargo es importante mencionar que a partir del dibujo se puede observar cierta disfuncionalidad de los vínculos familiares, por la distancia entre los miembros de la familia, debido a su actual situación económica, que de acuerdo al discurso del paciente, se relaciona con la separación de los miembros, como es su tío y su madre que han tenido que trabajar fuera de la ciudad, lo que implica alejarse del hogar por cierto tiempo; así como también la repentina ausencia de su abuelo.

❖ PLANIFICACIÓN

Objetivos en torno al paciente

- Lograr que el paciente asimile de mejor forma la ausencia de la madre en el hogar, debido a la necesidad económica que enfrenta la familia, lo cual hace que la madre tenga que trabajar fuera de la ciudad. Además es importante que el paciente asuma de mejor manera su actual situación para que no le siga afectando emocionalmente esta ausencia de la figura materna.

Objetivos relacionados a su entorno

- Con la abuela del paciente: que pueda resolver de mejor manera sus conflictos emocionales a partir de la ruptura con su esposo, para evitar de esta forma que D.R. observe esos estados depresivos de su abuela y evitar que él se entristezca también.

INFORME PSICOLÓGICO No. 5

Guayaquil, 15 de febrero del 2011

Profesional: Karla Rodríguez.

❖ DATOS DE FILIACIÓN.

Nombre: J.M.
Edad: 10 años
Escolaridad: 4To. Básica Vespertina
Dirección: Mapasingue Oeste, calle 7ma. y Callejón 3ero.
Nombre de la Madre: M.S.
Ocupación: Ama de casa
Nombre del Padre: D.M.
Ocupación: Taxista

❖ PROCEDIMIENTO

- La primera entrevista fue semidirigida con el paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La segunda semidirigida con la madre del paciente, cuya duración fue de 35 minutos.
- La tercera entrevista fue semidirigida, informativa y de contrato con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La cuarta entrevista fue semidirigida con la madre del paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La quinta entrevista fue libre con el paciente, dibujo de la familia, cuya duración fue de 15 minutos.
- La sexta entrevista fue libre con el paciente, concluyó dibujo de la familia, cuya duración fue de 40 minutos.
- La séptima entrevista fue libre con el paciente, su duración fue de 40 minutos.
- La octava entrevista fue semidirigida con el paciente, su duración fue de 30 minutos.
- La novena entrevista fue libre con el paciente, realizó un dibujo, su duración fue de 40 minutos.
- La decima entrevista fue libre con el paciente, su duración fue de 20 minutos.
- La onceava entrevista fue libre, de cierre con el paciente, su duración fue de 20 minutos.
- La doceava fue de seguimiento con la madre del paciente, su duración fue de 30 minutos.
- 12 entrevistas terapéuticas, de 15 minutos a 40 minutos aproximadamente.

- 1 entrevista de cierre con el paciente de 20 minutos.
- 1 entrevista de seguimiento de 30 minutos.

❖ MOTIVO DE CONSULTA.

El alumno fue derivado por la profesora, la cual indica que J.M. viene de un hogar muy pobre, en relación a su comportamiento, dentro del salón la profesora dice que *“brinca en la clase”, “la mamá le pega, tiene cinco niños, es un niño muy triste, inseguro”*. La profesora indica que la mamá le pega cuando el alumno saca una mala nota, *“yo trato de hacerle ganar puntos para evitar eso”*. El paciente muestra estos síntomas desde inicios del año lectivo. J.M. mantiene este comportamiento debido a que la madre le ha otorgado últimamente labores domésticas al paciente, esta situación ha causado que el niño se agote y llegue cansado a clases, lo cual ha impedido que el niño tenga un desarrollo infantil adecuado, tanto en el aspecto lúdico como el aspecto escolar.

❖ ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.

El paciente proviene de un hogar cuyo nivel socio económico es muy bajo, ubicado en Mapasingue Oeste. El niño es hijo de una familia numerosa *“Tengo cinco hermanos, vivo con mi mami y mi papi, mis hermanos tienen 8, 7, 5 y 2 años”*.

Dentro del hogar el paciente realiza quehaceres domésticos, pertenecientes a labores de los adultos, en este caso los padres del niño, ya que como el paciente indica en las entrevistas, *“mi mamá me hace lavar los platos, sacudir la ropa”*. *“A veces me acuesto a las 10, pero a veces si me quedo hasta las 12 de la noche”, “Yo barro, tiendo la cama, a veces la de todos, pero limpio la casa, luego hago los deberes, los hago en la noche, a las 10, a veces me quedo hasta las 11, mi papi llega en la noche a ver la novela”*. *“Ahora estas dos semanas, no he visto televisión porque estoy en aportes”, “pero de ahí si veo, hago las tareas después de limpiar la casa, mi mamá me dice que haga las tareas después”*.

En cuanto a las labores domésticas que el paciente realiza en su casa, el niño indica que su madre le exige hacerlas como una forma de ayuda para ella y para el hogar, debido a la cantidad de hijos que debe cuidar la madre del paciente, *“Mi mamá me pone a barrer, lavar platos, limpio la mesa.”*, *“Ahora estas dos semanas, no he visto televisión porque estoy en aportes”, “pero de ahí si veo, hago las tareas después de limpiar la casa, mi mamá me dice que haga las tareas después”*. *“Ayer me puse a arreglar la casa, luego mi mami me dijo que la ayude a arreglar la casa de nuevo”, “no ayer no vi televisión, no vi a mi papi porque yo estaba dormido”*.

Estas actividades domésticas que el paciente realiza provocan cierto malestar, ya que él prefiere distraerse y ver televisión, *“a veces ella me apaga el enchufe del televisor para que no vea televisión”*. *“si veo televisión pero sólo los fines de semana, yo no juego mucho con mis hermanos, a veces si me da sueño en clases, estoy cansado porque me levanto a las 8 o 9 y de*

ahí me quedo hasta las doce, porque soy demorón, me distraigo, me pongo a jugar"; "de ahí hago de nuevo las tareas".

También estas actividades han provocado que el paciente baje su rendimiento escolar, ya que las realiza con cansancio, *"a veces me acuesto a las 10, pero a veces si me quedo hasta las 12 de la noche", "a veces no hago los deberes porque me quedo viendo televisión".* Situación que ha producido que el alumno no presta atención en clases, debido a que el niño tiene muy poco espacio y tiempo para realizar actividades lúdicas, por realizar las labores domésticas, *"mi mamá habló con la profesora y la Frau le dijo que tengo que mejorar, pero nos van a tomar aporte después del recreo y después del recreo me distraigo porque prefiero seguir jugando, me gusta salir a recreo".*

El paciente indica a lo largo de las entrevistas que no juega mucho con sus hermanos, *"porque ellos tienen sus juguetes", como menciona la madre "a J.M. ya no le llama la atención los juguetes de los hermanos" pero si mantiene una buena relación con ellos, "en mi casa no me gusta jugar mucho porque no tengo muchos juguetes, no salgo mucho, a veces los domingos juego pelota con mi vecino, pero mi mamá me dice que primero haga los deberes y luego juegue pelota sino, no me deja, no juego mucho con mis hermanitos".*

La madre del paciente ejerce cierta presión sobre el niño para que mejore sus calificaciones, *"mi mami dice que soy prosudo cuando hago los deberes, o sea que no muevo rápido la mano y me demoro para hacer las cosas".* El paciente afirma que sí se demora realizando sus tareas, porque se distrae jugando, tal como él menciona *"sí es verdad", "pero es que mi cerebro ya no funciona igual que antes, he bajado mis calificaciones".*

En cuanto a la relación que el paciente mantiene con su madre, él indica que se llevan bien y que la ayuda con las cosas de la casa porque ella tiene que cuidar a sus hermanos, la madre indica que *"tengo cinco hijos, yo he dejado la responsabilidad a J.M. porque él es el más grande, por eso creo que está medio triste"; "A veces yo lo dejo a cargo de los hermanos y de las cosas de la casa porque yo tengo que salir a buscar clientes porque yo hago comida los sábados y domingos, salgo a coger pedidos".*

La madre del paciente asegura que J.M. la ayuda con los quehaceres, *"bueno cuando J.M. llega a la casa ve televisión, me ayuda en algo, ya les tengo a veces lista la comida y comen, al día siguiente se levanta, me ayuda en las cosas de la casa, a barrer, sacudir las camas y de ahí le digo que se ponga a hacer los deberes".*

En cuanto al discurso de la madre acerca de su hijo, ella indica que *"él es un niño que de todo se da cuenta, es muy pilas, yo sé que es mi culpa que él está así por darle esa responsabilidad que debe ser mía como madre".* Además la madre del paciente refiere que confía más en J.M., *"J.M. es un niño muy despierto, es mi mano derecha, yo le cuento todo a él, él sabe que tengo que trabajar, que tenemos deuda con lo del carro también, cuando estamos ahí a veces ellos juegan o están conmigo jugando, conversando en la cama".*

La madre del paciente indica que tuvo ciertos problemas con el padre de J.M., mantenían ciertas discusiones, *“tuve problemas con mi esposo por un tiempo, una chiquita se metió en nuestro matrimonio, pero ya no, gracias a Dios, él abrió los ojos y se dio cuenta que estaba haciendo mal, él incluso se alejó un tiempo de nosotros, nos descuidó como familia”*.

Además la madre de J.M. indica que mantiene un carácter un poco fuerte con los niños, sobre todo con J.M., *“a veces yo soy impaciente, no hace lo que yo le digo en el momento, le doy una cachetada, le halo el pelo, yo sé que eso le afecta, pero yo le digo que así somos las personas, que así soy yo, que a veces yo tampoco le tengo paciencia”*.

En cuanto a la relación que J.M. mantiene con su padre, se puede determinar que no se trata de un vínculo tan cercano, debido a que no comparte mucho tiempo con él, *“con el papá pasan un rato cuando llega a la casa, ahora están más juntos porque él se había descuidado de la familia, se había alejado un poco de nosotros, pero ya estamos bien”, “el domingo salió (el padre) con los bebés, se los llevó al Malecón, ellos estaban felices”*. Sin embargo, el paciente no se relaciona mucho con su padre, ya que no lo ve constantemente por el horario de trabajo, *“con mi papi no hablo mucho porque él llega en la noche, llega tarde y yo ya estoy dormido”*.

Además, J.M. indica que el papá tiene un carácter algo fuerte, pero lo que le dice su padre lo asume como algo positivo, J.M. refiere que lo hace porque se preocupa por él y por los hermanos, *“mi papá es un poco bravo, a veces nos reta porque dice que me distraigo, que ando en las nubes, que no hagamos bulla en la casa porque todo se escucha abajo y mi abuelito se pone bravo porque hacemos bulla”*. *“mi papi nos reta por nuestro bien para que pongamos atención cuando hacemos los deberes y en la clase”*.

La madre recalca que el padre de J.M. tiene un carácter fuerte, lo cual puede ser el motivo por el cual el paciente no mantiene un vínculo afectivo sólido con su padre, *“con el papá se lleva muy bien, no son tan cariñosos con él porque los niños le tienen un poco de recelo, porque cuando los castiga, es un poco drástico para hacerlo”*.

❖ APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA.

a) Diagnóstico descriptivo

J.M. es de contextura muy delgada, presenta un buen cuidado personal, es un niño abordable con el que se puede mantener un diálogo, sin embargo, piensa mucho para dar una respuesta o alguna explicación.

Durante las sesiones se mostraba algo cansado, sin ganas de hablar ni de dibujar, se tomaba mucho tiempo para concluir sus dibujos. En las siguientes entrevistas, el alumno hablaba un poco más, pero aún le costaba hacer elaboraciones simbólicas, debido a su agotamiento físico y mental.

El paciente da cuenta de la conflictiva que vive en su hogar donde le toca asumir responsabilidades que le competen a sus padres, es por esto que al momento de realizar

actividades lúdicas como dibujar, pintar o jugar, se siente cansado, sin ganas de hacerlo, debido al agotamiento mental y físico que le producen los quehaceres del hogar.

La Madre denota un buen cuidado personal, es de contextura delgada, actualmente está embarazada, se mostraba algo preocupada por la situación actual de su hijo, sin embargo manifestó que por la culpa de ella, J.M. había bajado su rendimiento escolar, ya que le otorga al niño responsabilidades domésticas de un adulto.

Durante las entrevistas, la madre del paciente se mostraba colaboradora y contestaba de manera fluida las preguntas, además, indicó estar a la disposición por cualquier cosa que suceda con su hijo. La madre impide que el niño tenga un desarrollo infantil adecuado, donde se le otorgue al niño un espacio para realizar actividades lúdicas. Por otro lado, se presenta un padre ausente que inhibe el comportamiento espontáneo del niño con su forma severa de transmitir la ley.

b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con síntomas histéricos, rasgos obsesivos y depresivos.

- **Síntomas Histéricos:** se demora para hacer los deberes, lo cual provoca que la madre del paciente le llame la atención, por ejemplo cuando se demora para terminar sus tareas la madre le dice que es "*prosudo*", además se distrae mientras hace las tareas. Adicional a esto, el paciente ha bajado su rendimiento escolar, lo cual se refleja en sus notas, esta situación produce, tal como la madre del paciente indica, que ella pierda la paciencia y lo agrede físicamente.
- **Rasgos obsesivos:** mantiene rituales de limpieza desde que se levanta, siempre los hace mientras permanece en casa, además; el paciente indica que le gusta hacer los quehaceres de la casa, incluso los hace antes de realizar sus tareas escolares. No solamente realiza dichos rituales de limpieza porque su madre se lo ordena, sino porque él ha adoptado dichos hábitos.
- **Rasgos depresivos:** El paciente manifiesta cierto desinterés al momento de realizar sus tareas, así como también cierta desmotivación al momento de realizar actividades lúdicas.

c) Mecanismos Defensivos

- **Represión:** Reprime sentimientos dolorosos y tristes en relación a la poca afectividad que hay dentro del vínculo con su madre, así mismo con su padre, con el cual no mantiene mucho contacto, ni una buena relación debido al mal carácter del mismo.
- **Conversión:** El paciente en la mayoría de sesiones mostró cierto desgano al momento de realizar algún dibujo o contestar preguntas que se le hacían, así como también

mencionaba que en algunas ocasiones estaba un poco inquieto en clases porque se distraía y prefería jugar. Esta situación da cuenta del poco espacio recreativo con el que cuenta el paciente y el malestar que le causa esto.

- **Introyección:** El paciente asumía la problemática que vivía la madre ya que en algunas ocasiones durante las entrevistas mencionó que él debía ayudar a su madre en los quehaceres domésticos debido a que ella tenía muchas responsabilidades, lo cual le producía al paciente fatiga y cansancio. Esta situación se manifestaba en el bajo rendimiento que tenía el paciente, ya que no cumplía con sus obligaciones escolares.
- **Racionalización:** cuando el paciente enuncia que debe hacer los quehaceres del hogar para ayudar a su mamá, porque su madre está ocupada atendiendo a sus demás hermanos, sin mencionar la carga afectiva que esto conlleva, es decir la poca atención que le provee la madre al paciente.

❖ ANÁLISIS DE LOS DIBUJOS.

Para la valoración psicológica se aplicó el dibujo de la Familia y dos dibujos libres, los cuales determinan la familia disfuncional en la cual el niño se desenvuelve, debido a la distancia que hay entre los miembros de la familia. A partir de su dibujo de la familia, se evidencia esta ausencia del padre dentro del núcleo familiar, el poco tiempo que comparte con el paciente y por otro lado, la madre que se ocupa de los hermanos menores del paciente y descuida el adecuado desarrollo infantil que el paciente debe tener a su edad, sobre todo en el aspecto de la falta de momentos lúdicos del niño. Esta conflictiva que asume el paciente dentro de su hogar se evidencia en la actitud con que el niño realizaba los dibujos, durante sus dibujos siempre estaba desmotivado, sin ganas de dibujar, inseguro, perezoso. Además mantenía constantemente trazos acentuados en sus dibujos, piensa constantemente sobre lo que va dibujar, pinta de forma muy acentuada, en desorden, se queja varias veces durante los dibujos, borra constantemente.

La madre impide que el niño tenga un espacio para realizar actividades lúdicas, de su agrado y acorde a su edad. Por otro lado, se evidencia un padre ausente que inhibe el comportamiento espontáneo del niño con su forma severa de transmitir la ley.

❖ PLANIFICACIÓN.

Objetivos en torno al paciente

- Lograr que el paciente medie entre cumplir sus tareas escolares y ayudar de manera adecuada en los quehaceres de la casa, de tal forma que estas actividades domésticas no interrumpen el adecuado desarrollo infantil del paciente y su desenvolvimiento escolar.

Objetivos relacionados a su entorno

- Orientar a la madre para que le permita al paciente distraerse, recrearse como todo niño de su edad, para no interferir en su desarrollo infantil y en su aprendizaje, de tal manera que el niño pueda divertirse y aprender de una manera adecuada y evitar que llegue al aula de clases agotado física y mentalmente.
- Orientar a la madre para que la transmisión de la ley sea mediante la palabra y evitar así el recurrir al castigo físico el cual inhibe el comportamiento del sujeto.

INFORME PSICOLÓGICO No. 6

Guayaquil, 15 de Febrero del 2011

Profesional: Karla Rodríguez.

❖ DATOS DE FILIACIÓN.

Nombre: J.H.
Edad: 9 años
Escolaridad: 3ero. Básica Vespertina
Dirección: Colinas de la Florida Mz.78 solar 2
Nombre de la Madre: M.A.
Ocupación: Ama de casa
Nombre del Padre: A.H.
Ocupación: Chofer

❖ PROCEDIMIENTO.

- La primera entrevista fue semidirigida fue con el paciente, cuya duración fue de 20 minutos.
- La segunda entrevista semidirigida fue con el paciente, dibujó su familia, cuya duración fue de 35 minutos.
- La tercera entrevista fue semidirigida con la madre del paciente, cuya duración fue de 1 hora con 20 minutos.
- La cuarta entrevista fue semidirigida con la madre del paciente, cuya duración fue de 1 hora con 30 minutos.
- La quinta entrevista fue libre con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La sexta entrevista fue semidirigida con los padres del paciente, cuya duración fue de 1 hora.
- La séptima entrevista fue libre con el paciente, su duración fue de 20 minutos.
- La octava entrevista fue semidirigida con el paciente, hizo un dibujo, su duración fue de 20 minutos.
- La novena entrevista fue libre con el paciente, su duración fue de 20 minutos.
- La décima entrevista fue semidirigida con la madre del paciente, su duración fue de 35 minutos.
- La onceava entrevista fue semidirigida con el paciente, su duración fue de 20 minutos.
- La doceava entrevista fue libre con el paciente, su duración fue de 15 minutos.

- La treceava entrevista fue semidirigida con la madre, su duración fue de 30 minutos.
- La entrevista de cierre fue semidirigida con la madre, su duración fue de media hora.
- 13 entrevistas terapéuticas, de 15 minutos a una hora.
- 1 entrevista de cierre de 30 minutos.

❖ MOTIVO DE CONSULTA.

La profesora deriva al paciente debido a su comportamiento en el salón de clases, refiere que es un niño *"inquieto, tiene malas notas"*; además indica que los padres del alumno son separados pero viven en la misma casa, *"tienen problemas en la casa", "la madre sale mucho, no trabaja", "es un hogar inestable"*. El paciente siempre ha mostrado una conducta inquieta desde que entró a la unidad educativa, sin embargo estos síntomas se agudizaron a partir de la separación de sus padres, hace aproximadamente un año. El paciente empezó a manifestar estos síntomas desde que sus padres se divorciaron y cuando su madre empezó a tener conflictos con su ex pareja, quien no es el padre biológico del alumno, el paciente evidenciaba toda esta problemática cargada de cierta agresividad entre su madre y su ex pareja. Además, en el comportamiento actual de J.H. influyó de cierta manera el cambio abrupto de hogar, ya que retornó a la casa de su padre, incluso cuando había problemas entre ellos.

