



Carrera de Psicología

Tesina:

Inestabilidad Motora

*Un acercamiento a la comprensión de la Hipercinesia
desde la clínica psicoanalítica con niños.*

Profesor Guía:	Maritza Quevedo
Metodólogo:	Francisco Kamann
Estudiantes:	Nicolás Pinochet Felipe Velásquez

Tesina para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Marzo de 2012

RESUMEN

El siguiente estudio de casos múltiples revisa el problema de la inestabilidad motora en 2 pacientes de 2 y 6 años del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna del Servicio de Salud Metropolitano Oriente en Santiago de Chile. Se describen hallazgos en relación al cruce comprensivo entre los significantes descritos en los historiales clínicos de los pacientes junto con la lectura de los mismos a la luz de los conceptos de tonicidad, movimiento y gesto que utiliza Henri Wallon para describir lo psicomotor. Se resuelve que, del modo que señalan Jean Bergès y Gabriel Balbo, la inestabilidad motora se constituye en una manifestación gestual que, a partir de la escucha que promueve la clínica psicoanalítica, es posible de ser comprendida, excediendo los límites de las unidades de la psicopatología normal. Se plantean los alcances de esta lectura en función del desarrollo psicomotor como una organización plástica y comunicativa. Finalmente, es presentada la discusión ética que sostiene este discurso como propuesta.

Palabras clave: inestabilidad motora; psicomotricidad; tonicidad; movimiento; gesto; escucha en la clínica psicoanalítica.

“Wo es war, soll Ich werden”

Sigmund Freud

Traducción de Jacques Lacan:

"allí donde ello era, allí como sujeto debo advenir yo"

Agradecimientos Nicolás

Quiero agradecer ante todo a mi Familia:

Mi madre Luisa por su amor, apoyo y comprensión en todo el proceso de formación, y por enseñarme que aún hay cosas más importantes.

A mis hermanos y sus familias; Iván y Oscar, quienes incondicionalmente siempre se hicieron presentes en los momentos difíciles. A mis cuñadas Adriana y María Inés que nunca les faltó un consejo certero, y a mis cuatro hermosos sobrinos: Matilde, Martín; Catalina y Maite que alegraron los días con su presencia.

Quiero agradecer también a una gran compañera, Tamara, quien con su cariño y apoyo ha sido un pilar fundamental en éste proceso de titulación.

Agradezco a mis formadores en general, y principalmente a Maritza Quevedo, cuya enseñanza y rigor analítico me han encaminado en la búsqueda de aquel borde entre saber y verdad mostrándome que éste se encuentra en todo y en todos.

Agradezco también a los amigos que han ayudado con su apoyo y conocimiento a esta investigación.

Agradezco finalmente a la paciente I y su madre por haber aceptado participar de esta investigación.

Agradecimientos Felipe

Agradezco a mis padres, que me han sostenido y acompañado pacientemente en este proceso; a mis hermanos, en especial a José. Mi gran compañero de aventuras.

A mis amigos practicantes del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, quienes vivieron junto a Nicolás y a mí el proceso de trabajar en el servicio público.

A mis supervisoras de la práctica profesional, Sandra Oltra y María Elena Gorostegui. Quienes entregaron incansablemente su experiencia y criterio en el trabajo práctico con pacientes.

A Maritza Quevedo, profesora guía.

A Nicolás, mi compañero, por tantas discusiones que se traducen en lo referido en esta tesina.

A Felipe, mi analista.

Finalmente a mis pacientes, que siempre mostraron la importancia de jugar.