❖ ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.

El paciente viene de un nivel socio económico medio bajo, su hogar está ubicado en Colinas de la Florida, vive con sus padres, pero éstos están divorciados. *"Vivo con mis padres, pero duermen separados", "cada uno por su lado". "Se separaron cuando yo era chiquito", "discutieron"*.

El paciente mantiene una conducta inquieta en clases, lo cual le impide tener un buen rendimiento escolar, *"J.H. siempre ha sido así desde que era pequeño, siempre ha sido inquieto". "A veces no me quiere hacer los deberes". "J.H. está más tranquilo, ya habla un poco más, a veces no termina lo que está haciendo, está haciendo los deberes, ve algo y se distrae enseguida, no termina, es lento para hacer las cosas". "Cuando estoy haciendo los deberes me distraigo y no los termino, hago con mi mami los deberes, con mi papi no porque llega tarde, como a las 11 de la noche llega"*.

Además, es importante indicar que antes de que el paciente regrese a vivir a la casa de su padre, vivía con su madre y su ex pareja, con la cual su madre mantenía muchas discusiones y conflictos, situación que afectó emocionalmente al niño y lo llevó a demostrar dicha angustia en su comportamiento. *"Yo me fui a vivir con S.P. (ex pareja de la madre del paciente), pero me fui de su casa dos veces por los problemas que teníamos, él era muy grosero, él por su lado y yo por el mío, no me tomaba en cuenta, me aplicaba la ley del hielo, parece que tenía otra persona". "Yo decidí separarme definitivamente de él porque me estaba haciendo daño y no quería que le afecte a mi hijo, decidí dedicarle más tiempo a él, pasar más tiempo con él"*.

"J.H. ha escuchado cómo me insulta y se pone grosero conmigo", "él me ha dicho: mamita yo si he visto cómo mi papito te trata mal, se porta mal contigo, te insulta y te mira mal". "Una vez le apunté con un revólver porque me hizo dar coraje, pero J.H. me dijo que no le haga nada malo por eso entré en razón y no pasó a mayores, estaba descontrolada".

La relación que tiene el paciente con la madre se caracteriza porque se preocupa por las necesidades de su hijo, lo ayuda a hacer los deberes, aunque antes le pegaba constantemente al paciente por el inadecuado comportamiento de J.H. en la clase, *"le mandaban notas a mi mami y me retaba, a veces me pega, a veces no, sólo cuando me mandan notas de que no hago los deberes o cuando me quedo dormido. A veces sí me distraigo", "a veces me deja la marca, más que la marca".*

En la actualidad, el paciente menciona que su madre ha dejado de pegarle *"mi mami me habla por las notas, ya no me pega"*. Lo cual ha producido que el paciente hable un poco más en las sesiones, ya que al principio resultaba un tanto difícil establecer un diálogo con él, ya que mostraba cierta resistencia cuando se le preguntaba algo.

En cuanto a la relación que tiene el paciente con su padre, el vínculo es más afectivo, ya que J.H., se relaciona mucho más con su padre en este aspecto el poco tiempo que comparte con él. Aunque durante las sesiones menciona en repetidas ocasiones que lo extraña mucho *"a veces no lo veo porque llega tarde", "sí lo extraño". "me quedo esperando a mi papi que llegue en la noche. El domingo pasé con mi papi viendo películas", "con mi papi no hago deberes, el fin de semana salimos a pasear, por ahí a dar vueltas, vamos a Casa Tosi". "Mi papi no me pega, sólo me regaña". "Al papá no lo ve mucho sólo los domingos se lo lleva a comer pero él tiene que hacer los deberes, salen todo el día y lo regresa a la casa tarde en la noche y a veces no hacen los deberes o se quedan hasta tarde haciéndolos, por eso es que el bebe se queda dormido en la clase",* indica la madre del paciente.

Sin embargo, el padre del paciente no ayuda al niño en la elaboración de sus tareas, esa actividad se la delega solo a la madre del paciente, *"en la escuela le va más o menos porque las notas están bajas, "no tan bien" refiere. "Ahora lo veo más tranquilo, hace sus deberes aunque a veces no lo quiere hacer o espera al papá para hacerlos, pero cuando llega, el papá le dice que ya lo va a hacer pero no lo termina haciendo, el bebe se queda dormido"*.

La madre del paciente indica que el padre de J.H. consiente mucho al niño, lo cual impide que él cumpla las obligaciones que se le han otorgado y pueda hacerlas por él mismo, sin que lo estén regañando. *"El papá lo engríe mucho, lo trata como un bebé, le dice papuchito y él ya no es un bebé, cuando está el papá no quiere hacer nada, se pone malcriado, rebelde, me contesta de mala manera, luego se me acerca a pedirme perdón"*.

Adicionalmente, el padre del paciente indica que él no agrede a J.H. para que él cumpla sus obligaciones, sólo le habla para que el niño haga caso, *"yo cuando estoy con él trato de darle todo lo que puedo, todo mi cariño, lo mejor de mí". "Yo soy el pasivo y ella es la agresiva, yo le*

hablo de buena manera al bebe y él tranquilito hace los deberes, sin que yo le esté pegando”, “ella hace los deberes con él pero con el látigo a lado”.

Es necesario mencionar que al principio los padres de J.H. tenían discusiones y problemas dentro de su convivencia, lo cual de cierta forma afectaba emocionalmente al niño y lo demostraba en su comportamiento inquieto e inadecuado en el salón de clases, *“el papá no me habla, no me deja ni para la comida, sólo 3, 4 dólares, me contesta de mala gana, prefiere hablarle al bebe para no tener que hablar conmigo”, “eso a veces me hace sentir mal, pero no importa porque yo estoy ahí por mi hijo, porque quiero que esté bien y no esté escuchando insultos, no quiero ese futuro para mi hijo”.*

El comportamiento inquieto de J.H. se debe a la ambigüedad con que se ejercen las normas dentro del hogar, ya que es la madre del paciente quien debe hacerse cargo de las responsabilidades de su hijo y es quien debe transmitir la autoridad dentro del hogar, *“él me desautoriza delante del bebe, yo le digo que haga los deberes y él se lo lleva a pasear o les dice que los haga luego y se ponen a ver televisión”, “cuando él lo reta por algo que ha hecho le habla despacito”, “yo le he dicho al papá que se le ponga bravo y firme para que J.H. se dé cuenta de que está haciendo mal”.*

❖ APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA.

a) Diagnóstico descriptivo

J.H. es de contextura gruesa, denota un adecuado cuidado personal, es un niño un poco inquieto, se distrae fácilmente.

No se lo observaba triste en las primeras sesiones, sin embargo era muy complicado llevar una conversación con el paciente debido a que no contestaba lo que se le preguntaba, cambia de tema, se quedaba callado, se distraía constantemente, no mantiene un hilo de conversación.

Cabe destacar que durante las sesiones se mostraba muy inquieto, sin embargo al preguntarle si había algo que lo incomodaba, lo estaba haciendo sentir mal o si algo le molestaba, él no daba respuesta alguna, se quedaba callado. En el transcurso del proceso psicodiagnóstico habló un poco más y podía formular su discurso, el cual daba cuenta de un malestar originado en el ámbito familiar.

La madre es de contextura gruesa, de un buen cuidado personal. Durante las entrevistas mantiene una actitud colaboradora y provee información acerca del paciente. A partir del discurso de la madre, se evidencia que es ella quien transmite la ley al paciente, con el cual mantiene ciertos conflictos debido a que esta figura materna no logra transmitir la ley de modo que el paciente logre incorporarla. La madre menciona constantemente los conflictos que tiene con el padre del paciente, los cuales como ella indica afectan emocionalmente al niño.

b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Paciente con síntomas histéricos.

- **Síntomas Histéricos:** berrinches, no copia los deberes, tiene malas notas, comportamiento inquieto en el salón y dentro de su ambiente familiar; además adopta un comportamiento infantil cuando el padre del paciente está presente, como un llamado de atención dirigido a la figura paterna.

c) Mecanismos Defensivos

- **Represión:** Reprime sentimientos dolorosos, agresivos y de afectividad en relación hacia la problemática familiar en la que se encuentra inmerso, debido a los constantes conflictos que mantienen sus padres.
- **Conversión:** cuando no es tomado en cuenta, quiere llamar la atención en el salón de clases, molestando a sus compañeros, levantándose de su asiento, en algunas ocasiones agredió a sus compañeros. Además, a través de este comportamiento inquieto hace un llamado de atención, una demanda de amor y de regulación de su comportamiento hacia la figura de autoridad.
- **Inhibición:** cuando se le pregunta al paciente acerca de su dinámica familiar, éste no contesta, corta el hilo de la conversación, se distrae y cambia el tema de conversación.

❖ ANÁLISIS DE LOS DIBUJOS.

Para la valoración psicológica se aplicó el dibujo de la Familia y dos dibujos libres. En relación al análisis de los dibujos que hizo el paciente, se puede inferir cierta incomodidad y desinterés por parte del alumno al momento de realizarlos, ya que dejaba inconcluso los dibujos, no quería seguir dibujando; además cuando se le preguntaba acerca de sus padres, el paciente cambiaba de conversación y decía que no quería hablar de eso. El alumno no dibujaba a sus padres, lo cual da cuenta de la problemática que vive el paciente dentro de su ambiente familiar. Al no hacer a sus padres en el dibujo de la familia niega de alguna forma esta realidad dolorosa que vive dentro de su hogar.

❖ PLANIFICACIÓN.

Objetivos en torno al paciente

- Orientar al paciente a realizar actividades de una forma organizada, con una ley y orden que le permita regular su vida, para que de esta manera pueda apropiarse de estas normas de comportamiento y poder realizarlas dichas actividades por él mismo sin la necesidad de que alguien intervenga. Lo cual le permitirá al paciente tener un adecuado desarrollo en el ámbito escolar y evitar que esto genere algún tipo de conflicto entre madre- hijo.

Objetivos relacionados a su entorno

- Orientar a la madre para que pueda transmitir al paciente la ley por medio de la palabra, para de esta forma evitar el castigo físico como una manera de corregir las conductas inadecuadas del paciente.
- Es importante también lograr que esta madre ubique al niño en un lugar de afecto y reconocimiento, para que de esta forma el niño se sienta acogido en un lugar de amor y así evite manifestar conductas inadecuadas como un llamado de atención, como una demanda de afecto.
- Orientar al padre para que participe en el desarrollo emocional y educativo del niño, que le permita al niño tener una figura de autoridad presente, para que de esta forma el paciente tenga referentes sobre los cuales construir su identidad.

INFORME PSICOLÓGICO No. 7

Guayaquil: 15 de febrero del 2011.

Profesional: Marcela Ulloa Landívar.

❖ DATOS DE FILIACIÓN.

Nombre:	C.O.	
Edad:	12 años	
Escolaridad:	Sexto grado.	
Nombre de la Madre:	M.G.	Edad: 37 años
Ocupación:	Estudiante.	
Nombre del Padre:	R.O.	Edad: 43 años
Ocupación:	Ayudante de Bodega (La Llave)	
Número de Hijos:	2 hijos.	
	P.O. (6 años) Estudiante;	
	C.O. (12 años) Estudiante.	

❖ PROCEDIMIENTO

- La primera entrevista semidirigida se la realiza con la profesora dirigente de sexto grado, Tuvo una duración aproximada de 35 minutos.
- La segunda entrevista fue semidirigida y se realiza con el paciente C.O. Dicha sesión se lleva a cabo en 30 minutos aproximadamente.
- La tercera entrevista semidirigida se realiza con ambos padres del paciente. Tuvo una duración aproximada de 55 minutos.
- La cuarta entrevista fue semidirigida con el paciente, se plantea el contrato, encuadre, y consigna del trabajo. La duración aproximada fue de 45 minutos.
- Durante la quinta entrevista se aplica la técnica del dibujo de la familia. La duración de la entrevista es de 40 minutos.
- Se tuvo una sexta entrevista semidirigida con el paciente, con una duración aproximada de 15 minutos (el paciente debía volver al aula por motivos académicos).
- En la séptima entrevista se aplica la técnica del dibujo, con una duración de 35 minutos.
- La octava entrevista fue semidirigida con el paciente, con una duración de 35 minutos aproximadamente.

- La novena entrevista semidirigida fue con el paciente, se realiza el cierre del proceso. Tuvo una duración aproximada de 35 minutos.
- La décima entrevista se lleva a cabo con la madre del paciente para realizar el control y/o seguimiento del proceso realizado; la duración aproximada fue de 45 minutos.

❖ MOTIVO DE CONSULTA.

El alumno es derivado por la profesora dirigente de sexto grado, la cual designa al alumno C.O. por motivos relacionados al rendimiento académico del mismo. Indica que el alumno *“incumple las tareas”, “se muestra un poco retraído”, “no trae los libros”*. En cuanto al entorno familiar la profesora refiere *“la mamá informó la posible separación con el esposo”*.

El bajo rendimiento académico del paciente se presenta aproximadamente hace un año, se infiere que los problemas conyugales de sus padres han sido los desencadenantes de los problemas en el ámbito escolar.

❖ ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.

El paciente proviene de un contexto socioeconómico bajo, el hogar del alumno está ubicado en el Guasmo Sur del Guayaquil. Vive con ambos padres, es el padre, quien solventa los gastos económicos del hogar. Tiene una hermana menor llamada Paula. La madre es la que pasa la mayor parte del día en casa, en las mañanas el esposo va a trabajar como ayudante de Bodega y ella se encarga de levantarlos y supervisar a C.O. para que realice las tareas que por algún motivo no haya podido realizar la noche anterior. Aproximadamente al medio día la madre de C.O., M.G., lleva a sus dos hijos a la casa de su hermana (tía de C.O.) donde pasan la mayor parte de la tarde.

Actualmente la pareja pasa por problemas conyugales, durante la primera entrevista con ambos padres se mencionaron varios aspectos que fueron los detonantes de los conflictos de pareja. La madre de C.O. refirió un supuesto engaño por parte de su esposo, igualmente su esposo alega que ella probablemente esté involucrada sentimentalmente con otro hombre. Esta problemática ha creado rencores tanto en la pareja como en la familia de ambos.

En casa, el padre hace comentarios de manera esporádica relacionados a la posible infidelidad de su esposa, en algunos casos en presencia de C.O., lo que ha hecho que en ocasiones el paciente tenga actitudes celosas y desconfianza hacia su madre, lo que ella ha sabido manejar hablando con C.O. y explicándole que no debe creer en los rumores que le dice su padre.

Otro conflicto por el que se crean peleas en casa es debido a que la madre de C.O. quiere que su esposo se vaya de la casa, mientras éste alega que la casa le pertenece a él y que ella es quien debería irse del hogar. Tanto los comentarios del padre del paciente en los que da a entender la supuesta infidelidad de su esposa y la manera en que se relaciona con C.O. como un amigo, contándole sus problemas y siendo quien le hace bromas y juegos, y por otro lado la posición de la madre como figura de autoridad, que lo regula, castiga, revisa las tareas, etc., han

repercutido en C.O. y él ha escogido una posición en la que apoya más al padre, además éste último lo consiente en gran medida y desautoriza a la madre; tal ambivalencia provoca que por momentos C.O. se porte "*rebelde*" como menciona su madre y que no le haga caso. Dicha rebeldía ha ocasionado que la madre le dé "*correazos*" para corregir su comportamiento.

Un acontecimiento traumático en cuanto a la pareja conyugal ocurre hace un par de años, en el que el esposo trató de agredir físicamente a su esposa con un cuchillo, colocándose en la garganta. Frente a esto ella decide denunciarlo pero luego opta por retirar los cargos. Durante éste año ambos han decidido ignorarse por completo, en las noches, cuando se encuentran la mayor parte bajo el mismo techo, cada uno pasa en un cuarto diferente y no se cruzan palabras. Tanto el padre como la madre alegan que todos duermen en camas individuales, pero ambos hicieron ciertos comentarios que dejaron claro que en ocasiones la madre duerme con su hija P.O. y C.O. con su padre. Durante la entrevista con ambos, el padre reprocha que su esposa pasa toda la noche con su hija menor, esto le afecta a él puesto que alega que quiere pasar tiempo con su hija a quien no ve la mayor parte del día, pero como su esposa pasa con ella, le es imposible a él compartir tiempo con su hija menor.

En cuanto a los antecedentes escolares, C.O. ingresa al Colegio Alemán sección vespertina a partir del año 2002, su rendimiento académico no responde de acuerdo a las exigencias del plantel puesto que cuenta con informes y protocolos enviados a los padres en los que se les ha notificado el bajo rendimiento de C.O. En cuanto a la relación con sus compañeros, la profesora refiere que él tiene un buen vínculo con éstos, no ha tenido ningún problema con sus compañeros ni con las profesoras, pero reafirma su preocupación en el ámbito académico.

C.O. en un primer momento refiere que no realiza las tareas o se olvida de los útiles escolares porque simplemente se olvida, pero luego acota "*me pongo a pensar en los problemas de mis papás y no quiero hacer los deberes*".

Debido a los múltiples protocolos que ha recibido C.O., la madre ha optado por pegarle "*con la mano*", en una ocasión C.O. mencionó que no le gustaba que su madre le pegue porque tenía la "*mano gruesa*" y lo ponía triste ser agredido por ella. En el mes de junio del presente año las autoridades del colegio enviaron una carta a los representantes en el que informaban que C.O. presentaba "*notas poco satisfactorias*" en español, el informe especificaba que el paciente había obtenido las siguientes notas: 14 en actuación y 08 en el aporte.

En cuanto a las salidas recreacionales, la madre indica que C.O. no sale sólo de la casa ya que el sector en el que viven no es el más idóneo para que un niño esté sólo en las calles. La madre del paciente aduce que su esposo por el contrario no lo supervisa, esto ocurre puesto que generalmente C.O. visita a su abuela paterna y queda a cargo del padre quien también asiste a la casa de su madre. La madre alega que su esposo no lo cuida y lo deja estar solo por las calles que son sumamente peligrosas.

Otro aspecto que la madre menciona es el relacionado a las tareas, ella refiere que está pautado que C.O. realice los deberes en las noches, pero en ocasiones el padre la desautoriza y C.O. hace las tareas apresuradamente en las mañanas antes de ir a la escuela.

Posteriormente, durante la entrevista de cierre con el paciente éste refiere que su madre había "escondido" los títulos de propiedad de la casa lo que había desencadenado ciertos conflictos entre sus padres. De la misma manera, durante la entrevista de seguimiento la madre menciona que iba a iniciar una demanda de manutención hacia su esposo ya que no estaba contribuyendo con los gastos del hogar ni con el pago de las pensiones de C.O. Además alega que estaba asesorándose con una amiga que trabaja con una abogada y que ésta la había comentado que una trabajadora social visitaría su hogar y sus hijos serían evaluados por una psicóloga.

❖ APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA.

a) Diagnóstico descriptivo

C.O. es de contextura entre normal y gruesa, tiene un cuidado personal adecuado. Siempre colaboró durante las entrevistas, dialogaba fluidamente. Pudo elaborar aquellos conflictos que lo perturban y angustian. Al hablar de los problemas en el ámbito académico lo hacía con desgano. Cuando hablaba del conflicto de sus padres, en ocasiones bajaba la cara o movía los brazos por el borde de la mesa. Si bien comentaba los conflictos conyugales por los que sus padres estaban atravesando, por momentos no quería hablar del tema o respondía de manera corta.