INDICE

	Pág.
1.- INTRODUCCIÓN	
1.1. Antecedentes y Planteamiento del Problema.....	9
1.2. Formulación del Problema y Pregunta de Investigación.....	13
1.3. Aportes y Relevancia de la Investigación.....	17
2. OBJETIVOS	
2.1. Objetivo General.....	18
2.2. Objetivos Específicos.....	19
3. MARCO TEÓRICO	
3.1. La Inestabilidad Motora.....	20
3.2. Sobre la psicomotricidad.....	20
3.2.1. El Movimiento.....	21
3.2.2. La Tonicidad Muscular.....	22
3.2.3. El Gesto.....	24
3.3. Sobre la clínica psicoanalítica.....	27
3.3.1. El Otro, la madre.....	27
3.3.2. La erotización de la actividad y Satisfacción motriz.....	29
3.3.3. Pasaje al acto / "acting out".....	31
3.3.4. Yo (je) es el otro, el estadio del espejo.....	34
3.4. La Clínica Psicoanalítica con Niños.....	38

3.4.1.	Palabra, escucha.....	38
4.	MARCO METODOLÓGICO.....	42
4.1.	Enfoque metodológico.....	42
4.2.	Tipo y diseño de estudio.....	43
4.3.	Estrategia de investigación.....	43
4.4.	Tipo de estudio.....	45
4.5.	Instrumentos de recolección de la información.....	45
4.6.	Criterios de validez.....	45
4.7.	Muestreo.....	46
4.8.	Construcción de Listado de Dimensiones e Indicadores.....	46
4.9.	Codificación.....	47
5.	RESULTADOS Y ANÁLISIS	
5.1.	Análisis descriptivo.....	51
5.1.1.	Movimiento.....	52
5.1.2.	Tonicidad.....	55
5.1.3.	Gesto.....	55
5.2.	Sobre el Psicoanálisis.....	59
5.2.1.	Fort-da.....	59
5.2.2.	Ansiedad de separación y angustia de muerte.....	61
5.2.3.	Objetos y fenómenos transicionales.....	64
5.2.4.	Acting out.....	65

5.3.	Análisis interpretativo.....	67
6.	DISCUSIÓN.....	73
7.	CONCLUSIÓN.....	78
8.	REFERENCIAS.....	80
9.	ANEXOS.....	84

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes y planteamiento del problema

En la actualidad, en Chile se considera el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) como el problema de salud mental más recurrente entre los niños, niñas y adolescentes en período escolar, siendo además, el diagnóstico neurológico más usado en los servicios de salud primaria (Revista Chilena de Pediatría, 2009).

Este trastorno es definido como de tipo conductual que emerge en la infancia con la característica primordial de un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad, generando una importante dificultad para realizar eficientemente actividades diarias y académicas.

La revista estadounidense “*New England Journal of Medicine*” del año 2006, afirma que en aquel país, alrededor del 10% de los niños de 10 años reciben tratamiento farmacológico por TDAH. Esta estrategia es utilizada desde 1950, pero ha habido un incremento en la recurrencia importante del diagnóstico y, por ende, el tratamiento farmacológico ha ido creciendo aceleradamente en los últimos años. Estas cifras son también representativas de la realidad sudamericana. Particularmente, en Chile, la prevalencia del TDAH se estima de un 3 a 7% de los niños, afectando con mayor frecuencia a hombres a razón de 3 a 9:1 con respecto a las mujeres (Revista Chilena de Medicina, 2003).

Haciendo una revisión histórica del TDAH es posible observar que en 1902, en trabajos del médico pediatra inglés George Still, por primera vez, se documenta científicamente la existencia de niños con inatención, impulsividad e hiperactividad, tomando como factor primordial, en su observación, la inquietud motora (Quinn, 1997).

El autor, desarrolló una concepción particular de la hipercinesia asociándola a “fallos en el control moral” que no son asociados a deficiencias intelectuales. En los años posteriores al descubrimiento de Still, diferentes autores investigaron sobre el mismo tema, obteniendo como

resultado, síntomas de hiperactividad en niños con daño cerebral, lo que usaron para el argumento de la hiperactividad como una alteración neurológica. En 1947, respecto de la misma problemática, se argumenta que el trastorno hipercinético estaba provocado por un factor exógeno, ajeno a la genética del niño. Luego, en la década del 50, misma dónde comienza el tratamiento farmacológico del TDAH, el psiquiatra infantil Maurice Laufer y el neuropediatra Eric Denhoff caracterizan éste fenómeno como un “(...) síndrome médico efecto de un déficit en las estructuras subcorticales del tálamo que ejercen una función homeostática y mantienen conexiones con el sistema límbico que regula la expresión emocional” (Beltran, García & Hernando, 1999, p.13).

En la década de los 60 el término hipercinesia es sustituido por el de “*disfunción cerebral mínima*”. Al no encontrar suficiente asidero empírico que argumentara esta disfunción como causa médica, otros profesionales relacionados con los sujetos descritos (psicólogos, pedagogos, etc.) prefirieron referirse a la hipercinesia como un trastorno del comportamiento (Beltrán et al, 1999).

Ya en 1972, Virginia Douglas sistematizó los criterios diagnósticos para el TDA centrándose en la variante inatenta, describiendo en ello: inestabilidad motora, escasa atención, problemas para mantenerse sentados y dificultad en el control de sus impulsos. Complicaciones que deben estar presentes desde la primera infancia y que no puedan responderse por la inconsistencia en las normas de hogares caóticos. Estos criterios mantienen un margen diferenciador que deja fuera de ellos los niños con lesión cerebral, retraso mental y psicosis. Es importante destacar que en esta categorización diagnóstica, los síntomas de hipercinesia deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, lo que plantea, de manera implícita, el primer criterio de edad referente al hacer el diagnóstico (Douglas, 1972, en Beltrán y cols, 1999).

En la actualización diagnóstica de DSM-II al DSM-III¹, que será usado en la década de los 80, la inestabilidad motora es puesta en segundo plano, quedando en su lugar impulsividad e inatención como los criterios primordiales (APA, 1972).

Ya para la creación en 1995 del DSM-IV, la hipercinesia o inestabilidad motora es excluida de los criterios diagnósticos del TDAH (APA, 1995). Ante esta situación, varios investigadores plantearán cuestionamientos en la validez diagnóstica. Jean Bergés realiza dos críticas fundamentales: “El síntoma de la incontinencia motriz, no es parte del síndrome en el DSM- IV, cuando fue aquel quien permitió crear el síndrome. Este es el primer punto. (...) Por otra parte está el problema de la frecuencia (...)” (Bergés, 1999, p.3).

En esta medida cabe preguntarnos, viendo que existe un incremento porcentual tan alto de niños desatentos e hiperactivos en la población mundial: ¿será que estamos experimentando una epidemia del TDAH generalizada, o bien, podría relacionarse a un diagnóstico que se ajusta a variadas conflictivas psíquicas en los niños que se manifiestan con hiperactividad lo cual lo hace ser una suerte de diagnóstico “comodín”, o quizás también responde a las demandas hechas por un tipo de sociedad donde los estímulos y la velocidad de las recompensas se incrementa día a día? En definitiva, ¿en qué estaría basado éste diagnóstico de TDAH?

Para Roger Misès, psicoanalista profesor de la Universidad de Paris:

Este trastorno está fundado sobre una colección de síntomas superficiales, invoca una etiopatogenia reductora que apoya un modelo psicofisiológico; lleva a la utilización dominante o exclusiva de la Ritalina²; la presencia de una comorbilidad es reconocida en

¹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de siquiatría, que desde su primera edición en 1952, contiene una clasificación de los trastornos mentales, descripciones y categorías diagnósticas, con el fin de que psiquiatras y psicólogos, clínicos y/o investigadores, puedan diagnosticar, intercambiar información en un lenguaje común y tratar los distintos trastornos mentales.