La Madre refleja un apropiado cuidado personal, es de contextura delgada. Colaboradora durante las entrevistas, en ciertos momentos se presenta enérgica cuando se refiere a la conducta de su hijo y su rendimiento académico. De la misma forma se muestra efusiva cuando se tocaban temas en relación a la posible separación entre ella y su esposo, la desautorización que ella percibe por parte del padre de C.O. y los comentarios que éste hace en cuanto a una posible separación.

El Padre, reflejó un cuidado personal adecuado. Es de contextura normal. La mayor parte del tiempo permanecía callado, intervenía poco, pero en un par de ocasiones se exaltó al hablar de la posible infidelidad por parte de su esposa. Asistió únicamente a una sesión.

b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Se infiere que el paciente presenta síntomas histéricos:

- **Síntomas Histéricos:** En algunas ocasiones el paciente presenta conductas que tienen apariencia de representaciones. Se perciben estas conductas cuando el paciente hace referencia a los conflictos en el ámbito familiar, responde con características manipulativas y con reproches al hablar de la madre. La rebeldía hacia la madre estaría presentándose como un llamado de atención hacia la misma o de algún modo una demanda al padre para que implante ciertos límites.

c) **Mecanismos Defensivos**

- **Conversión:** Responde con dramatización y teatralidad al referir temas como el bajo rendimiento académico. Frente a la madre presenta un comportamiento rebelde, hasta cierto punto se muestra desafiante, ya que se infiere que con su comportamiento estaría provocando a su madre para que lo castigue.
- **Represión:** Reprime sentimientos dolorosos puesto que durante las últimas sesiones evita mostrar la tristeza frente a la posible separación de sus padres.
- **Negación:** Por momentos niega los sentimientos de angustia que presenta frente a la conflictiva conyugal.
- **Racionalización:** En el momento en que menciona su bajo rendimiento escolar es cuando argumenta que él no cumple con la demanda educativa debido a los problemas por los que están pasando sus padres.

❖ **ANÁLISIS GENERAL DE LOS DIBUJOS.**

Durante el proceso de las entrevistas clínicas se aplicaron el dibujo de la familia y la técnica del dibujo libre. En el dibujo de la familia el paciente, en un primer momento, plasma tres personajes, luego dibuja las nubes, los pájaros, la chimenea y finalmente dibuja un personaje que luego indica que lo representa a él. Refiere que los tres personajes dibujados en un principio son su padre Rolando, su hermana Paula y su madre Milena.

En el dibujo de la familia se puede percibir un apego a la realidad puesto que en su totalidad los personajes dibujados representan a la familia del paciente, no se agregaron personajes ficticios ni de otro tipo. Frente a este dibujo se infiere que al haberse dibujado al final de todos los personajes y detalles, da cuenta que se posiciona como ajeno al vínculo familiar, esto podría estar relacionado a que estaría viviendo como angustiante la relación parental y por ende busca escapar de dicha relación.

Durante la realización de la técnica del dibujo, se le indica al paciente que dibuje el ambiente que percibe en casa, específicamente los conflictos entre sus padres. Se plantea dicha consigna para que el alumno plasme lo que se le torna difícil de expresar en la mayoría de las entrevistas, es decir, el conflicto parental. En el dibujo que realiza el paciente éste plasma a ambos padres separados por una pared, durante la elaboración del dibujo C.O. menciona que no sabe dibujar una puerta cerrada, se le indica que no importa la calidad del dibujo y que éste no será calificado ni evaluado y accede a hacerla. Finalmente explica que lo que trata de dibujar es la manera en la que sus padres se ignoran en casa. Refiriendo que cuando uno entra a una habitación el otro se dirige hacia otra y cierra la puerta para tener el menor contacto posible entre ambos.

❖ PLANIFICACIÓN.

Objetivos en torno al paciente:

- Lograr en lo posible que el paciente logre articular mediante su discurso aquello que le aqueja y que le causa un conflicto persistente, de modo que esto no perturbe su desempeño en otras áreas como la educativa.
- Lograr que el paciente pueda expresar sus frustraciones en relación al entorno familiar, por ejemplo, aspectos sobre la separación de sus padres, el rechazo hacia la madre y los castigos que recibe por parte de ella.

Objetivos relacionados al entorno del paciente:

- Lograr que las figuras parentales se involucren en el proceso. Se espera lograr que la madre mediatice los castigos mediante la palabra, puesto que dichas sanciones perturban al paciente.
- Lograr que el padre del paciente reconsidere su función como figura representativa, ya que debido a los problemas conyugales, éste ha colocado a C.O. en el lugar de amigo y lo ha puesto de su lado contradiciendo constantemente a la madre, lo cual repercute directamente en la relación materno-filial. Por lo tanto es importante que el padre intervenga en la regulación y ponga límites.

INFORME PSICOLÓGICO No. 8

Guayaquil: 15 de febrero del 2011.

Profesional: Marcela Ulloa Landívar.

❖ DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: M.H.
Edad: 11 años
Escolaridad: Quinto grado.
Nombre de la Madre: Y.Y. *Edad:* 35 años
Ocupación: Ama de casa/ Entregas en taller familiar.
Nombre del Padre: L.H. *Edad:* 38 años
Ocupación: Técnico de ECOLAB / Taller.
Número de Hijos: 4 hijos.
F.H. (4 años);
E.H. (8 años) Estudiante;
M.H. (11 años) Estudiante;
L.F.H. (14 años) Estudiante.

❖ PROCEDIMIENTO.

- La primera entrevista semidirigida se la realiza con la profesora dirigente de Quinto grado. Tuvo una duración aproximada de 25 minutos.
- La segunda entrevista semidirigida se realiza con la alumna M.H.. Tuvo una duración aproximada de 35 minutos.
- La tercera entrevista semidirigida fue con la *madre* de la paciente, cuya duración fue de 50 minutos aproximadamente.
- La cuarta entrevista fue semidirigida con la paciente, durante la cual realizaron especificaciones en cuanto al contrato. La duración fue de 25 minutos aproximadamente.
- La quinta entrevista tuvo dos etapas, en un primer momento se realiza un dibujo libre y luego de éste se aplica la técnica del dibujo de la familia. La duración aproximada fue de 45 minutos.
- Se realiza una pausa en el proceso terapéutico ya que la paciente fue derivada a una practicante de la materia Prácticas Progresivas de la Universidad Católica de Santiago de

Guayaquil. Se le aplicaron las pruebas psicométricas: Test Visomotor de Bender, Test de matrices proyectivas Raven y el WISC-R, lo que parcialmente obstaculiza el trabajo con la paciente. Se retomaron las entrevistas luego del segundo Quinquimestre.

- La sexta entrevista fue con la paciente, de manera semidirigida, la cual tuvo una duración aproximada de 40 minutos.
- La séptima entrevista semidirigida fue con la paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La octava entrevista fue semidirigida con la paciente, su duración fue de 25 minutos aproximadamente.
- La novena entrevista semidirigida fue con la profesora de la paciente, la duración fue de 30 minutos.
- La décima entrevista estaba planificada para ser con la madre de la paciente pero ésta no asiste a la cita.
- La undécima entrevista fue semidirigida con la paciente, se realiza el cierre del proceso. Tuvo una duración de 30 minutos.
- Se coordina una entrevista de control y/o seguimiento con la madre de la paciente pero ésta no asiste a la cita pautada.

❖ MOTIVO DE CONSULTA.

La alumna es derivada por la profesora dirigente de grado quien indica que M.H. es alumna nueva en el colegio. Menciona que la relación con sus compañeros, tanto varones como mujeres, no es buena debido a que ellos la molestan constantemente, refiere la profesora: *"le decían mongolita"*, *"no se integra al grupo"*, agrega que al iniciar el año lectivo *"hacía resistencia para integrarse al grupo"*. En cuanto a las expectativas académicas y desenvolvimiento en el salón la profesora menciona que es *"insegura para participar en clase"* y que su rendimiento es *"regular y bueno"*.

Los aspectos que la docente refiere para realizar la derivación se presentaron a partir del año en curso ya que es el primer año de la paciente en el colegio. Según la madre en el antiguo colegio de M.H. no presentaba conflictos al interrelacionarse con sus compañeros, además su rendimiento académico era excelente.

❖ ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.

La paciente procede de un contexto socioeconómico bajo, el hogar de la alumna se encuentra ubicado en la zona Sur-oeste del Suburbio de Guayaquil. Vive con ambos padres quienes solventan económicamente a la familia y tres hermanos varones con edades entre los 4 y los 14 años. La madre es ama de casa y en ocasiones ayuda en el taller de propiedad familiar realizando las entregas de los pedidos. El padre tiene dos empleos, ya que además de administrar el taller familiar es técnico en ECOLAB.

Hace aproximadamente 5 años fallece el abuelo de la paciente, llamado Eddie, quien padecía de cirrosis, el fallecimiento de dicho familiar afectó de manera significativa a la alumna ya que eran muy unidos afectivamente.

Es el primer año de la alumna en el Colegio Alemán Humboldt (Sección Vespertina), anteriormente estuvo en la Escuela Fiscal N°14 "*República de Costa Rica*", según plantea la madre M.H. ésta era excelente alumna, "*amiguera*", "*no tenía problemas con ningún compañerito*", "*era bien desenvuelta, participaba en todos los actos*", lo cual difiere con el año lectivo puesto que ha sido fuente de burlas por parte de los compañeros de aula. Debido a las constantes burlas de los compañeros la madre de la alumna se acercó a hablar con la profesora y le recomienda a M.H. que les diga a sus compañeros que no la molesten.

Durante las primeras entrevistas M.H. corrobora los insultos que recibía en el aula, indica que le decían "*mongolita*" y en otras ocasiones la llamaban "*monstruo*".

En la entrevista con la madre ésta menciona que los estudios son una parte primordial e importante en su hogar, ella fue becada y criada por sus abuelos, siempre se preocupaba por sus notas y trataba de sacar las mejores calificaciones en todas las materias, es por esto que en la actualidad le inculca a sus hijos que sean excelentes alumnos tanto en lo académico como en la conducta. La señora hace referencia a que su esposo tiene un temperamento fuerte y que castiga a sus hijos cuando sacan malas notas, indica que él les pega con un látigo. Ella ha tratado de intervenir en los castigos que aplica su esposo pero refiere que éste se pone más enojado, comenta que en una ocasión quiso dejar sin comer a uno de sus hijos pero ella intercedió y pudo levantar el castigo impuesto por el padre de la paciente.

En cuanto a los castigos que la paciente ha sido expuesta, la madre refiere que los recibe porque no demuestra en clases lo que ella estudia en casa, puesto que la inseguridad hace que dude al momento de responder los exámenes orales o escritos, o a planteamientos que le realiza la profesora. La madre refiere que a la paciente le "*cuesta aprender las lecciones*", por lo que ha aplicado un método de estudio en casa, que consiste en realizar un modelo de examen para que M.H. practique las preguntas y la teoría. Agrega que si bien M.H. se aprende la materia, al momento de responder los nervios hacen que se bloquee y no logre responder de manera correcta las evaluaciones.

En cuanto a la rutina diaria en el hogar, la madre refiriere que de lunes a viernes sus hijos no pueden ver televisión durante la mayor parte del día, agrega que sus hijos tienen que estudiar las lecciones desde temprano en la mañana y hacer los deberes con ella; si por algún motivo tiene que salir, su hijo mayor se encarga de ayudarla con las tareas de los hijos menores. Hace hincapié en que lo único que los padres pueden dejar a sus hijos es una buena educación para que se valgan por ellos mismos en un futuro y sean buenos profesionales.

Actualmente la madre se encuentra enferma de los ovarios, su último embarazo fue de riesgo y los doctores le han comunicado que debe operarse. Durante una entrevista M.H. mencionó que

estaba sumamente preocupada por la enfermedad de su madre, y que deseaba que ésta deje de realizar los quehaceres domésticos para que pueda descansar y no se agrave su condición física.

❖ APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA.

a) Diagnóstico descriptivo

M.H. es de contextura delgada, presenta un cuidado personal adecuado. Durante las entrevistas mantuvo siempre una sensación de calma. En algunas entrevistas la paciente muestra sentimientos de tristeza al recordar el fallecimiento de su abuelo y al decir que lo extrañaba. De igual forma expresa tristeza al hablar de los castigos y la presión que recibe por parte de sus padres en relación a las exigencias académicas, además de reflejar sentimientos de angustia cuando relataba los sobrenombres que recibe por parte de sus compañeros. Es importante destacar que cuando la paciente refiere que quisiera huir de la casa cuando su padre la maltrata físicamente, su expresión pasa de la tristeza a la rabia. Durante las últimas sesiones se observan rasgos marcados de resistencia de transferencia por parte de la paciente, puesto que al preguntarle cómo le iba en casa o en clase refería que *"todo estaba bien"* pero al conversarlo con la profesora ésta comentaba lo contrario y enfatizaba, por ejemplo, la aún constante inseguridad de la paciente en el aula. Se infiere que dicho tipo de transferencia se presentó ya que la paciente pudo haber proyectado en la practicante una figura de autoridad lo que posiblemente interfirió en el trabajo.

La Madre refleja un apropiado cuidado personal, es de contextura normal y se mostraba colaboradora durante las entrevistas, en ciertos momentos presenta un discurso ambivalente o contradictorio al referirse, por ejemplo, de los castigos que ella o su esposo imparten a sus hijos. Por otro lado su discurso es autoritario y determinante cuando se refiere a la educación de sus hijos, específicamente de M.H.. La cooperación mostrada en un inicio se ve trastocada ya que la madre de la paciente no asiste a la entrevista pautada para el seguimiento, lo que perturba el proceso. Se recurre a establecer una segunda entrevista pero del mismo modo ésta no asiste a la sesión.

b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Se infiere que la paciente presenta síntomas histéricos con leves rasgos depresivos y paranoides.

- **Síntomas Histéricos:** Presenta teatralidad y conductas que tienen apariencia de representaciones, por ejemplo, cuando la profesora le pregunta algo y cambia esporádicamente su espontaneidad con timidez, además trata de lucir angustiada e insegura. Se infiere que la paciente toma dicha postura para llamar la atención de los que la rodean, en este caso particular, de sus compañeros de clases. Así como también como un mecanismo de defensa para que no la continúen molestando.

- **Rasgos depresivos:** Tristeza y retraimiento frente a la muerte de su abuelo paterno lo cual le afecta hasta la actualidad. Al mencionar dicho acontecimiento la paciente estuvo cerca de llorar pero se contuvo.
- **Rasgos paranoides:** La paciente se siente amenazada frente a los castigos de sus padres, piensa que se va a equivocar cuando realiza un examen o una lección; de la misma manera se presentan estos rasgos cuando piensa en las repercusiones físicas que podrían presentarse si no responde correctamente a las exigencias académicas.

c) **Mecanismos Defensivos**

- **Represión:** Reprime sentimientos dolorosos excluyendo sus manifestaciones en la conducta, puesto que durante las últimas sesiones la paciente no manifiesta la angustia frente a lo que en un inicio le causaba malestar y un conflicto intrapsíquico, específicamente lo referente a la presión que sus padres ejercen en todo lo concerniente al ámbito educativo.
- **Conversión:** Muestra cambios esporádicos de conducta frente a la figura de autoridad (profesora). Por ejemplo, por momentos se encuentra divirtiéndose amenamente con sus compañeras de clase pero al momento en que la profesora se dirige hacia ella, de manera repentina, refleja inseguridad (se tapa la cara, mira hacia abajo, no habla, etc.)
- **Introyección:** Ya que los sentimientos de tristeza de la paciente debido al fallecimiento de su abuelo hace que, frente a la enfermedad de la madre, rece para que ningún miembro de su familia fallezca nuevamente. Se podría inferir que presenta un leve sentimiento de culpa que la hace tomar la posición de interceder frente a la enfermedad de la madre.
- **Proyección:** La paciente atribuye a sus padres intenciones de castigarla frente a cualquier equivocación que pueda presentar en el rendimiento académico.
- **Negación:** Durante entrevistas posteriores niega el malestar que le produce los castigos que recibe por parte de sus padres o las burlas de las que es objeto por parte de sus compañeros.
- **Inhibición:** La angustia que presenta la paciente en relación a la presión por los estudios hace que ella inhiba los conocimientos adquiridos posteriormente.

❖ ANÁLISIS GENERAL DE LOS DIBUJOS.

Durante el proceso psicoterapéutico se emplea la técnica del dibujo, en primera instancia la paciente realiza un dibujo libre y luego procede a realizar el dibujo de la familia por petición de la psicóloga practicante.

En la técnica del dibujo libre la paciente realiza un personaje caracterizando a su hermano L.F.H. de 14 años, luego se dibuja a ella y finalmente dibuja a su abuelo quien falleció en el 2005. La paciente explica la dinámica del dibujo y menciona que ha dibujado únicamente a su hermano ya que los dos fueron los únicos que conocieron a su abuelo mientras éste estuvo vivo. Agrega que las figuras se encuentran en el parque "*corriendo*" y "*jugando a las cogidas*". En relación al dibujo que realiza M.H. se puede inferir que se proyectaron reacciones afectivas de la paciente, ya que si bien el dibujo en su totalidad no denota un proceso de duelo, es sumamente significativo mencionar que incluye a la figura del abuelo fallecido, figura representativa en la vida de ésta puesto que ambos compartían tiempo juntos y tenían un lazo afectivo muy fuerte.

Luego de realizar el dibujo libre la paciente hace el dibujo de la familia, en dicho dibujo se percibe un apego a la realidad de M.H. ya que hubo mayor fidelidad entre el dibujo y la familia de la paciente (dibuja a su padre, madre, hermanos, abuelos paternos –incluye al abuelo fallecido- y ella). Se presentaron características gráficas que manifiestan una leve evasión de la imaginación además de inhibición de la espontaneidad.

❖ PLANIFICACIÓN.

Objetivos en torno al paciente

- Lograr en lo posible que la paciente exprese mediante su discurso aquello que le aqueja y que le causa un conflicto persistente, de manera que esto calme la angustia y que pueda integrarse al medio que se le ha tornado imposible de adaptarse, es decir, a la institución educativa a la que acaba de ingresar.
- Que pueda expresar sus frustraciones en relación al entorno familiar, específicamente a la presión por parte de sus padres para que cumpla las expectativas del colegio al que ingresó. Además que pueda verbalizar el maltrato físico que recibe por parte de sus padres y que vive como irruptivo.

Objetivos relacionados al entorno del paciente:

- Que las figuras parentales, específicamente la madre, quien fue partícipe del proceso psicoterapéutico breve, logre mediatizar los castigos mediante la palabra, puesto que los castigos físicos perturban el desenvolvimiento de la paciente en los diversos ámbitos (familiar, escolar, etc.).

INFORME PSICOLÓGICO No. 9

Guayaquil: 15 de febrero del 2011.

Profesional: Marcela Ulloa Landívar.

❖ DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:	J.R.	
Edad:	12 años	
Escolaridad:	Sexto grado.	
Nombre de la Madre:	J.V.	Edad: 36 años
Ocupación:	Empleada doméstica.	
Nombre del Padre:	H.R.	Edad: 48 años
Ocupación:	Desempleado.	
Número de Hijos:	3 hijos.	
	T.R., Estudiante;	
	C.R., Estudiante;	
	J.R. (12 años) Estudiante.	

❖ PROCEDIMIENTO

- El primer encuentro con el paciente es durante un recreo, se acerca a la practicante y menciona que quiere ser atendido ya que tiene "problemas" y quisiera hablar con alguien. Se le indica que se hablará con la profesora para conocer un poco sus antecedentes.
- La primera entrevista semidirigida se la realiza con la profesora. Tuvo una duración aproximada de 25 minutos.
- La segunda entrevista semidirigida se realiza de manera individual con el alumno J.R. Dicha sesión se llevo a cabo en aproximadamente 35 a 40 minutos.
- La tercera entrevista semidirigida se realiza con la madre del paciente. La duración fue de 50 minutos aproximadamente.
- La cuarta entrevista fue con el alumno de manera semidirigida, se estableció el contrato, número de sesiones, frecuencia, etc. Tuvo una duración aproximada 40 minutos.
- La quinta entrevista semidirigida fue con el paciente, refiere aspectos relacionados a la rehabilitación del padre. La sesión duró 40 minutos aproximadamente.