² Nombre comercial del metilfenidato, psicoestimulante cuyo mecanismo principal es desconocido, sin embargo, parece que sus efectos están mediados por el bloqueo del mecanismo de recaptación de las neuronas dopaminérgicas. En los niños con trastorno por déficit atencional, disminuye la inquietud motora y aumenta la

casi los dos tercios de casos, pero no se examina la influencia que los problemas asociados pueden ejercer sobre el determinismo y las expresiones clínicas del síndrome. Finalmente, los modos de implicación del entorno familiar, escolar y social no son ubicados más que como respuestas a las manifestaciones del niño (nunca como implicados en su producción).

(Misès, R, 2001, en Janin, 2006, p.4)

Es así que, desde esta perspectiva y además de la alta frecuencia de utilización de éste diagnóstico, el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad es, muchas veces, subdiagnosticado o confundido con otras patologías psiquiátricas asociadas a la hipercinesia.

La hipercinesia, principal síntoma de la hiperactividad, a menudo es confundida con la vitalidad, la curiosidad, la inquietud de los niños. Cuando un niño se mueve mucho, pareciendo no tener objetivos que motiven ese movimiento, por lo general es tildado, en el “decir común”, cómo un niño hipercinético. Ahora bien, como menciona la Doctora en Psicoanálisis, Beatriz Janin, (1999): “un niño que se mueve mucho, pero con objetivos, en un despliegue motriz ligado a metas, es un niño vital.” Es por esto que nos preguntaremos, del modo que lo plantean Bergès y Balbo (1990), si en la hipercinesia nos enfrentamos a un síntoma por sí mismo o a la puerta de acceso a una escucha estructurante.

actividad cognoscitiva. Dentro de las contraindicaciones se encuentran: Ansiedad y estado tensional, agitación, tics motores, glaucoma, hipertiroidismo, arritmia cardiaca, angina de pecho grave, convulsiones, psicosis, alucinaciones y reacciones de hipersensibilidad, entre otras (Vademecum Chile, 2011).

1.2 Formulación del problema y Pregunta de Investigación

Como mencionamos, hablar del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es referirse a una “agrupación arbitraria e indiscriminada en la que todo problema de aprendizaje y/o de conducta queda 'explicado' por una referencia a un 'déficit' neurológico” (Janin, 2006, p.2). Este diagnóstico, generalmente, se hace basado en cuestionarios que definen el comportamiento “ideal” de un niño en el área escolar, dejando fuera la importancia del contexto y, sobre todo, no ocupándose del decir del niño en particular. Este cuestionario es conocido como Test de Conners³, el que es contestado sólo por padres y profesores, quienes son, inevitablemente, observadores parciales en la situación.

Entonces, el diagnosticar a un niño como TDAH usando estos medios sería “una operación desubjetivante, en la que el niño queda "borrado" como alguien que puede decir algo acerca de lo que le pasa” (Janin, 2006, p. 2).

Es así que la existencia de un saber acerca de la inestabilidad motora (hiperkinesia o hipercinesia) implicaría un conjunto de procedimientos que, al menos en el contexto de los hospitales públicos en Chile, requerirían de un diagnóstico previo; que pone como objeto de intervención un conjunto de síntomas que caracterizaremos a continuación.

Yendo a las bases, el manual de clasificación diagnóstica CIE-10 indica que “Los niños hiperkinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación” (Organización Mundial de la Salud, 1996, p.

³

Revisar anexo 3.

58). Observamos, además, que en la misma clasificación menciona, en términos generales, que se trata de una “(...) combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas (...)” (OMS, 1996, p. 58).

Sin dejar de lado la idea del cuerpo en movimiento, es necesario revisar los antecedentes para hacer una última distinción. El diagnóstico recién mencionado, tomado desde el CIE-10, nos permite comprender la hipercinesia en el grupo de los trastornos de la psicomotricidad, particularmente el exceso de movimiento, aludiría a la dificultad de concentración en características eventuales particulares. Dicho de otro modo, la manifestación da cuenta, a través del acto de movimiento, de circunstancias eventuales que originarían una falla en la constitución psíquica, más o menos categorizable bajo rótulos particulares (Bleichmar, 1999). El exceso de movimiento, así pensado, traería consigo la dificultad de la diferenciación identitaria de un sujeto a otro, pues en movimientos diferentes se constituirían, finalmente, diferentes rótulos, los que se asociarían a una identidad de tratamiento o cuidado particular, en el entendido que la clasificación bajo el exceso de movimiento requiere un tratamiento farmacológico.