- En la sexta entrevista se aplica la técnica del dibujo libre en el cual dibuja a su familia y la casa en la que vive. Duración aproximada: 40 minutos.
- La séptima entrevista fue semidirigida con una duración de 25 minutos.
- La octava entrevista fue semidirigida con una duración de 25 minutos.
- La novena entrevista fue de semidirigida en la que se realiza el cierre de las entrevistas. Dicha sesión tuvo una duración de 25 minutos.
- Adicionalmente se llevo a cabo una décima entrevista de control y/o seguimiento con los padres del paciente.

❖ MOTIVO DE CONSULTA

El alumno demanda atención psicológica por iniciativa propia, refiere que tiene "*problemas*". Para conocer información y datos relevantes acerca del alumno se tiene una reunión con la profesora dirigente de sexto grado, durante la cual la profesora indica que el padre de J.R. es drogadicto, no vive en el mismo hogar y no ayuda económicamente con los gastos. En relación a la madre indica que trabaja como empleada doméstica y mantiene a sus tres hijos, además agrega que se encontraba buscando una clínica de rehabilitación para ingresar a su esposo. Un aspecto que le parece importante mencionar es que considera el rendimiento académico de J.R. como regular puesto que tiene notas entre los 13 y 15 sobre 20, además agrega que en ocasiones es conflictivo con sus compañeros, trata de imponerse y manejar al grupo de acuerdo a su manera de pensar y excluye a ciertos compañeros.

Frente a todos los problemas en su hogar, la profesora refiere que J.R. maneja todo con madurez y ha superado las adversidades aún siendo el menor de tres hijos. Informa que J.R. es muy colaborador y participa en todos los eventos que organiza el colegio, ya sea bailando, cantando, etc.

Luego de conocer los antecedentes del paciente por parte de la profesora se tuvo una entrevista con el paciente para indagar el por qué de la demanda realizada, el alumno refiere que su padre es drogadicto y que su madre está tratando de ingresarlo a una clínica de rehabilitación. Comenta que en varias ocasiones acompañó a su padre a comprar drogas. También cuenta que sus padres han peleado y que en la actualidad estaban separados por conflictos maritales.

No se conoce una fecha exacta del inicio del consumo de drogas por parte del padre del paciente pero se infiere que su adicción no es reciente sino que ha sido por un largo periodo de tiempo. En cuanto al bajo rendimiento académico, se pudo tener acceso a la ficha del paciente en la que constaban reportes de bajas calificaciones desde el año 2004.

❖ ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.

El paciente proviene de un contexto socioeconómico bajo, actualmente vive en un terreno alquilado, que una persona conocida de la familia le permitió construir la casa, en dicho terreno no cuentan con agua potable. Anteriormente vivían en la casa de la familia del padre ubicada en Urdesa Norte, pero por las peleas constantes entre los miembros de la familia de su padre y su madre, ésta decidió irse de la casa con sus hijos y construyó una casa pequeña en el terreno antes mencionado. El padre fue a vivir por un lapso de tiempo a la casa de su esposa pero las peleas retornaron lo que causó que él abandone el hogar. En la actualidad el paciente vive con sus hermanas Camila y Thila, ambas mayores que el paciente, además vive con su madre quien se dedica a los quehaceres domésticos.

Durante las mañanas el paciente pasa en casa, luego cuando es la hora de almorzar va con sus hermanas hacia la casa de su abuela quien tiene un negocio de venta de comida, ahí el paciente pasa unas horas hasta que tiene que dirigirse al colegio. En varias ocasiones el paciente refirió que no le gustaba ir a la casa de su abuela porque ella le asignaba muchas tareas como ir a comprar a la tienda, limpiar o ayudar en la cocina, lo que le molestaba demasiado.

Al tener la entrevista con la madre del paciente ésta refirió que en ocasiones golpeaba físicamente a J.R. cuando no se comportaba de manera idónea en casa o cuando presentaba una mala calificación ya sea en la libreta o en alguna lección.

En cuanto al padre éste no tiene un empleo y estuvo ingresado en un centro de rehabilitación durante la mayor parte del tiempo en el que J.R. fue atendido psicológicamente, al finalizar el proceso el padre de J.R. salió del tratamiento ya que fue dado de alta y se tuvo una entrevista con él. Durante la sesión, a la que también asiste la madre de J.R., relata aspectos acerca del consumo de drogas y de lo fácil que es obtener drogas en la ciudad. Alegaba que al conocer ese aspecto de la sociedad se sentía en la necesidad de hablarles directamente a sus hijos de todos los temas para que no corran peligros, por lo tanto en su casa no hay censura ni temas "tabú". Indica que su esposa es más reservada, y que no le cuenta ciertos detalles de la vida de sus hijos, específicamente enamoramientos de sus hijas mayores, etc. La madre interviene y alega que no lo hace ya que todo lo que ella considera privado del núcleo familiar, su esposo lo cuenta a todos sus familiares y eso hace que sus hijas se incomoden puesto que no tienen privacidad, la señora reconoce que en ocasiones ha ocultado información a su esposo por el motivo antes mencionado.

❖ APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA.

a) Diagnóstico descriptivo

J.R. es de contextura delgada, tiene un cuidado personal adecuado. Siempre se mostraba colaborador durante todas las entrevistas, el tipo de comunicación era claro y fluido. El paciente pudo elaborar aquello que lo aquejaba y se le tornaba angustiante. Cuando se refería a las hermanas y a la conflictiva con ellas hablaba con desgano. Cuando hablaba de la adicción a las drogas de su padre lo hizo con tristeza.

La Madre refleja un apropiado cuidado personal, es de contextura gruesa. Se mostraba colaboradora durante las dos entrevistas que se tuvieron con ella. Durante la primera entrevista lloró al comentar los problemas por los que ha pasado ella y sus hijos debido al consumo de drogas de su esposo. En la segunda entrevista que fue con ambos representantes, la madre de J.R. estuvo mayormente en silencio dejando que su esposo se exprese, pero en ocasiones interrumpía para dar su punto de vista.

El Padre, reflejó un cuidado personal adecuado. Es de contextura delgada. El tipo de comunicación se caracterizó por ser fluido, además de expresivo para referirse a sus hijos, usaba el humor en ciertas ocasiones.

b) Diagnóstico Clínico Dinámico

Se infiere que el paciente presenta síntomas histéricos:

- **Síntomas Histéricos:** El paciente responde con teatralidad y reproches al hablar de la conflictiva en el ámbito familiar y escolar, por ejemplo, trata de explicar a manera de reproches las peleas con sus compañeros refiriendo que ellos son los que responden de manera conflictiva frente a sus bromas o indicaciones para hacer los trabajos. De la misma manera al hablar de las peleas con sus hermanas contesta de manera desganada y se posiciona como víctima.

c) Mecanismos Defensivos

- **Represión:** Si bien el paciente habla de manera directa en cuanto a su problemática, por momento se percibió que éste reprimía sentimientos dolorosos que le causaban malestar, por ejemplo, al hablar de la adicción a las drogas de su padre.
- **Conversión:** El paciente dramatiza ciertos acontecimientos por ejemplo en lo que concierne a los problemas con sus compañeros y su conducta. Siempre hace bromas en clase, no mide las palabras, trata de dirigir a un grupo de compañero a su agrado, etc.

- **Racionalización:** Elabora argumentos para explicar los motivos por los que el paciente cree que se han presentado los problemas en el hogar, en su rendimiento académico y en la interrelación con sus compañeros.

❖ ANÁLISIS GENERAL DE LOS DIBUJOS.

Durante las entrevistas clínicas el paciente realiza el dibujo de la familia de manera que pueda proyectar la forma en que percibe los vínculos entre sus miembros.

En primera instancia el paciente dibuja a su hermana T.R., su perrita Rita, su padre H.R., él, su madre J.V. y su hermana C.R. Luego realiza los detalles como el césped, las nubes y el sol; finalmente dibuja la casa en la que refiere vive con su madre y hermanas. De manera general se puede inferir que el dibujo del paciente está apegado a la realidad ya que dibuja a los miembros de su familia y no agrega personajes ficticios.

Un aspecto importante a mencionar es que el paciente, durante el relato en el que explica todo lo referente al dibujo, indica que quisiera que sus padres estén juntos pero argumenta que eso en la actualidad es imposible debido a que su padre se encuentra en un centro de rehabilitación. En cuanto al dibujo de la casa que realiza en la parte superior de la hoja refiere que quisiera que su padre consiga un empleo para que éste pueda alquilar una casa grande, con un cuarto para cada uno, que tenga un patio, una piscina y que cerca vivan unos niños con los que pueda jugar. Todo lo relatado por el paciente da cuenta de lo que él desea en su hogar, es decir, que sus padres vivan juntos, que su padre salga del centro de rehabilitación y que el lugar en el que vivan sea idóneo y acogedor ya que en la actualidad el paciente vive en un hogar en el que no cuenta con agua potable, no es un espacio cómodo, no cuenta con niños de su misma edad con quien compartir. En cuanto a la relación entre los padres, es importante mencionar que en el gráfico el paciente remarca el deseo del éste para que sus padres estén juntos nuevamente y se preocupen por él, le provean cuidados, situación que se evidencia en la parte en que el dibuja los brazos de ambos padres con una gran longitud y dirigidas hacia él.

❖ PLANIFICACIÓN.

Objetivos en torno al paciente:

- Lograr que el paciente pueda articular mediante su discurso aquello que le aqueja y que le causa un conflicto persistente, de modo que esto no perturbe su desempeño en otras áreas como la educativa, específicamente en el rendimiento académico.
- Lograr que el paciente pueda expresar sus frustraciones en relación al entorno familiar.

Objetivos relacionados al entorno del paciente:

- Lograr que las figuras parentales se involucren en el proceso, para lo cual se citó a la madre del paciente en una primera ocasión y luego a ambos padres.

- Lograr que los padres tengan un mayor seguimiento y preocupación sobre el rendimiento académico de su representado, ya que se pudo evidenciar en la ficha del alumno que se han enviado varios protocolos y reportes desde aproximadamente el año 2004 en los que se les comunica a los padres sobre las bajas notas de su representado.
- Que el padre, luego de la rehabilitación, retome su lugar como figura representativa para J.R., esto debido a que el padre se presenta más como un amigo de sus hijos que como un referente regulador.
- Que la madre reduzca significativamente los castigos físicos y que logre suplirlos con castigos mediatizados por la palabra para que J.R. no los viva como amenazantes.

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS CLÍNICO.

“El síntoma del niño--- entre la estructura familiar y la institución escolar”

Luego del trabajo realizado en la institución educativa se pudo evidenciar una estrecha interrelación entre la formación de los síntomas y la dinámica tanto escolar como familiar. El trabajo clínico solo puede realizarse en la medida que el síntoma presentado por el sujeto no sea meramente catalogado como una conducta discordante con las exigencias o normas sociales, sino que por el contrario, se realice una lectura profunda de dicho síntoma, una lectura que dé cuenta de éste como una construcción particular de la cual el sujeto se sirve para manifestar aquello que lo aqueja, lo perturba, lo angustia.

El síntoma es rico en significación en tanto expresa algo de lo más íntimo del sujeto, algo en relación a aquello que a ese sujeto lo divide, aquello que lo sitúa frente a un imposible. Lo vemos claramente en el caso de K.A., alumna que se encuentra constantemente expuesta a los maltratos tanto físicos como verbales de su madre, a los reproches, las agresiones y las amenazas, *“mi mami me aruñó porque no sé restar”, “es que se le fue la mano, siempre se le va la mano, tiene las uñas largas”, “después me pegó con el látigo”, “mi mami dice que me va a bañar en sangre con látigos de cuero”, “me tiró una mesa”, “vuélveme a sacar una mala nota y te recontra que mato”,* Dentro del salón, el comportamiento de K.A. no responde a las expectativas de la maestra, quien indica que la alumna *“trata de llamar la atención, es agresiva, no acepta limitaciones”*.

K.A. realiza, inconscientemente, un llamado al Otro. Frente a esta relación con una madre omnipotente y tenaz K.A. experimenta niveles de angustia que le resultan intolerables e inmanejables. No existe una relación materno-filial sostenida en un vínculo vivificador, de amor y de reconocimiento, sino que por el contrario dicha relación da cuenta de un juego mortífero dentro del cual K.A. queda expuesta a una transmisión fallida, imperante e incuestionable de los límites por medio del maltrato. La palabra, el discurso, el sostén, escapan a dicha relación y es debido a esto que no existe en la alumna una incorporación de los límites y las regulaciones, situación que vemos claramente cómo es trasladada al entorno escolar. K.A. se muestra como síntoma de aquello sintomático dentro de la estructura familiar. Ella ha sido situada en el lugar de desecho, de abuso y no existe un Otro que venga a realizar un corte en dicha relación, su padre no interviene eficazmente como un tercero o un intermediario, sino que por el contrario se limita a ser un mero espectador del maltrato o inclusive participe del mismo.

Es palpable la forma en que la estructura familiar, es decir aquel primer lugar de referencia y sostén para el niño, lugar que le provee de los elementos necesarios para forjar su identidad, resulta de suma importancia dentro de la formación de los síntomas. Si bien dentro de la dinámica familiar surgen los primeros vínculos que permiten que el sujeto, en primera instancia, advenga como tal, dicha dinámica puede tornarse también en muchas ocasiones patológica.

En relación al caso de J.H., a través de su comportamiento inquieto da cuenta que su formación sintomática manifiesta un malestar, ya que como su madre indica *"siempre ha sido inquieto", "a veces no me quiere hacer los deberes", "a veces no termina lo que está haciendo, está haciendo los deberes, ve algo y se distrae enseguida, no termina, es lento para hacer las cosas"*. Además el paciente indica que *"cuando no estoy haciendo los deberes me distraigo y no los termino, hago con mi mami los deberes, con mi papi no porque llega tarde, como a las 11 de la noche llega"*. Es decir que a través de su comportamiento inquieto el paciente muestra el malestar que le ocasiona su problemática familiar, ya que como la madre del paciente indica *"el papá no me habla, no me deja ni para la comida, sólo 3, 4 dólares, me contesta de mala gana"*.

Es necesario mencionar que a través del comportamiento que manifiesta el paciente, también se puede evidenciar el lugar que ocupa el niño en relación a sus vínculos parentales, debido a que la madre no se relaciona con su hijo de manera adecuada por la forma en que ejerce la ley sobre el comportamiento del niño, a través de maltratos físicos, también porque la madre ha dejado en segundo plano el vínculo con su hijo, privilegiando el vínculo con su otra pareja, con la cual tuvo algunos conflictos que le afectaban emocionalmente a J.H., ya que como la madre refiere *"J.H. ha escuchado cómo me insulta y se pone grosero conmigo", "él me ha dicho: mamita yo si he visto cómo mi papito te trata mal, se porta mal contigo, te insulta y te mira mal". "Una vez le apunté con un revólver porque me hizo dar coraje, pero J.H. me dijo que no le haga nada malo por eso entré en razón y no pasó a mayores, estaba descontrolada"*.

Además, es importante recalcar la ausencia del padre en la vida del paciente *"a veces no lo veo porque llega tarde", sí lo extraño", "me quedo esperando a mi papi que llegue en la noche. El domingo pasé con mi papi viendo películas", "con mi papi no hago deberes, el fin de semana salimos a pasear, por ahí a dar vueltas, vamos a Casa Tosi". "Mi papi no me pega, sólo me regaña"*.

Si bien el paciente no comparte mucho tiempo con su padre, cuando lo comparten realizan actividades agradables para J.H., como su madre menciona *"al papá no lo ve mucho sólo los domingos, se lo lleva a comer pero él tiene que hacer los deberes, salen todo el día y lo regresa a la casa tarde en la noche y a veces no hacen los deberes o se quedan hasta tarde haciéndolos, por eso es que el bebe se queda dormido en la clase"*.

A pesar de que existe una relación entre el padre y el paciente, el padre ubica al paciente en un lugar cargado de afecto, pero sin esa ley mediadora que regule el comportamiento del niño, lo cual se evidencia en la inquietud y desatención del niño en las clases, ya que como la madre del paciente menciona *"el papá lo engríe mucho, lo trata como un bebé, le dice papuchito y él ya no es un bebé, cuando está el papá no quiere hacer nada, se pone malcriado, rebelde, me contesta de mala manera, luego se me acerca a pedirme perdón"*.

El comportamiento inquieto de J.H. se debe a la ambigüedad con que se ejercen las normas dentro del hogar, ya que es la madre del paciente quien debe hacerse cargo de las responsabilidades y es quien debe transmitir la autoridad dentro del hogar, ya que como la madre indica *"él me desautoriza delante del bebe, yo le digo que haga los deberes y él se lo lleva"*

a pasear o les dice que los haga luego y se ponen a ver televisión”, “cuando él lo reta por algo que ha hecho le habla despacito”, “yo le he dicho al papá que se le ponga bravo y firme para que J.H. se dé cuenta de que está haciendo mal”. Se evidencia claramente el importante papel de los vínculos y lazos familiares dentro de la formación de los síntomas. J.H. y su padre mantienen una relación de pares, dentro de la cual el padre no logra ejercer autoridad y no interviene en la vida del alumno como una figura que instaura el límite, sino desde un lugar de amigo cuya presencia es meramente afectiva. Es desde este lugar que J.H. elabora su síntoma, en tanto no ha logrado incorporar la ley debido a dicha falencia dentro su hogar.

De la misma manera que la relación paterno filial tiene repercusiones dentro de la estructuración subjetiva del niño, la relación materno filial representa un vínculo primordial, cuyas características y condiciones afectarán también el desenvolvimiento del niño en los diferentes entornos dentro de los cuales se desenvuelva. S.P. es un paciente de 7 años que vive con su madre, su abuela y su tía materna. Hasta los cuatro años de edad, S.P. veía a su padre cada tres meses, sin embargo, desde los 5 años de edad, lo ve aproximadamente una vez al año. Su madre refiere “solamente mi atención es para él, no tengo una pareja que atender”, “si es mi mundo, es mi mundo y mi hijo”, “es como que él es mi hermano, siempre he tenido la confianza de él, pero sin abusar, así como Dios”. La relación entre S.P. y su madre es de carácter alienante, se trata de una relación dentro de la cual la madre tiende a ubicar a S.P. como su único objeto de deseo, sin dar espacio a su ser de mujer y la necesidad de entablar una relación con una pareja, sino que por el contrario se limita únicamente a cumplir su rol materno, centrando toda su atención en su hijo, “desde que nació mi hijo no tengo a nadie”, “yo nunca lo dejo solo”, “siempre me ha visto sola”, “él me dice tú solamente eres mía”. Dicha situación expone a S.P. a una relación cuya cercanía extrema le resulta, inconscientemente, sumamente angustiante y displacentera y es desde este lugar, preso del deseo materno, que elabora su síntoma.