Esto traería consigo la diferenciación en lo constitutivo del sujeto, es decir, en lo que refiere al desarrollo y a la estructuración psíquica, arrojando lo que podríamos caracterizar como una forma de organización de la selección y relevamiento de estímulos (pensando en la organización psíquica en Freud). Esto, desde la lógica del esquema corporal, implicaría realizar investidura de las membranas para-excitación conducentes a movimientos y catectizaciones en las constituciones tópicas (Bleichmar, 1999): sostener un movimiento para promover una organización de la representación espacial desde la

excitación somática hacia las marcas de huellas mnémicas. Pensado de este modo, el grupo de características propias del déficit atencional con o sin hiperactividad, o la hipercinesia, tienen en común una desarmonía en el movimiento, por una parte, e intervenciones sobre esta categorización de la corporalidad, por otra, con consecuencias en la totalidad de los eventos del desarrollo ulterior de los individuos.

La importancia de los procesos clasificatorios descritos se encuentra, e intentaremos justificar esto, en rasgos que, para las investigaciones iniciales sobre criterios diagnósticos, refirieron a categorías comprobables en las que un paciente, a través de su sintomatología, podría haber sido inscrito en una entidad diagnóstica. De este proceso de transducción derivaron los manuales de clasificación DSM. Desde los mismos conceptos la OMS intentó generar una clasificación diferente, dirigida a las enfermedades en general, esta clasificación incluye en sus apartados una sección para los trastornos mentales, nació así el CIE-10. Tanto los manuales DSM, en sus diferentes versiones, como el CIE-10 son categoriales, cuantitativos y derivados de la nosología adulta. La principal dificultad de esto podría estar en que se trata de definiciones estáticas.

Existen, además, otros intentos como la clasificación francesa de los trastornos mentales de la infancia, que proponen una visión de la patología en un patrón biaxial, conteniendo las categorías clínicas en el primer eje para agregar un segundo con factores etiológicos (asociados a las causas del fenómeno patológico descrito) (Misés, Fortineau, Jeammet, Lang, Mazet, Plantada & Quemada, 1988, en Doménech & Ezpeleta, 1995).

Otra lectura de la inestabilidad motora, usando la escucha permitida por la clínica, desde el marco de intervención psicoanalítica, podemos realizar una revisión, que signifique una alternativa para los sujetos en que se sitúan los rótulos diagnósticos y los

tratamientos farmacológicos, considerándola como un fenómeno continuo, el que podría dar lugar a un sentido diferente al de las clasificaciones diagnósticas.

En este curso es que nos preguntamos:

¿Cómo se comprende, desde el psicoanálisis, la inestabilidad motora en los casos de dos procesos psicoterapéuticos de pacientes ambulatorios menores de 10 años del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna?.

1.3 Aportes y Relevancia de la Investigación

La investigación del tema permite pensar en dos posibles aportes en los niveles de valor teórico y de relevancia clínica:

En lo teórico, esta tesina intenta proponer un aporte en torno a la utilización de la escucha en la clínica infantil como proceso que, desde el decir psicoanalítico, aproxime a la comprensión de la inestabilidad motora, favoreciendo la incorporación de las intervenciones de este fenómeno a la práctica psicológica y médica, posibilitando la detección y tratamiento oportuno en niños con sintomatología o bien con cierta historia de inestabilidad motora, que ayude a optimizar la evolución del tratamiento del padecer del niño en cuestión.

A nivel clínico, con los resultados obtenidos de ésta investigación se pone en relevancia una alternativa al entendimiento de la inestabilidad motora, entendiéndose ésta como los niños con exceso de movimiento. Comprendiendo que existen una multiplicidad de factores, no solo conductuales, sino también, inconscientes o latentes, que están influyendo en el acontecer del niño y el adulto. La solución más simple muchas veces radica en la medicación y aplacamiento sintomático, sin detenerse en la comprensión del fenómeno en sus causas.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo General

Comprender la inestabilidad motora en los procesos terapéuticos de pacientes menores de 10 años del Hospital Luis Calvo Mackenna desde la mirada clínica del psicoanálisis.

2.2. Objetivos Específicos

1. Describir la inestabilidad motora en los procesos terapéuticos en el contexto del trabajo en el HLCM.
2. Comprender la inestabilidad motora en pacientes menores de 10 años.
3. Comprender la inestabilidad motora desde el psicoanálisis.
4. Realizar una sistematización del trabajo llevado a cabo en los procesos terapéuticos en pacientes menores de 10 años en el HLCM.
5. Establecer la noción de proceso terapéutico desde el psicoanálisis

3. MARCO TEÓRICO

3.1. La Inestabilidad Motora:

3.2. Sobre la psicomotricidad

Para hablar sobre problemas relativos a la psicomotricidad es preciso delimitar específicamente a que nos referimos con éste término. Para explicarlo es que nos situaremos en referencia en torno a la obra del psicomotricista Henri Wallon (1879-1962).

Para Wallon (en Mialaret, 1981) la psicomotricidad no debe ser relacionada solamente con el área fisiológica, ya que no son sólo condiciones biológicas las causantes de la psicomotricidad y tampoco se ciñe exclusivamente al estudio del movimiento, puesto que esto sería sólo enfocarse en la conducta manifiesta, sin considerar los procesos psíquicos, que pueden estar involucrados en todo éste proceso, o sea, para Wallon el sujeto vivo no es una maquinaria mecánica de movimiento.

La vida del organismo es un todo, cuya unidad puede complicarse con la diferenciación de las funciones, pero siempre queda la condición. Cada progreso en la especialización, responde a un progreso en la unificación, que tienen, también, sus órganos. Es, pues imposible, imaginar la actividad de un sistema, sin que intervengan los otros, y todavía más difícil dividir un sistema en partes independientes

(Mialaret, G, 1981, p.90)

El autor intenta explicar la complejidad de esta unidad orgánica explicando sus partes, siempre interrelacionadas, lo que es indispensables para pensar la actividad presente en un niño. Para el autor, ésta actividad estaría determinada por dos factores, que se distinguen claramente: por un lado, la sensibilidad profunda o “cenestesia” y, por otro, la sensibilidad sensorial o “exteroceptividad”.

La cenestesia es la sensibilidad del cuerpo propio, como base del sentimiento de personalidad (Mialaret, 1981). Y tiene dos variantes, pudiendo ser interoceptiva o visceral , que tiene relación con la percepción de los órganos internos, dolores, movimientos internos, etc.; O bien, propioceptiva o postural, que tiene que ver con la percepción del movimiento corporal, sentido de posición y de equilibrio.

La psicomotricidad incluye el estudio del movimiento y la mecánica, además de los procesos psíquicos y la relación del sujeto con el medio. Así, Wallon, para dar una explicación más acabada de lo que es la comunicación en tanto psicomotricidad, por ende estructuración psíquica y desarrollo social del niño, se enmarca en tres grandes áreas a definir: El movimiento, la tonicidad muscular, y el gesto.

3.2.1. El Movimiento

Wallon en su obra, distingue tres tipos de movimientos que tienen trascendencia en el desarrollo del psiquismo del niño. Estos tres movimientos son:

1. Pasivo o exógeno. aquel que depende de fuerzas exteriores frente a los cuales el niño, solo es capaz de reaccionar ante estas, como el reequilibrarse

2. Desplazamientos antígenos o activos: estos tienen que ver con los movimientos provocados por el niño y que influyen en el desplazarse por un espacio determinado. Por ejemplo: el inicio de la marcha.