Se encuentra posicionado desde el lugar de -ser todo para su madre-, un apéndice o extensión de la misma. Dentro del salón, la maestra indica que S.P. “es un poco inmaduro, pudiéramos pensar que es de 5 o 6 años, es sumamente inquieto, no para, participa pero rara vez bien”, muestra una evidente “distracción”, “conversa en clase, no logra concentración al momento de trabajar”. Es mediante dicha inquietud y distracción constante, que S.P. intenta disminuir sus niveles de ansiedad, de salir de ese lugar de objeto que le ha sido adjudicado, de realizar un distanciamiento que le permita situarse en un lugar fuera del -ser todo para mi madre-. Frente a la ausencia, casi permanente, de su padre, y a la sobreprotección de su madre, la transmisión de los límites y la autoridad se ha visto sumamente debilitada. No existe una mediación efectiva de dicho tercero que venga a cortar o separar esa relación dual madre-hijo. La madre, tras posicionarse en ciertas ocasiones en una relación de igual con su hijo, al momento de intentar luego transmitir normas ha tenido que recurrir a las agresiones físicas o las amenazas verbales, “antes no me obedecía, si le doy un solo correazo obedece”, “en lo que es autoridad está avanzando, él no me hace caso en el primer llamado, sino en el tercero, he avanzado, antes no me hacía caso ni en el tercero”, “antes no podía decirle no, ahora sí, antes era más débil”. Refiere que su hijo “está como a gritos pidiendo la autoridad, del papá”.

Tal como se mencionó anteriormente, vemos como se evidencia el hecho de que cuando existe algo del orden de lo patológico ya sea en la relación materno-filial, la relación paterno-filial, la relación entre hermanos o la relación de pareja, el niño da cuenta de aquella verdad, de aquello que dentro de su estructura familiar no marcha bien, aquello problemático. Su síntoma es la respuesta a ese aspecto de su entorno familiar que le causa malestar, el niño responde desde su particularidad y desde el lugar que ocupa dentro de su familia. Es desde este lugar que formula un síntoma que le posibilita que aquello del orden de lo intolerable, se vea, en cierta medida, atenuado y por ende le resulte menos insoportable.

En el caso de C.O., un paciente de 12 años, sus padres se encuentran en un proceso de separación, ambos padres han tenido constantes peleas ya que la madre alega que su esposo es quien debe dejar el hogar, pero por su parte el padre de C.O. refiere que él no se irá de su casa. La madre de C.O. relata que en una ocasión su esposo quiso agredirla físicamente con un cuchillo por lo que ella lo demandó pero luego detuvo el proceso legal. Actualmente la madre está asesorándose para demandarlo en el plano económico, ya que en los últimos meses no ha aportado económicamente para los gastos del hogar.

En cuanto al padre, éste se ubica como amigo de su hijo, como en una relación de pares, durante las noches le cuenta sus problemas y le habla acerca de su esposa. Hay un discurso marcado en el que tanto C.O. como su padre infieren una infidelidad por parte de la madre del paciente. La madre refirió que en una ocasión C.O. le había indicado que la iba a acompañar cuando se dirija a estudiar para ver si realmente eso es lo que ella realizaba durante las tardes, frente a esto la madre de C.O. le indicó que no debía pensar cosas malas de ella y que él no tenía por qué supervisar sus actividades diarias. Se puede observar cómo la intervención paterna no se encuentra cumpliendo la función de límites y regulación sino que se presenta como un amigo, en varias ocasiones la madre mencionaba que su esposo la contradecía cuando ella implantaba límites y que debido a esto C.O. se estaba portando rebelde. Dicha ambivalencia en los discursos, la constante desautorización entre ambos, los comentarios que hace el padre acerca de su esposa y las constantes peleas entre ambos hacen que C.O. refleje en su rendimiento académico aquello que en casa se presenta como sintomático en la pareja parental.

En un primer momento C.O. mencionó que él no copiaba las tareas en el diario o no realizaba los deberes porque se olvidaba, pero en una entrevista posterior indicó que pasa la mayor parte del tiempo pensando en la posible separación de sus padres, por lo que se puede inferir que C.O. está reflejando aquello que se le torna angustiante en el hogar y que lo traslada en el ámbito escolar. Otro aspecto que es importante mencionar es que la madre de C.O. lo agrede físicamente cuando éste no le obedece o no cumple las tareas, trae malas notas, etc. en varias ocasiones C.O. acotó que no le gustaba que su madre lo agrede físicamente ya que tenía "*la mano gruesa*", además la madre en una entrevista refirió que le había dado "*tres correazos*" porque no le había hecho caso y que como reacción a esto C.O. no le había hablado durante todo el fin de semana, aspecto que se asemeja a la relación actual de sus padres, ya que si bien ambas figuras parentales viven en una misma casa se ignoran constantemente, no se hablan y si

en alguna ocasión dialogan sobre cualquier aspecto terminan peleándose e ignorándose nuevamente. Como se mencionó anteriormente, aquello que se problematiza o se presenta como conflictivo en la pareja parental va a verse reflejado en los comportamientos de los sujetos que perciben el vínculo parental como desestructurado y van a traducir en sus comportamientos aquello que no logran mediar por la palabra.

Como segunda vertiente a tener en consideración al momento de analizar el síntoma presentado por un niño, tenemos la dinámica institucional dentro de la cual se encuentra inmerso. Al igual que el círculo familiar, la institución se convierte para el niño en un lugar primordial, cuyas características y condiciones pueden, en muchas ocasiones, resultar propensas para la formación de síntomas. Sabemos que el sujeto, forja dentro de dicha institución vínculos y lazos que le brindan referentes y puntos identificatorios, y que le ofrecerán o no, el sostén necesario a lo largo de su proceso educativo. Los efectos de dicha institución en el sujeto pueden acarrear muchas veces un alto grado de sufrimiento psíquico. El sujeto es también un sujeto de la institución, y como tal la padece.

J.D. tiene 7 años de edad, es derivado al Departamento de Psicología por su maestra dirigente, quien indica que es un alumno *"inquieto, poco obediente, irrespetuoso, toma cosas ajenas"*, *"es malcriado, agrede a los compañeros y eso le trae problemas de aprendizaje porque está inquieto, está distraído, utiliza lenguaje poco apropiado y a veces obsceno, es cínico para aceptar sus faltas y errores"*. Su madre recibe constantemente llamados de atención por parte de las autoridades del colegio, citaciones vía el diario, convocatorias a reuniones con la maestra dirigente y/o con la psicóloga de planta, advertencias sobre la posible negación de matrícula para el próximo año en caso de que su hijo no mejore su comportamiento. En el mes de Julio del presente año, el padre de J.D. muere de manera abrupta y violenta, tras ser quemado vivo dentro de la cárcel en la que se encontraba preso debido a verse involucrado en actos ilícitos, situación que J.D. conoce al ver las imágenes que son transmitidas por la televisión. Luego de dicho suceso, la madre de J.D. debe trabajar durante el día y la noche y por ende dejar a su hijo a cargo de su hermano mayor de 12 años. El alumno no cuenta con supervisión ni control de un adulto. Frente a la muerte de su padre y a la ausencia, casi completa, de una figura que impartiera límites dentro de su estructura familiar, J.D. comienza a presentar comportamientos mucho más marcados, tal como lo indica su maestra, *"es insolente, pierde la atención, dice palabras fuertes como 'viejo maricón'"*, *"esta situación del padre le ha afectado hartísimo"*. Se ve involucrado en problemas altamente sancionados dentro de su entorno escolar, tal como orinar encima de un compañero durante la hora de recreo o treparse a los árboles para coger mangos.

J.D. se encuentra atravesando un proceso de duelo, partiendo desde el concepto que *"el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc."*⁷⁸. El tener que enfrentar la pérdida de su padre y verse

⁷⁸ Freud, Sigmund. *Obras Completas Tomo II, Duelo y Melancolía*, Pág. 2091 1ª Edición Buenos Aires, El Ateneo, 2003.

imposibilitado de contar con las herramientas simbólicas para hacerlo, puede situar al sujeto ante una experiencia traumática. El trauma deviene en tanto escapa al lenguaje, y por ende, el sujeto no puede capturarlo o envolverlo por medio de la palabra. Lo traumático se encuentra profundamente arraigado con la historia particular de cada individuo, es por esto que aquello que sobreviene como traumático para una persona, puede no serlo para otra. Son infinitas las maneras en que un niño puede elaborar la pérdida de un familiar o ser cercano. La respuesta ante el duelo y ante lo traumático varía dependiendo de cada caso. Ésto se debe a que *"no hay una línea directa que una el hecho potencialmente traumático y la repercusión en el sujeto"*⁷⁹.

Vemos que J.D. elabora su síntoma como una respuesta frente a dicho encuentro con lo traumático, su comportamiento se aleja cada vez más a lo esperado por la escuela, es agresivo con sus compañeros, realiza caso omiso a los continuos llamados de atención de su maestra, se muestra inquieto dentro del salón y falta el respeto tanto a sus compañeros como a sus autoridades. Existe, mediante dichas manifestaciones, una demanda por parte del paciente, dirigida a un Otro al cual ubica como posibilitado de enunciar aquello que él se ve incapacitado de explicar. Sin embargo, resulta importante el cuestionar *¿hasta qué punto la escuela, le provee, durante este momento de duelo, el acompañamiento para que pueda atravesar dicho proceso sin quedar preso de marcas segregativas dentro del entorno escolar? ¿Hasta qué punto la escuela es capaz de brindarle al sujeto la posibilidad de experimentar un sentimiento de pertenencia dentro de una escuela que lo acoge? ¿Hasta qué punto la escuela es capaz de realizar una lectura profunda de dicho síntoma, lectura dentro de la cual éste sea visto como un llamado, una respuesta, una elaboración de la cual el sujeto se sostiene para afrontar dicha situación traumática, más no una lectura que catalogue dicho síntoma como un impedimento para su -correcto- funcionamiento escolar estandarizado?*

Frente a un caso como el de J.D., se prioriza que el sujeto logre poner en palabras aquello que experimenta como traumático. En la medida que este Otro venga a resituarlo, a prestarle las palabras que se escapan de su alcance, el sujeto podrá elaborar o tramitar la pérdida, puesto que *"los efectos de un hecho trágico dependen de cómo este hecho es realmente simbolizado por los adultos de su entorno (...) se trata de una palabra en tanto que recibida y no simplemente como función de comunicación"*⁸⁰. Para aquellos sujetos de corta edad, resulta en ocasiones sumamente complicado el lograr comprender y elaborar una situación de duelo, lo cual se da aún en mayor grado si la pérdida corresponde a alguna persona íntimamente cercana y familiar, tal como sucede en el caso estudiado. La vivencia de una muerte cercana ocasiona a nivel subjetivo dicho vacío del orden de lo imposible, de lo real, se trata de un hueco que no puede llenarse sino bordearse, al cual no se le puede adjudicar palabras, el trauma constituye

⁷⁹ Revista del Instituto del Campo Freudiano, *El Niño*, Barcelona, Distribuida por Paidós Ibérica. Responsable editorial: Anna Aromí. Artículo *"Del trauma... ¿qué sé?"* Pág. 50, Autor: Psic. Mariona Andreu, Psic. Josep María Alcañiz.

⁸⁰ Revista del Instituto del Campo Freudiano, *El Niño*, Barcelona, Distribuida por Paidós Ibérica. Responsable editorial: Anna Aromí. Artículo *"Del trauma... ¿qué sé?"* Pág. 50, Autor: Psic. Mariona Andreu, Psic. Josep María Alcañiz.

pues "cualquier choque emocional capaz de dejar una huella indeleble"⁸¹. El no encontrar un sentido a los sucesos de muerte de su padre, dirige al sujeto en una búsqueda continua de colmar la carencia subjetiva del sinsentido, y dicha respuesta es elaborada a través de un síntoma. Es en este punto particular que podemos asociar el proceso de duelo con el surgimiento de un determinado síntoma y leer éste como un mensaje dirigido a Otro. Si se plantea que el hecho traumático vivenciado en el proceso de duelo lleva al niño a experimentar altos niveles de angustia, notamos cómo en este caso dicha angustia lo desborda a nivel de la motricidad. Su movilidad del cuerpo, su inquietud y agresividad, podría remitirse a una necesidad de carácter urgente de sentirse vivo. La presencia dominante y recurrente del significativo "muerte" en la historia del sujeto, lo lleva a situarse en un estado de constante movimiento que se ubica como contrapartida al rigor corporal que caracteriza a un cadáver.

J.D. menciona no conocer detalladamente lo que sucedió con su padre, "me parece mentira que se murió, ¿por qué se murió?", indica que su madre no le ha explicado "nada" y que desearía que fuera ella quien le cuente los acontecimientos, refiere no haberle preguntado aún a su madre la razón de la muerte de su padre. Lo que conoce acerca de lo sucedido, lo conoce debido a medios televisivos, "lo vi en el doce, ahí lo estaban quemando, es que mi papi tiene un carro igualito que habían robado y pasaron por ahí y lo cogieron y lo llevaron a una casa, hicieron un hueco, echaron gasolina y mi papi no podía salir, salió por la puerta y ahí lo cogieron y al otro ni lo tocaron". Resulta relevante plantear que "el problema radica cuando no se dispone de palabras para dar sentido. Esa carencia, esa falta de saber sobre lo que ocurrió, es la que fija el trauma y lo hace capaz de insistir sin dejar en paz al sujeto. Un hecho no es traumático por su gravedad sino por el valor de ruptura, por confrontar al sujeto a una realidad desconocida que le afecta en su ser"⁸².

Frente a una situación de duelo, el trabajo psicológico plantea que es necesario apuntar a un trabajo que se sostenga en la particularidad del sujeto y la manera en que éste afronta dicha vivencia, proceso cuyos resultados pueden darse no dentro de los límites de tiempo planteados y exigidos por la institución, que generalmente espera cambios inmediatos o a corto plazo. Es por esto que vemos que si bien J.D. se encuentra atravesando dicho proceso de duelo, a la par de dicha travesía, la institución ejerce un alto grado de presión para que responda según las normas y exigencias de la misma. Debe reacomodarse nuevamente según el orden educativo, de lo contrario, se convierte en un candidato no idóneo para continuar dentro de dicha institución. Frente a los intentos fallidos de las autoridades de reinsertar al alumno dentro de la norma educativa, intentos durante los cuales son "empleados todos los procesos productores de indiferenciación y de homogeneización", las autoridades consideran que "la escuela no puede

⁸¹ Revista del Instituto del Campo Freudiano, *El Niño*, Barcelona, Distribuida por Paidós Ibérica. Responsable editorial: Anna Aromí. Artículo "Del trauma... ¿qué sé?" Pág. 49, Autor: Psic. Mariona Andreu, Psic. Josep María Alcañiz.

⁸² Revista del Instituto del Campo Freudiano, *El Niño*, Barcelona, Distribuida por Paidós Ibérica. Responsable editorial: Anna Aromí. Artículo "Del trauma... ¿qué sé?" Pág. 51, Autor: Psic. Mariona Andreu, Psic. Josep María Alcañiz.

continuar invirtiendo en dicho estudiante” y es por esto que toman la decisión de “darle el paso a otra escuela” ya que refieren que existen “muchas limitaciones para brindarle la atención que necesita”. Vemos claramente la manera en que “la institución puede verse enormemente limitada en su capacidad de ofrecer seguridad, gratificación, posibilidades de reparación y desarrollo eficiente de la personalidad”⁸³. Su primordial deseo en este caso particular, es la urgente adaptación del alumno a su entorno, imponiendo un discurso dominante que excluye toda posibilidad de alojar la particularidad del sujeto, no presta un lugar de escucha, lugar dentro del cual prevalece la palabra y el deseo. Mediante la continua presión ejercida sobre el alumno, obturan toda posibilidad de elaboración y tramitación del proceso de duelo, sin respetar el tiempo particular que cada sujeto necesite para salir del mismo y como resultado de dicha salida, lograr, lo más exitosamente posible, reinsertarse nuevamente según las exigencias de su entorno.

⁸³ Bleger, J. “Psicohigiene y psicología institucional” Bs.As. Paidós. 1976. Pág. 81.

CAPÍTULO 6: ASPECTO PSICOPATOLÓGICO.

6.1 HISTERIA:

Dentro de los casos trabajados a lo largo de estas prácticas se pudo evidenciar que predomina en los niños una sintomatología histérica, en ciertos casos con rasgos depresivos. Dichos niños mostraban síntomas tales como conductas manipuladoras, dramatizaciones, conductas desafiantes a la autoridad, berrinches frente a alguna orden que no fuera de su agrado, conductas para llamar la atención de los otros y dentro de los rasgos depresivos una evidente tendencia a la irritabilidad, sentimientos de culpa, abandono, tristeza y aplanados emocionalmente.

En el Diccionario de Psicoanálisis de Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis ambos autores hacen mención a la histeria como una clase de neurosis que ofrece cuadros clínicos muy variados. Agregan que las dos formas sintomatológicas más definidas son la *histeria de conversión* "en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales"⁸⁴ por ejemplo la crisis emocional con teatralidad o duraderos como las "anestias, parálisis histéricas, sensación de "bolo" faríngeo, etc."⁸⁵. Y la *histeria de angustia* en la cual la angustia se haya fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias).

Desde el psicoanálisis la estructura histérica puede relacionarse con "diversos cuadros clínicos que se traducen en la organización de la personalidad y el modo de existencia, incluso en ausencia de síntomas fóbicos y de conversiones manifiestas"⁸⁶. La histeria se caracteriza por "el predominio de cierto tipo de identificación, de ciertos mecanismos (especialmente la represión, a menudo manifiesta) y en el afloramiento del conflicto edípico que se desarrolla principalmente en los registros libidinales fálico y oral"⁸⁷. Por influencia de los trabajos de Charcot sobre la histeria se planteó que ante la ausencia de toda lesión orgánica los síntomas histéricos se atribuían a la "sugestión, a la autosugestión, o incluso a la simulación"⁸⁸. Freud por su parte plantea a la histeria como una enfermedad psíquica bien definida refiriéndose a ella como una "enfermedad por representación".

La histeria de conversión es aquella forma de histeria que se caracteriza por el predominio de la represión y conversión. Freud en sus inicios no utilizaba la expresión "histeria de conversión" puesto que "el mecanismo de la conversión caracterizaba entonces la histeria en general"⁸⁹. Fue en el caso Juanito que Freud hizo referencia al término "histeria de conversión" de la siguiente

⁸⁴ LAPLANCHE, Jean. PONTALIS, Jean-Bertrand. "Diccionario de Psicoanálisis". Editorial Paidós 1996. Pág. 171.

⁸⁵ Op. Cit. Pág. 171.

⁸⁶ Op. Cit. Pág. 171.

⁸⁷ Op. Cit. Pág. 171.

⁸⁸ Op. Cit. Pág. 171.

⁸⁹ Op. Cit. Pág. 173.

manera "existe una histeria pura de conversión sin angustia alguna, al igual que existe una histeria de angustia simple, que se manifiesta por sensaciones de angustia y fobias sin que se asocie la conversión"⁹⁰.

En cuanto a la definición de "conversión", Laplanche y Pontalis la definen como aquel "mecanismo de formación de síntomas que interviene en la histeria y más específicamente en la histeria de conversión"⁹¹, el cual "consiste en una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (por ejemplo, parálisis) o sensitivos (por ejemplo, anestias o dolores localizados)"⁹². La palabra "conversión" tiene un origen "económico" en Freud: "la libido desliga la representación reprimida se transforma en energía de inervación"⁹³ por lo tanto "la conversión es correlativa al desprendimiento de la libido de la representación en el proceso de la represión". Además presenta una connotación "simbólica" ya que "tales síntomas se expresan, a través del cuerpo"⁹⁴, las representaciones reprimidas se presentan deformadas por los mecanismos de la condensación y el desplazamiento. Freud indica que "la significación es tal que un mismo síntoma no solamente expresa varias significaciones a la vez, sino también sucesivamente"⁹⁵.

Posteriormente en el texto "La Histeria" Freud refiere que dicha estructura se caracteriza por tener como antecedentes sucesos que al enfermo le desagrada recordar y que el sujeto no recuerda y que generalmente están ligados a sucesos de su infancia. Entre dichos sucesos traumáticos y la patología histérica no existe sino una relación simbólica, en la que se traduce aquello que fue angustiante para el sujeto. El sobresalto, es decir el trauma psíquico, será el desencadenante de la histeria traumática, Freud indica "cualquier suceso que provoque los efectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico puede actuar como tal trauma, de la sensibilidad del sujeto depende que el suceso adquiera o no importancia traumática"⁹⁶. Dicho trauma psíquico no actúa meramente como causal de la histeria, sino su recuerdo a modo de cuerpo extraño, que continúa ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente aunque dicho suceso haya ocurrido hace mucho tiempo. Cuando la reacción del sujeto frente al suceso no llega a expresarse en actos o palabras, ni por medio del llanto, el recuerdo del suceso conservará al principio una acentuación afectiva.

Los sujetos no dispondrán de dichos recuerdos ya que "tales sucesos faltan totalmente en la memoria de los enfermos, hallándose éstos en su estado psíquico ordinario, o sólo aparecen contenidos en ella de un modo muy sumario"⁹⁷, de modo que se reprimían, es decir expulsaban

⁹⁰ Op. Cit. Pág. 173.

⁹¹ Op. Cit. Pág. 85.

⁹² Op. Cit. Pág. 85.

⁹³ Op. Cit. Pág. 85.

⁹⁴ Op. Cit. Pág. 85.

⁹⁵ Op. Cit. Pág. 85.

⁹⁶ Op. Cit. Pág. 10.

⁹⁷ Op. Cit. Pág. 13.

de la conciencia, aquello que causó malestar y que, como se mencionó anteriormente, no se pudo descargar con alguna reacción por parte del sujeto debido a los graves efectos paralizantes.

Cuando los pacientes logran canalizar el trauma por medio de la palabra el efecto del suceso traumático puede desaparecer inmediata y definitivamente dependiendo de cada caso, esto ocurría según Freud cuando *“se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso dando expresión verbal al afecto”*⁹⁸ ya que el recuerdo desprovisto de la carga afectiva era ineficaz para el tratamiento.

Juan David Nasio refiere acerca de los sujetos histéricos *“precisamente lo que explica la tristeza que suele agobiar a los histéricos es el hecho de verse relegados a este lugar de excluidos. Los histéricos crean una situación conflictiva, escenifican dramas, se entrometen en conflictos y luego, una vez que ha caído el telón, se dan cuenta, en el dolor de su soledad, que todo no era más que un juego en el que ellos fueron la parte excluida”*⁹⁹.

6.2 MECANISMOS DE DEFENSA.

6.2.1 REPRESIÓN:

Otto Fenichel indica que *“la Represión es el mecanismo que consiste en el olvido intencional (inconsciente) de impulsos internos o de hechos externos, o en no darse cuenta de los mismos, los que por regla general, representan posibles tentaciones o castigo por causa de exigencias instintivas censurables, o meras alusiones a tales exigencias. El hecho de excluir (intencionalmente) de la consciencia estos datos tiene evidentemente el propósito de aminorar sus efectos reales, así como también el dolor que implicaría hacerse consciente de los mismos”*¹⁰⁰. Tal es el caso de C.O., el cual presenta cierta represión de sus sentimientos, afectos, específicamente sus sentimientos dolorosos, lo cual se pudo evidenciar durante las últimas sesiones. El paciente mediante este mecanismo evita mostrar la tristeza frente a la posible separación de sus padres.

Además agrega que lo reprimido *“aún cuando no es sentido conscientemente, continúa en vigor. El yo sólo puede librarse enteramente de lo reprimido en aquellos casos a los que hemos dado el nombre de sublimaciones y que algunas veces reciben la denominación de represión exitosa”*¹⁰¹. Dentro de los casos se pudo evidenciar que las conductas que manifiestan los pacientes dan cuenta de cierta represión de sus impulsos para poder adaptarse a su ámbito escolar; sin embargo estas conductas también dieron cuenta de un malestar a partir de su síntoma, por lo cual los pacientes eran derivados a la consulta psicológica.

⁹⁸ Op. Cit. Pág. 11.

⁹⁹ COLOMA ANDREWZ, Jaime. “Histeria y Contratransferencia”.

¹⁰⁰ FENICHEL OTTO. “Teoría Psicoanalítica de las Neurosis”, pág.297

¹⁰¹ Op. Cit. Pág. 297

Depende de cada historia particular que el sujeto reprima o no aquello que vivencia como traumático, *"a veces se recuerdan los hechos como tales, pero sus vinculaciones, su significación, su valor emocional, son reprimidos. Los conflictos surgen cuando se producen experiencias nuevas, que tienen alguna vinculación con aquello que ha sido previamente reprimido"*¹⁰². Lo cual se presenta en el caso de S.P. debido a que el alumno reprime sentimientos dolorosos en relación a la ausencia de la figura paterna; ya que hace unos años atrás solía ver a su padre frecuentemente, sin embargo, actualmente éste no lo visita y se limita a velar por sus necesidades económicas. Se trata de un padre que no le brinda los referentes y el soporte necesario que dicha figura debe brindar, no existen vínculos afectivos fuertes y sólidos entre ambos.

El sujeto busca por otra vía la manera de canalizar aquello que en un primer momento se volvió displacentero, *"hay una tendencia, en este caso, de parte de lo reprimido, a utilizar el nuevo conocimiento como vía de desahogo, una tendencia a desplazar hacia el mismo su propia energía, a transformarlo en un "derivado". La tendencia a usar esta forma de desplazamiento como medio de lograr una descarga a veces tiene éxito. El análisis de las exageraciones neuróticas, a saber, actitudes en las que hayamos una sobrevaloración emocional de una cosa relativamente inocua, demuestra que se trata de derivados de algo que había sido reprimido. El aparente absurdo de la valoración emocional del caso resulta comprensible como resultado del desplazamiento"*¹⁰³.

Si bien el sujeto intenta desplazar por una vía alterna aquello que lo angustia, esto no se logra siempre de manera efectiva, *"otras veces fracasa el intento, de parte de lo reprimido, de hallar una vía de desahogo: se produce entonces una tendencia a reprimir todo suceso vinculado asociativamente al material originariamente reprimido, en una palabra, una tendencia a reprimir los derivados de la misma manera como antes fue reprimida la exigencia originaria. A esto se da el nombre de represión secundaria"*¹⁰⁴. Dentro del análisis de los casos, se evidencia que los pacientes recurren inconscientemente a este mecanismo de la represión como una forma de evitar la angustia, canalizar el displacer, el cual surge con un evento doloroso para el paciente y se da la represión para evitar sentirse afectado emocionalmente.

Frente a las asociaciones que los pacientes hacen a lo largo de su discurso tienden a reprimir aquello que les resulta insoportable, *"da la impresión como si lo reprimido fuera algo así como una fuerza magnética que atrajera todo aquello con que de algún modo está relacionado, de manera que esto último, a su vez, también es reprimido. En realidad, no es que el material asociativamente vinculado a lo reprimido sea atraído dentro de éste, sino que dicha fuerza trata de transformar ese material en un derivado, con lo cual las mismas fuerzas que realizaron la primera represión reprimen a su vez el nuevo material"*¹⁰⁵. Como es el caso de J.H., el paciente reprime sentimientos dolorosos y agresivos en relación a su situación afectiva, lo cual se debe a

¹⁰² Op. Cit. Pág. 297

¹⁰³ Op. Cit. Pág. 298

¹⁰⁴ Op. Cit. Pág. 298

¹⁰⁵ Op. Cit. Pág. 298- 299.

la problemática familiar en la que se encuentra inmerso, debido a los constantes conflictos que mantienen sus padres.

En el caso de K.A., vemos que la paciente reprime sentimientos dolorosos en relación a los vínculos que caracterizan su estructura familiar y al maltrato del cual es víctima constantemente. Lo cual se relaciona a lo que Fenichel refiere al señalar que *“la represión propiamente dicha es el mecanismo principal de la histeria. Expresa una actitud en la cual la cosa censurable es tratada simplemente como si no existiera. Mientras que los impulsos agresivos constituyen más a menudo el objeto de otros mecanismos de defensa, mientras que la existencia de la agresividad es reconocida, si bien se la califica de mala”*¹⁰⁶.

*“El motivo de la represión es indudablemente la tendencia a contener, paralizar, aquello que ha sido reprimido de la motilidad. Prueba de esto es el hecho de que la represión se hace superflua allí donde queda asegurada de algún otro modo la imposibilidad de pasar al acto”*¹⁰⁷. Como es el caso de M.H. que reprime sentimientos dolorosos excluyendo sus manifestaciones en la conducta, puesto que durante las últimas sesiones, la paciente ha dejado de manifestar la tristeza frente a lo que en un inicio le causaba malestar y un conflicto intrapsíquico, es decir, las burlas constantes de sus compañeros y la presión que su madre ejercía frente a sus estudios.

6.2.2 CONVERSIÓN:

Otro de los mecanismos más recurrentes en cuanto al cuadro de la histeria es el de la conversión en la que *“se producen ciertas alteraciones en las funciones fisiológicas, alteraciones que, inconscientemente y de una manera deformada, sirven de expresión a impulsos instintivos previamente reprimidos”*¹⁰⁸.

Una de las características de la conversión es manifestar a través de las expresiones somáticas o fisiológicas algo relacionado a los afectos y actitudes que los pacientes asumen frente a la problemática particular *“todo síntoma neurótico tiene el carácter de sustituto de una satisfacción instintiva, y teniendo en cuenta que tanto la excitación como la satisfacción son fenómenos que se expresan en el terreno de lo físico, no resultará tan extraña, en principio, esta incursión en la esfera fisiológica, característica de la conversión. Sin embargo, los síntomas de conversión no son simplemente expresiones somáticas de afectos, sino representaciones (muy específicas) de pensamientos que pueden ser retraducidos del “lenguaje somático” en que se expresan al primitivo lenguaje de las palabras”*¹⁰⁹. Lo que se evidencia en el caso de S.P., ya que en ocasiones, cuando el alumno se encuentra en su hogar con su abuela, cuando ésta no toma en cuenta al paciente o no hace lo que él desea o exige, se presentan cambios abruptos de humor, el paciente realiza berrinches por no obtener lo que quiere. De la misma manera, su madre refiere que cuando se le llama la atención a veces se muestra “histérico”, tal como lo

¹⁰⁶ Op. Cit. Pág. 300

¹⁰⁷ Op. Cit. Pág. 300- 301

¹⁰⁸ Op. Cit. Pág. 430

¹⁰⁹ Op. Cit. Pág. 297

indica ella, frente a dichos llamados y realiza actos como salir de la casa de manera desafiante y sin permiso, vemos claramente que *“los síntomas de conversión se caracterizan también por un desbarramiento repentino del dominio del yo sobre la motilidad y los síndromes involuntarios de descarga física”*¹¹⁰.

El caso de M.H. se caracteriza porque la alumna muestra cambios esporádicos frente a la figura de autoridad (profesora). Por ejemplo, por momentos se encuentra divirtiéndose amenamente con sus compañeras pero de manera repentina refleja inseguridad (se tapa la cara, mira hacia abajo, no habla, etc.). De cierta manera la alumna estaría desplazando el temor que ejerce la figura de la madre, en la figura de la profesora. Ya que la madre se muestra autoritaria y ejerce presión constante en todos los aspectos relacionados a los estudios de la misma, *“los síndromes de conversión, en cambio, tienen carácter único para cada individuo, y su origen es revelado por el análisis: han sido históricamente determinados, en cada caso, por experiencias del individuo que pertenecen a su pasado. Representan una expresión deformada de exigencias pulsionales reprimidas, y en cuanto al tipo específico de deformación, es determinado por los acontecimientos del pasado que dieron lugar a la represión”*¹¹¹. Este tipo de relación materno-filial ha determinado su sintomatología actual, debido a que vive como angustiante la presión de su madre.

¹¹⁰ Op. Cit. Pág. 431

¹¹¹ Op. Cit. Pág. 431

CONCLUSIONES

La experiencia de realizar las prácticas pre profesionales dentro de la institución educativa Alemán Humboldt de Guayaquil - Sección Vespertina, fue una oportunidad para enriquecer nuestros conocimientos en cuanto a nuestra preparación académica y profesional, así como también nos permitió fortalecer habilidades y destrezas en relación a nuestra labor psicológica y al manejo de la técnica de las entrevistas clínicas desde la metodología de la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica.

La apertura permanente por parte de la institución frente a nuestras observaciones, planteamientos, dudas, recomendaciones, sugerencias, nos otorgó un lugar desde el cual poder desenvolvernos de manera efectiva y desempeñar nuestro rol de acuerdo a las necesidades de cada caso particular atendido. Pudimos constatar la relevancia del papel del psicólogo dentro de la institución educativa actual y la necesidad de profesionales totalmente capacitados para enfrentar los retos y desafíos que representan la diversidad de motivos de derivación y la urgencia de una intervención pertinente en cada caso a trabajar.

De la misma manera, se percibió la necesidad de un constante trabajo interdisciplinario, tanto con el cuerpo docente, las psicólogas de planta así como también con los directivos, para así enriquecernos, desde distintas ópticas, sobre el caso a atender y lograr un mayor acercamiento a los diferentes aspectos y antecedentes a tener en consideración al momento de trabajar. Teniendo en cuenta que, si bien nuestro trabajo sostiene el discurso y la verdad del paciente como aquella primordial dentro proceso psicoterapéutico, los aportes tanto de las maestras como de las demás autoridades, sirvieron en muchos casos, para un abordaje más profundo del caso atendido.

En relación a los casos clínicos, es importante mencionar que el hecho de atender a un grupo de alumnos pertenecientes a un nivel cultural y social medio bajo, nos expuso a casos cuyas características y condiciones se veían empapadas de cuadros de maltrato y violencia intrafamiliar, así como también abuso, adicciones, estructuras familiares disfuncionales, necesidades básicas no cubiertas en su totalidad, exposición a situaciones de delincuencia e inseguridad social, entre otros, razón por la cual el trabajo a realizar estaba siempre dirigido no solo al alumno derivado, sino también al entorno socio familiar en el que se encontraba inmerso. Se pudo evidenciar la estrecha relación que existe entre dichos aspectos y la formación de las diversas sintomatologías presentes en los alumnos, es por esto que el alcance del trabajo clínico pretendía abarcar, en la medida de lo posible, las falencias presentes en el ámbito familiar, para de esta manera posibilitar una mejora en la inserción del alumno tanto a nivel escolar como familiar.

Se evidenció de la misma manera, la importancia de conocer el funcionamiento y la dinámica institucional, en tanto, dicha dinámica condiciona, en muchas ocasiones el desenvolvimiento del alumno y su desarrollo a lo largo del proceso educativo. En esta institución en particular, debido a las condiciones del grupo de estudiantes al que presta sus servicios en la sección vespertina, existía un alto grado de presión y exigencia por cumplir el perfil planteado por la escuela. En

caso de que el alumno se alejara, de cualquier forma, de dicho modelo, su permanencia dentro de la institución se veía en riesgo. Frente a esta situación, tanto los alumnos como sus representantes, se veían enormemente angustiados y comprometidos a cumplir los lineamientos académicos de la institución. Muchos de los pacientes traían esto a consulta, y era necesario realizar una intervención que en primera instancia disminuya el nivel de ansiedad que experimentaban los alumnos, y posibilitarles el espacio y las herramientas necesarias para que logaran reinsertarse, en la medida de lo posible, en su entorno escolar.

El fortalecimiento de nuestros conocimientos teóricos, se vio enriquecido por la necesidad de superar retos tales como el haber organizado una charla dirigida para los padres de familia de la sección primaria (Tema: "Las funciones dentro de la estructura familiar"), dentro de la cual tuvimos que responder como profesionales capaces y preparadas para enfrentar sus inquietudes, necesidades, dudas en relación a sus roles de padres.

El trabajo realizado permitió articular casos concretos con los conceptos teóricos aprendidos a lo largo de la carrera, así como también planteó la necesidad de una constante investigación y supervisión de los casos, con nuestro Director de prácticas, para así poder despejar dudas e inquietudes que surgían dentro del proceso psicodiagnóstico. En este punto particular, realizamos un énfasis en el hecho que las prácticas clínicas representaron para nosotras, profesionales en potencia, un aprendizaje y desafío continuo.

BIBLIOGRAFÍA

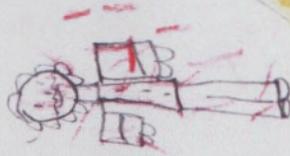
- FREUD, Sigmund. Obras Completas Tomo III *"Inhibición, síntoma y angustia"* Año 1925. 2ª Reimpresión. Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 2007.
- FREUD, Sigmund. Obras Completas Tomo III. *"Moisés y la religión monoteísta: Tres ensayos"* Año 1939. 2ª Reimpresión. Buenos Aires. Editorial El Ateneo, 2007.
- FENICHEL, Otto. *"Teoría Psicoanalítica de las neurosis"*. Editorial Paidós, 1988.
- EOL (Escuela de Orientación Lacaniana), *"Diversidad del Síntoma"*. Texto: RUBISTEIN, Adriana *"El concepto de síntoma en Freud"*. Edita EOL, 1996.
- KAES, René, Capítulo 1 Artículo *"Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones"*.
- BLEGER, J. *"Psicohigiene y psicología institucional"* Bs.As. Paidós. 1976.
- TIZIO, Hebe, *"La posición de los profesionales en los aparatos de gestión del síntoma"*.
- BRAIER, Eduardo Alberto. *"Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica"* Ediciones Nueva Visión. Pág. 27.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas Tomo II, "Duelo y Melancolía", Pág. 2091* 2ª Reimpresión, Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 2007.
- REVISTA DEL INSTITUTO DEL CAMPO FREUDIANO, *El Niño*, Barcelona, Distribuida por Paidós Ibérica. Responsable editorial: Anna Aromí. Artículo *"Del trauma... ¿qué sé?"* Autor: Psic. Mariona Andreu, Psic. Josep María Alcañiz.
- LAPLANCHE, Jean. PONTALIS, Jean-Bertrand. *"Diccionario de Psicoanálisis"*. 8ª Reimpresión, Editorial Paidós 2006.
- COLOMA ANDREWZ, Jaime. *"Histeria y Contratransferencia"*. (Artículo, <http://www.coloma.cl/media/textos/histeria.pdf>)
- ARCADIO PARRA, Luis. *"Síntoma y saber familiar"*.
- RAMÍREZ, Mario Elkin. *"Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje"*. Artículo: *"Las dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual"*.

ANEXOS

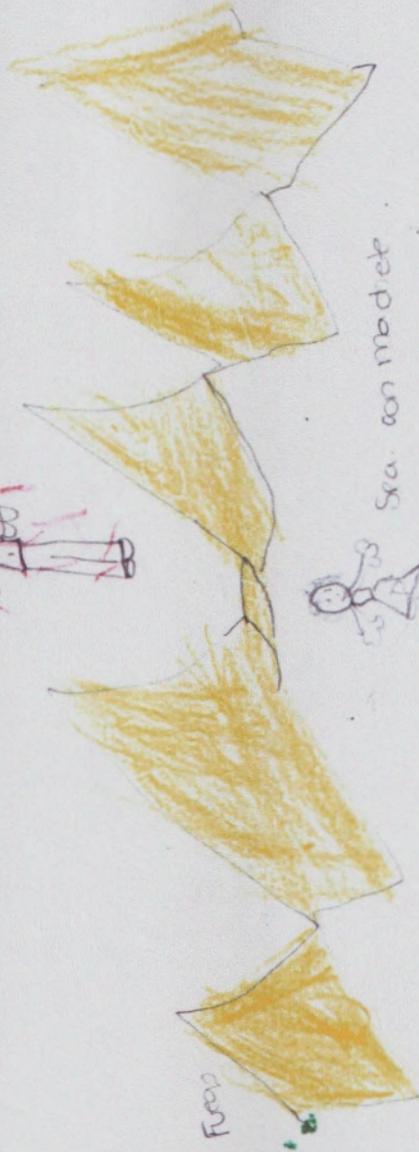
DIBUJOS DE J.D.