3. Desplazamiento de los segmentos corporales: estos tienen relación con las posturas corporales, a modo de reacción ante otro, o sea, tienen relación con las actitudes.

Como ya hemos mencionado, estos movimientos tienen una relación directa con lo psíquico, y, es por medio de esta relación psíquicomotora que se puede dar una explicación abarcativa de los tres grandes grupos que, al decir de Wallon (en Mialaret, 1981) comprenden la psicomotricidad, para el niño las emociones tienen concordancia con una especie de molde de lo social con lo biológico en primer término, la evolución del acto al pensamiento como segundo, y el último gran grupo referido al estudio de los trastornos de la psicomotricidad, como tercero.

3.2.2. La Tonicidad Muscular

Para lograr la definición de la actividad motriz es necesaria una “materia prima”: el tono muscular. En los primordios de la vida, el sistema neuromotor infantil es inmaduro, por lo cual, la relación con el medio, es por el tono muscular.

Hablar de tono muscular es apelar a la idea de la función tónica que es: “introducir la noción de actividad postural, de actitudes que, muy dialécticamente, van a permitir, tanto, abrir las puertas de la afectividad, como una mejor comprensión del enriquecimiento intelectual, aportado por la emoción” (Mialaret, 1981, p.95).

La relación que se establece entre el tono muscular y los objetos, va planteando, aun de manera difusa, el mundo que lo rodea. El entendimiento de la percepción corporal con el mundo no solo está sujeta a la interpretación de la percepción del contacto, sino, que del sostén que le es brindado por otro, la madre, por el cuerpo de la madre en una suerte de “acuerdo Tónico”.

Lo que Bernard Acouturier llamará “acuerdo Tónico” es la relación comunicativa entre madre y cría por medio de la acomodación postural donde el niño comienza a ser consciente de sus límites, de lo que se es y lo que es otro. La madre es la responsable, en tanto función, de sostener a la cría para que ésta pueda incorporar el mundo (Lapierre, Acouturier, 1983).

Es de este modo que el niño, usando y repitiendo los movimientos aprendidos; uniendo a estos, nuevos movimientos, irá configurando paulatinamente una unidad corporal hasta organizar su esquema corporal. Entonces, lógicamente, podemos considerar que la tonicidad muscular es una función fundamental de la comunicación, que también podemos comprender como antecedente en la relación entre cría y primer otro significativo.

Cada vez que el niño, por medio de su tono muscular, es actor de un afecto, de una emoción, logra objetivarla en su consciencia. Entonces, la función tónica, refleja en el niño su relación con el mundo, su relación con los otros; o sea, su forma de socializar, parte de su personalidad.

Desde el nacimiento, incluso antes, se gesta una relación madre-hijo la cual, en primera instancia, está marcada por lo no verbal. Se establece basada en los cambios tónico corporales, tanto por parte de la madre, entendida como primer otro significativo para el niño; y, por parte del niño, quien es interpretado por la madre en sus gestos, ruidos, miradas; el acuerdo tónico. Esta es una manera de leer, y recibir al otro en su producción comunicativa; función "de percibir los armónicos emocionales como la expresión de una experiencia siempre única" (Aucouturier, 1985).

3.2.3. El Gesto

En los inicios de la vida existen expresiones corporales que son dirigidas al otro por las cuales se vehiculizan las primeras emociones. Estas expresiones, en relación con otro, llevan por nombre "*Gesto*" y por estar comprendidas en cierto tipo de codificación de la emoción dirigida a otro, es que podemos decir que se trata de un lenguaje. "La emoción es una forma de participación que no procede de la imitación, sino que depende de que tiene un aparato expresivo que la propaga del uno al otro, determinando entre todos una unión de lágrimas, risas, amenazas, violencia o pánico (Wallon, 1942, en Mialaret, 1981, p.95).