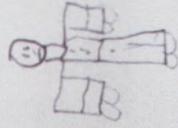
Papa



Saraya

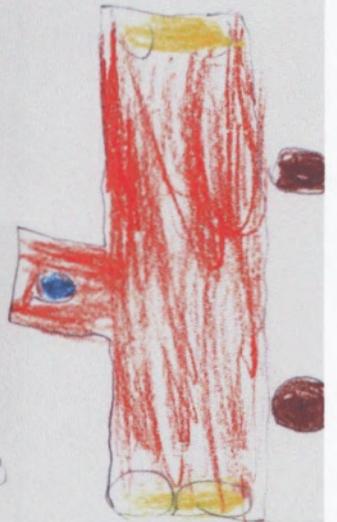


Sea on market



Fu

Gangre Policia

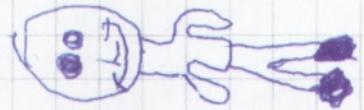




Mi mami
marjorie



Hermano menor
Michael 7 meses. Carilitos



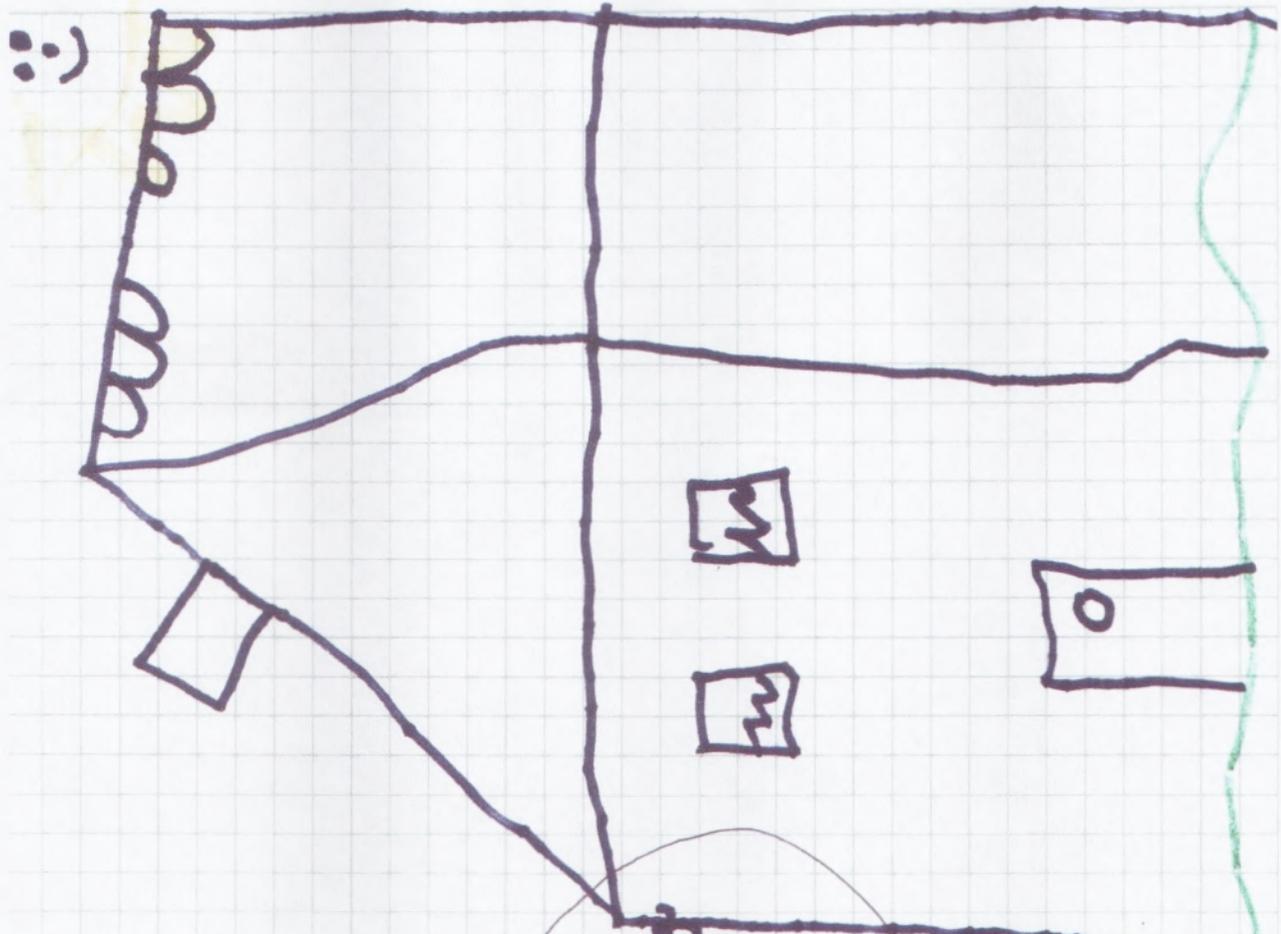
Hermano mayor
Yo



Hermano mayor
Tyler



DIBUJOS DE S.P.



padira
 emiliand
 amael
 samuel e Hirley



DIBUJOS DE K.A.

no

no

desempañada

mamá seba trista

trista

hija

hija

hija

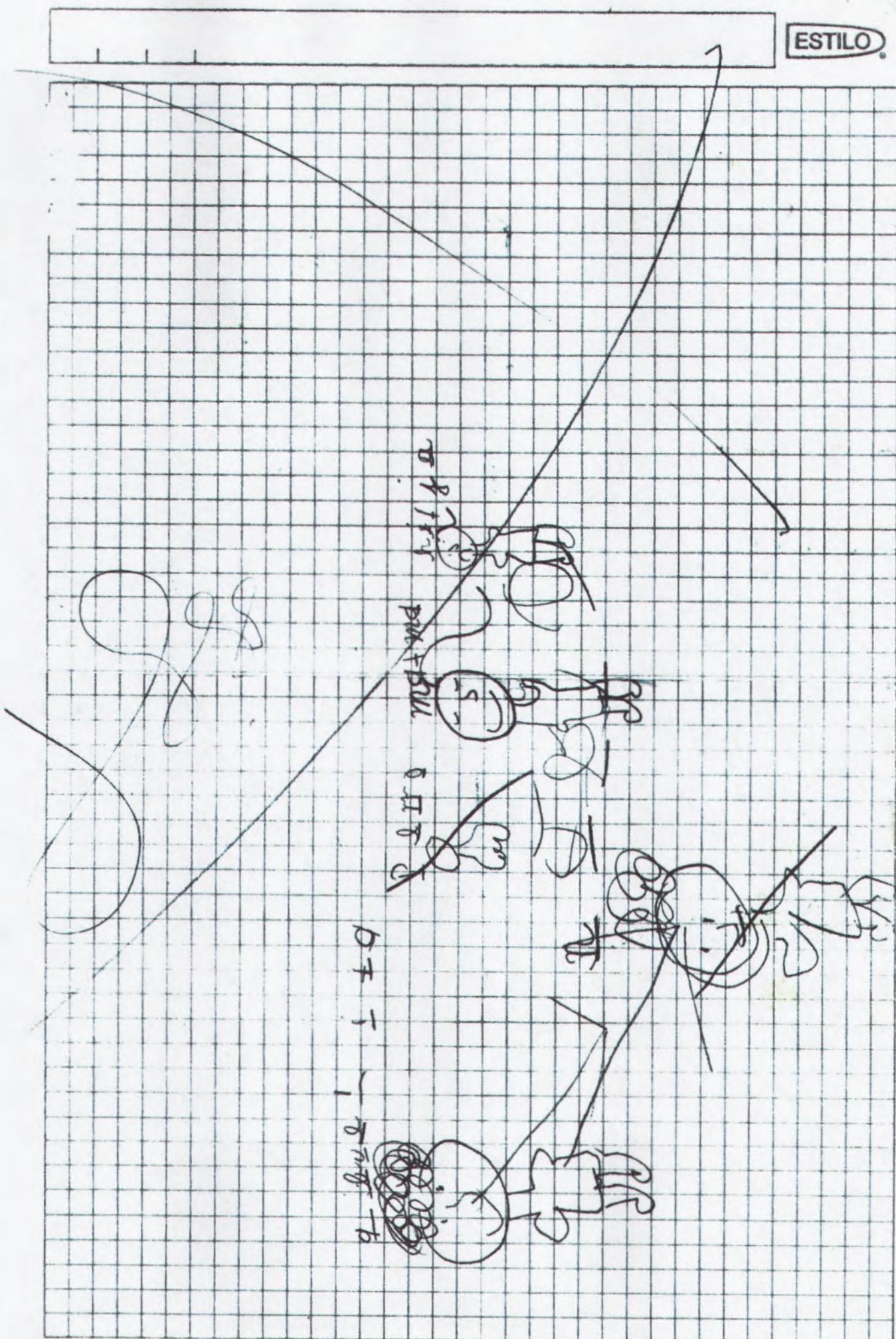
no abeses

para

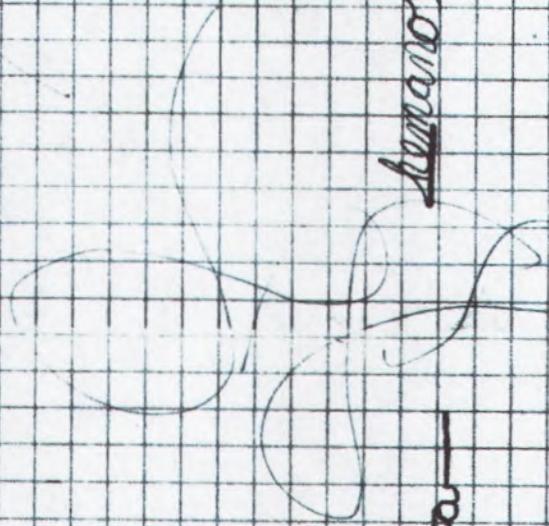
no

mama





12/11/15

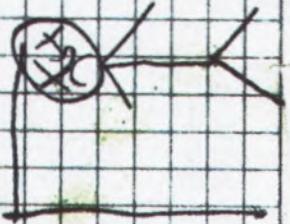
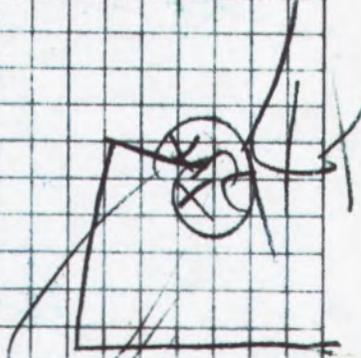


Amamos Apó a

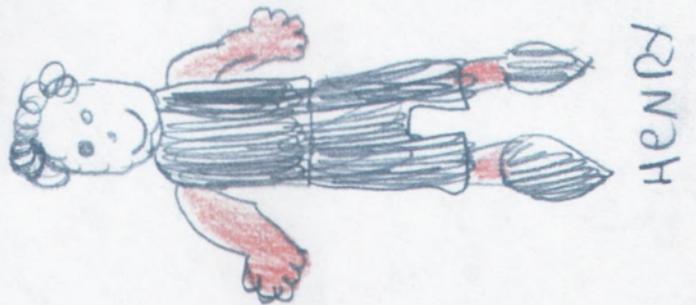
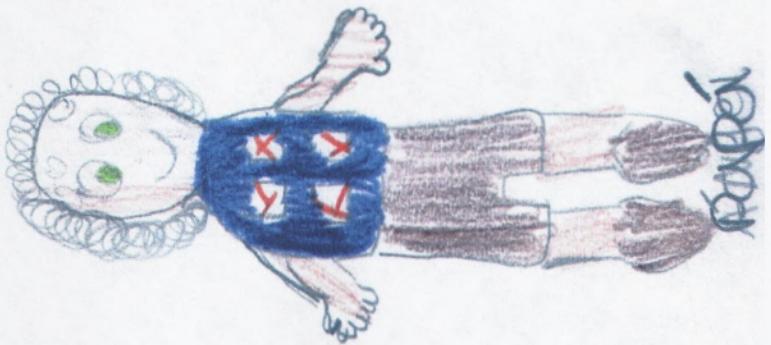
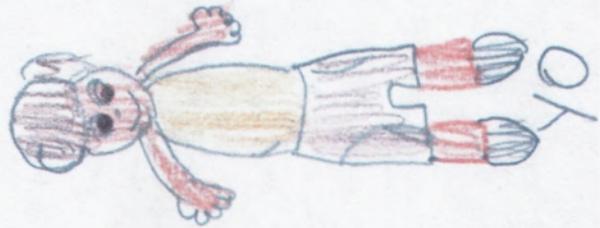
completo

abuelita

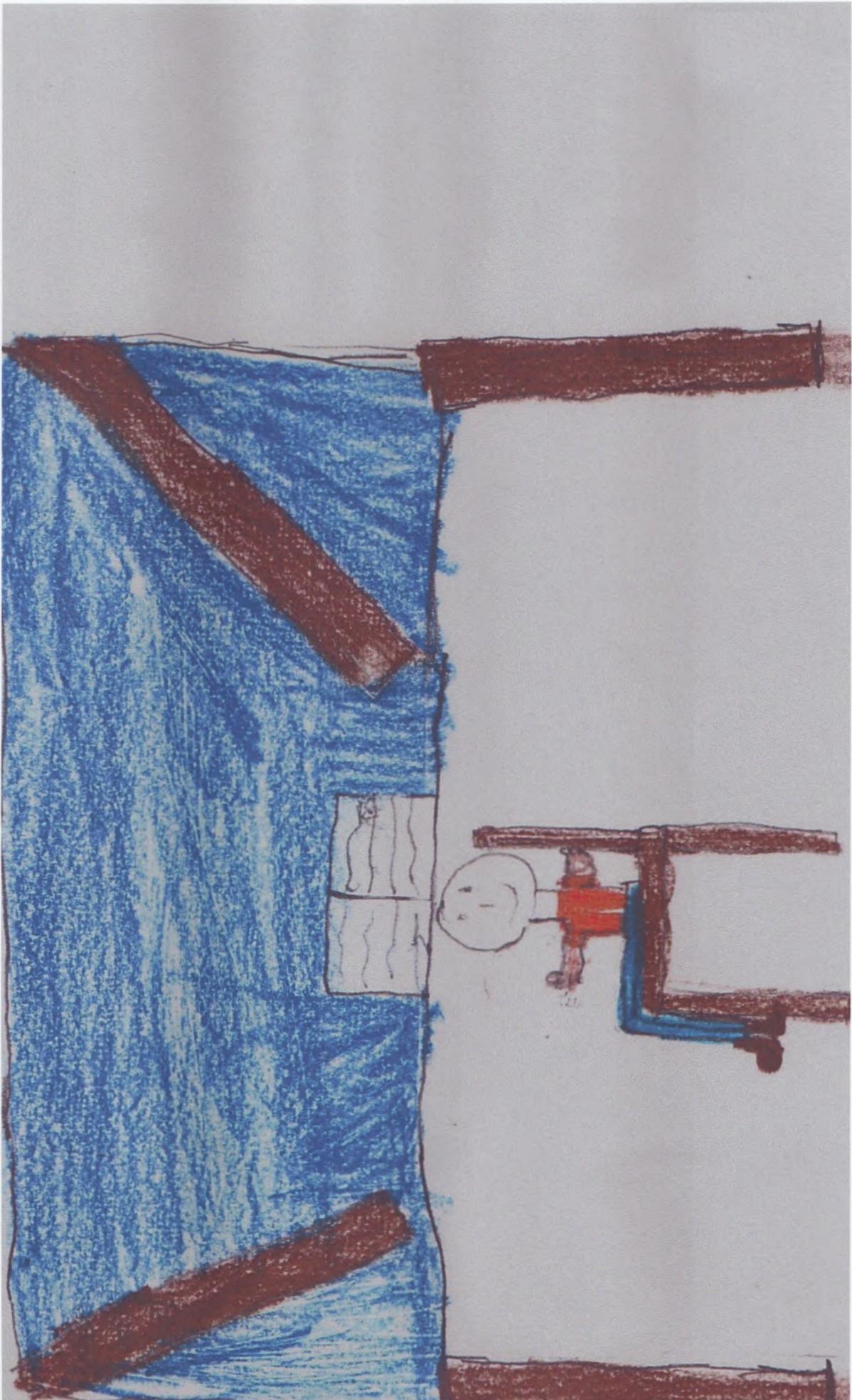
mamá suya

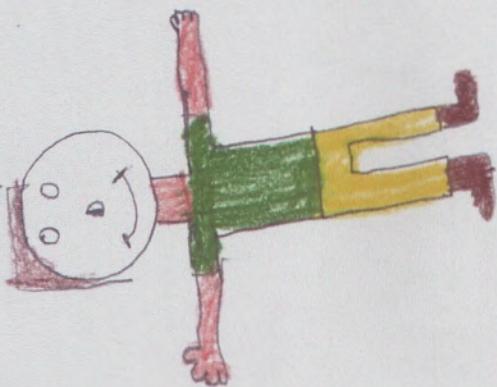
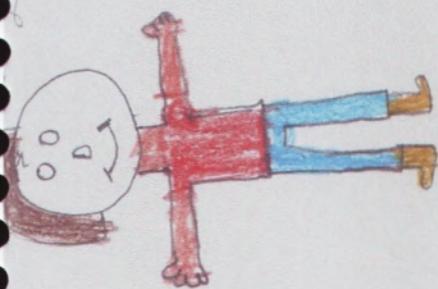
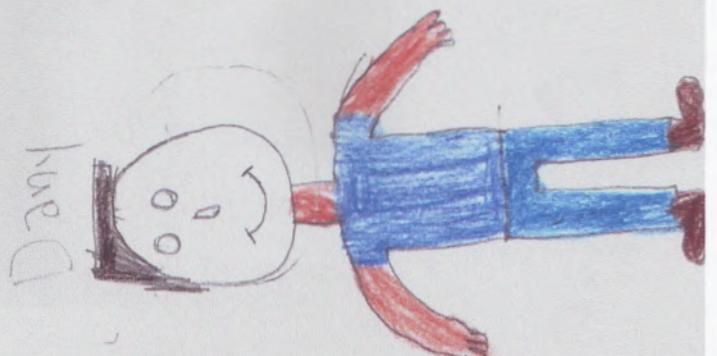
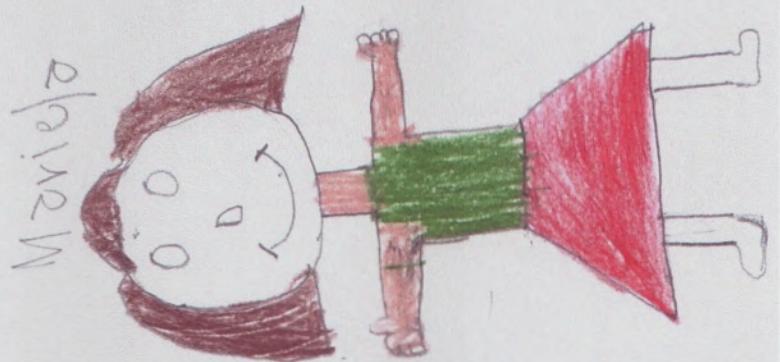
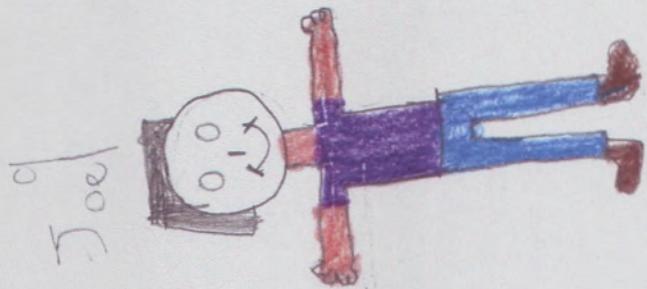
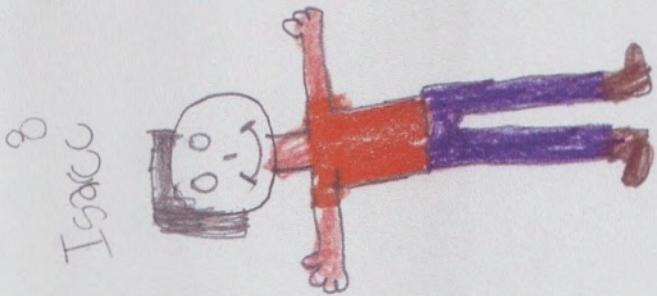
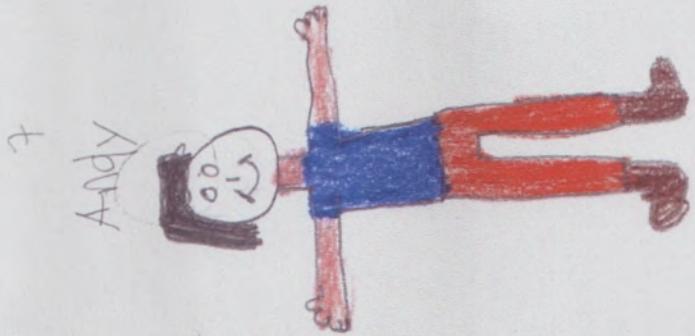


DIBUJOS DE D.R.

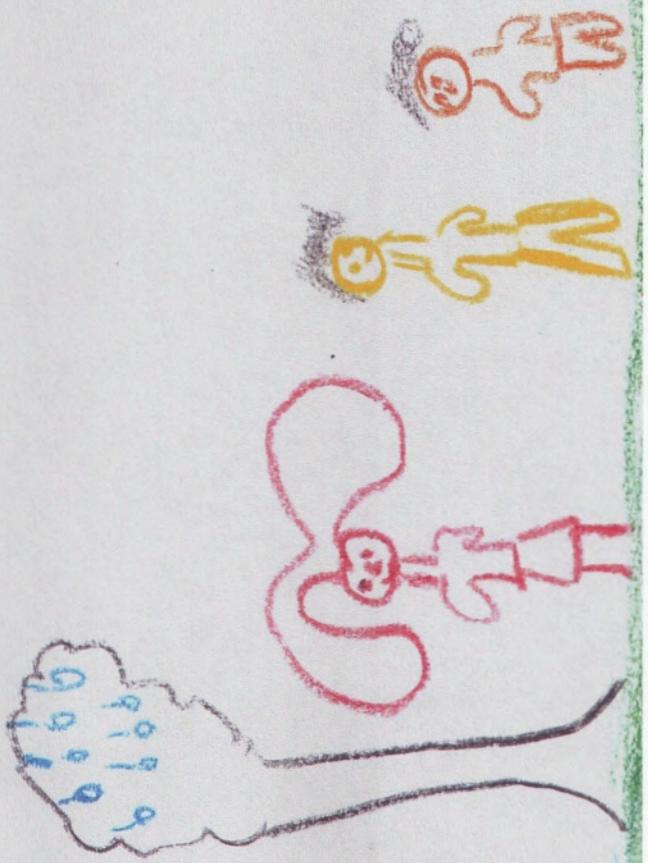


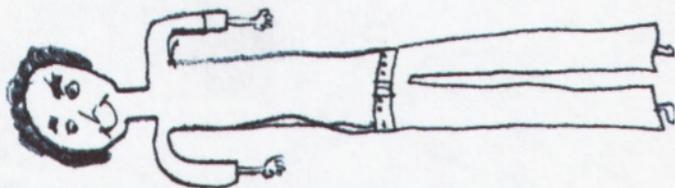
DIBUJOS DE J.M.



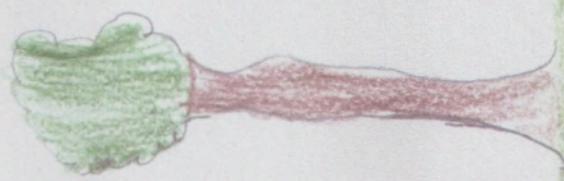
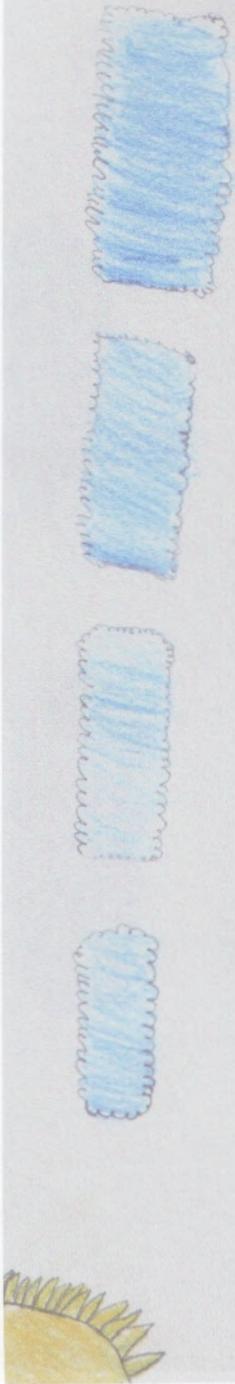


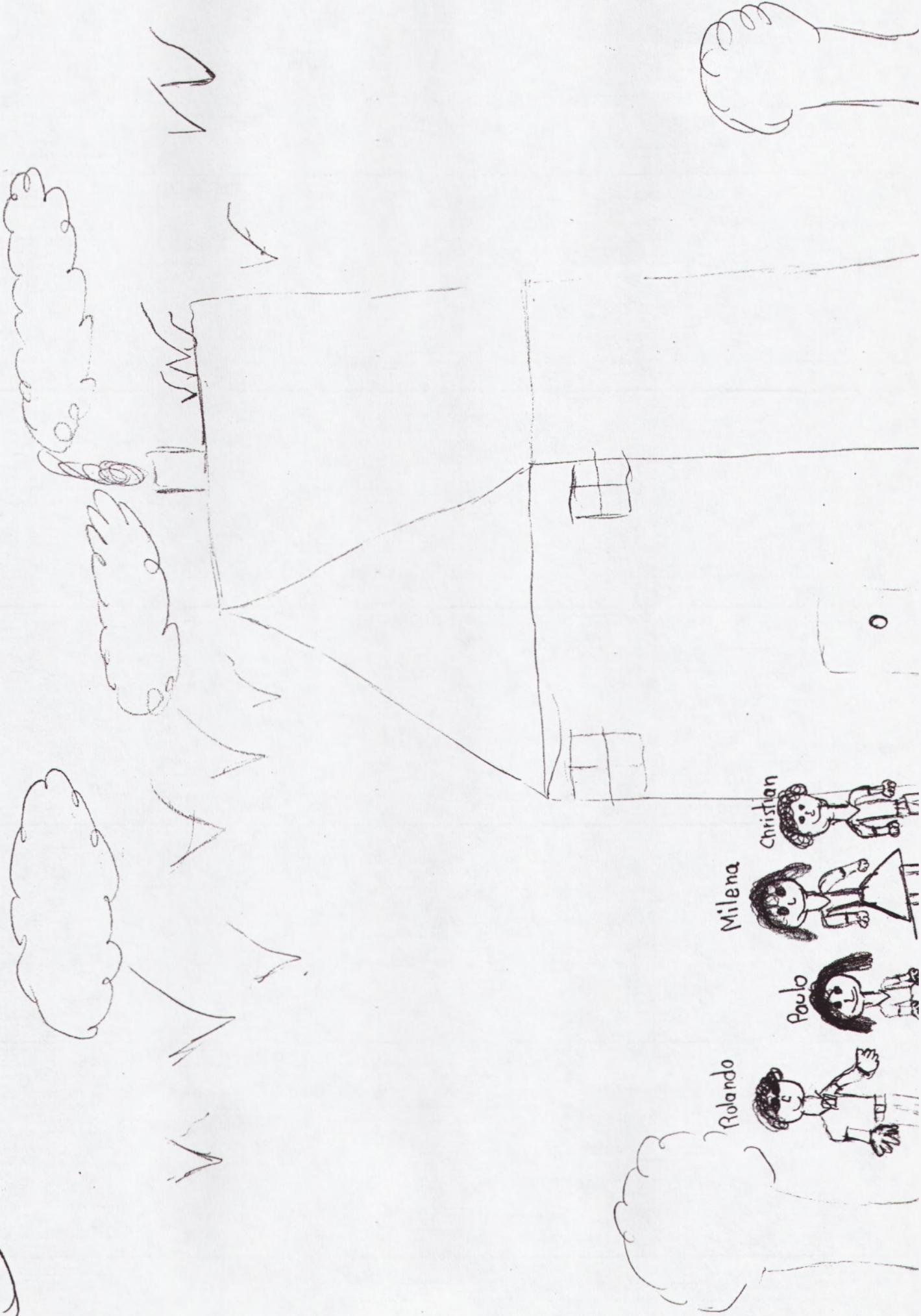
DIBUJOS DE J.H.





Jose Antonio





Christian

Milena

Paulo

Robando

✓

✓

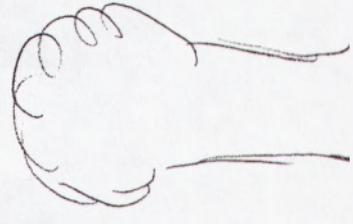
✓

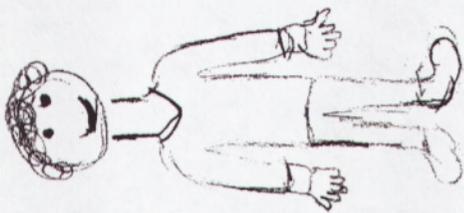
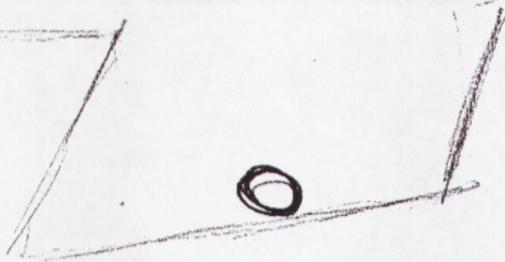
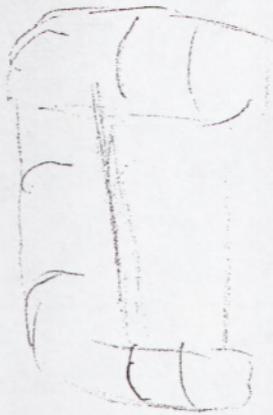
✓

✓

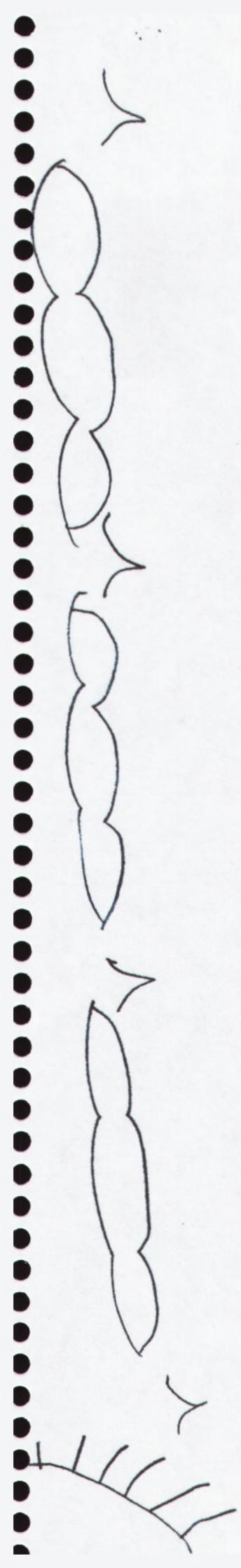
✓

✓

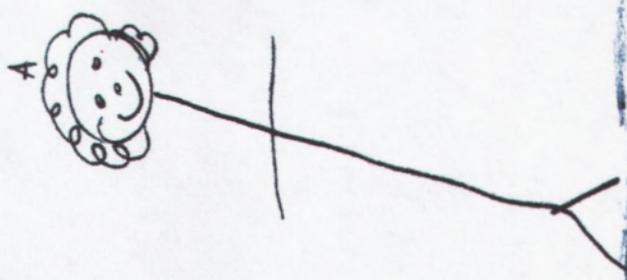




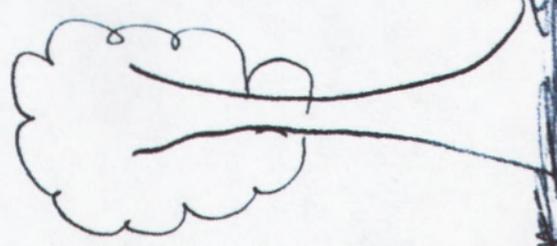
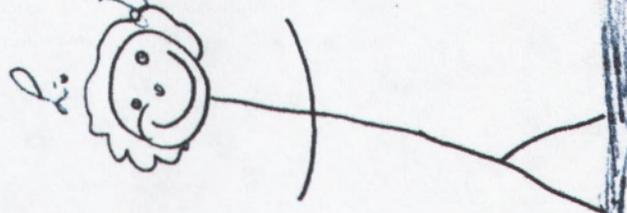
DIBUJOS DE M.H.

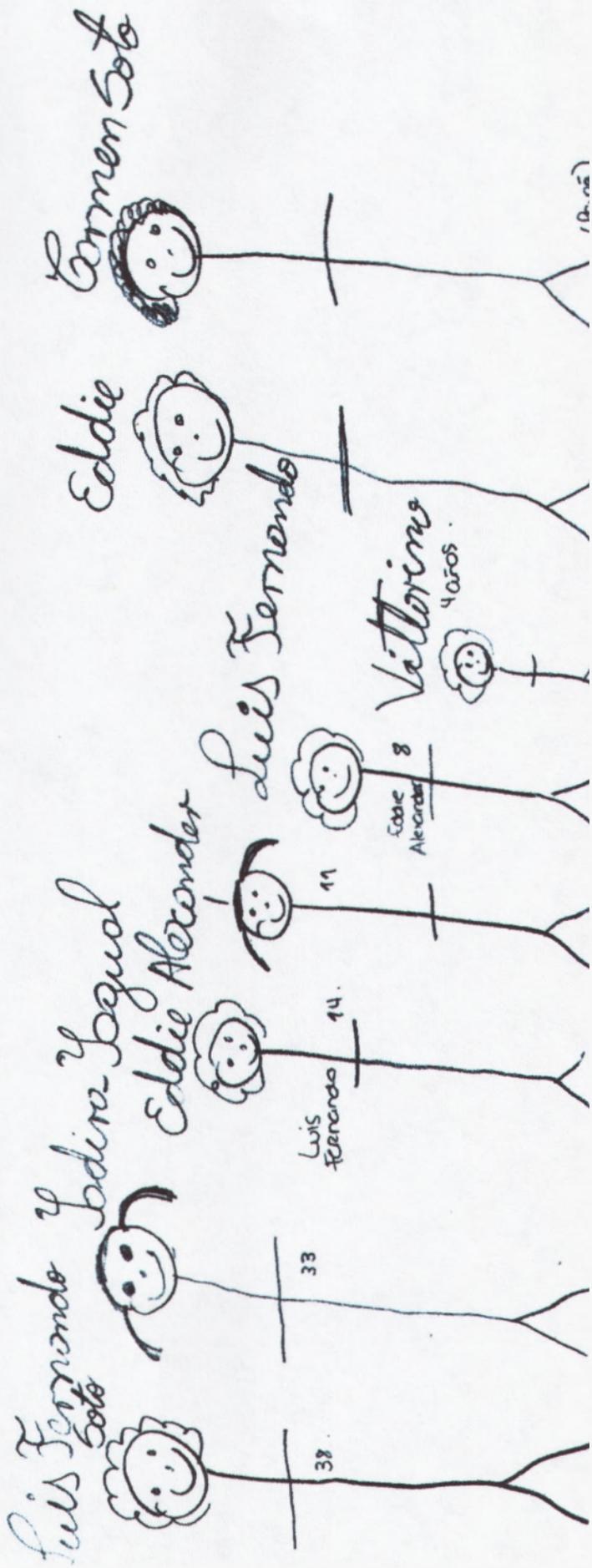


A Eddie A



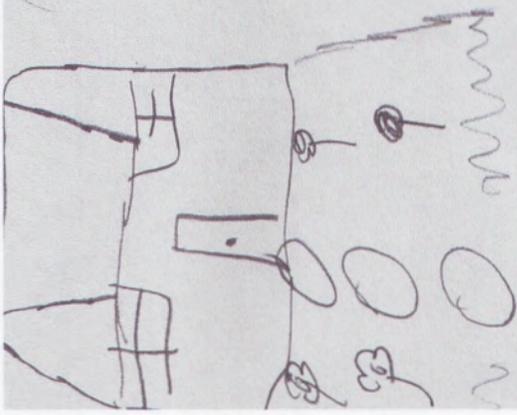
Luis Fernando





DIBUJO DE J.R.

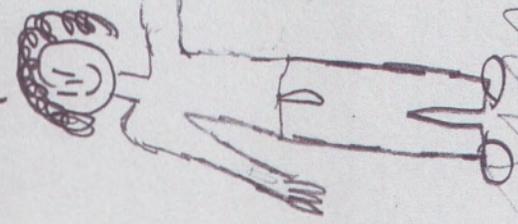
Mi familia



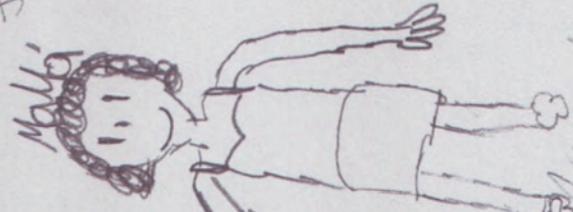
Anita 16



Papa
48



Mamá
36



12
Yo



14
Camila



INVITACIÓN Y TRÍPTICO
(CHARLA PARA PADRES DE LA SECCIÓN VESPERTINA
PRIMARIA)

INVITACIÓN CHARLA PARA PADRES SECCIÓN VESPERTINA PRIMARIA

 Colegio Alemán Humboldt de Guayaquil
Deutsche Schule Guayaquil

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
JORNADAS PARA PADRES Y MADRES DE FAMILIA.**

Padres de 1ro. a 6to grado.

Tema: "Las funciones dentro de la estructura familiar"

Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta es el ambiente familiar en el que se desenvuelven los hijos.

- ¿Cuál es la importancia de cada una de las funciones?
- ¿Cómo enfrentar los problemas que surgen en la familia?
- ¿Qué consecuencias se presentan en el comportamiento de los hijos?
- ¿Cómo lograr un equilibrio entre la crianza y el trabajo?

Para poder conversar y reflexionar sobre este tema se realizará:

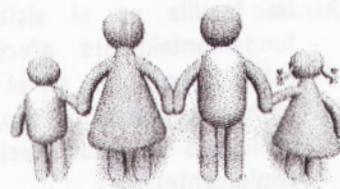


Fecha: Jueves 16 de diciembre
Hora: 17H00.
Lugar: Salón Gris.

¡Esperamos contar con su presencia!

 Colegio Alemán Humboldt de Guayaquil
Deutsche Schule Guayaquil

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
JORNADAS PARA PADRES Y MADRES DE FAMILIA.**



Tema: "Las funciones dentro de la estructura familiar".

Jueves 16 de diciembre, 2010.