Comúnmente el bebé tiene acceso a momentos de agitación pura, como los gritos y el llanto, los cuales son descargas motrices que se convierten en psíquicas, y pasan a ser representaciones⁴ que grafican la unión entre la emoción y el gesto.

⁴ Según Laplanche y Portanlis (1967), la representación es un término usado clásicamente en filosofía y psicología como "lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento" y "especialmente la reproducción anterior". Freud, en su obra contrapone la representación a afecto, y asocia la

Entonces podemos entender, que las contracciones a nivel del rostro o del tono muscular, no son solamente movimiento, sino gesto; por ende, actitud, y es ahí, donde el operar de la motricidad tiene un sentido, un sentido humano, un sentido de comunicación, por consiguiente un sentido social, ya que permite la expresión de las emociones, la satisfacción o el malestar, etc.

Pero ¿cómo es que el gesto tiene una relación directa con la representación? Wallon dirá, en un inicio, el acto se mezcla con la realidad exterior, la cual no es accesible por el infans⁵ más que por una acción dirigida hacia ella. Y, de forma paulatina, la configuración motriz va a separarse del objeto y de la situación, llegando incluso a existir una ausencia de objeto donde solo subsiste el gesto. La primera función gestual, es volver presente el objeto ausente, y subsistirlo, para luego más tarde, el gesto sea una forma de metaforizar la realidad que difícilmente se pueda hacer de otra manera (Mialaret, 1981).

En son de esto es que Wallon dirá “Lo que importa, no es la materialidad de un gesto. Sino el sistema al que pertenece en el momento en el que se manifiesta.” (Wallon, 1941, en Mialaret, 1981, p.87). El gesto entonces tiene calidad de signo, con lo cual se hace garante de la función simbólica, que Wallon explicara como:

representación en relación a sus destinos (representación: de cosa, de palabra, fin, de la pulsión, representativo, psíquico).

⁵ palabra del latín, que significa, él que no habla, incapaz de hablar, mudo. Más avanzada la lectura de ésta investigación, se revisará la teorización lacaniana del “estadio del espejo”, en donde la experiencia del espejo, caracterizada por el estado de fragmentación de la cría y el ser marcado en tanto no hablante por un otro que habla, constituye lo que entenderemos como infans (Quevedo, 2000).

Lo que permite sustituir el contenido real de las intenciones, o de los pensamientos y de las imágenes por sonidos, gestos, o incluso objetos, con los que no tienen otra relación que aquella ligadura. Este es el poder de sustitución que aporta la función simbólica. No es la simple adición de gestos determinados. Es lo que establece una relación entre un gesto cualquiera, como significante, y un objeto, un acto, o una situación, como significado.

Wallon, 1942, en Mialaret, 1981, p.99.

Esta ligazón entre gesto-significante y gesto con el otro es lo que nos permite inferir que el gesto es significante, en tanto esta sometido a una relación con otro. Lacan aquí hará distinción entre los conceptos de otro y Otro (autre/Autre) ya que no se trata de otro en tanto reflejo y proyección del yo, sino que se trata de un Otro sujeto en su alteridad radical (Evans, 1996)

3.3. Sobre la clínica psicoanalítica

3.3.1. El Otro, la madre

El “Otro” es un concepto lacaniano que refiere a la alteridad radical, esa otredad que trasciende de otro prominente del registro imaginario⁶ en el cual sería tan solo la semejanza del yo. Al contrario, el Otro se instaura en el registro de lo simbólico⁷, establecido como el orden del deseo del inconsciente, del lenguaje y del significante. El Otro no es asimilable a través de la identificación, no se tratará de la madre por sí misma, sino como portadora de la ley y sostenedora, en última instancia, de la cría en el lenguaje.

Es de este modo que la madre ocupa, en un primer momento, la posición del gran Otro para el niño, por que es ella quien recibe el llanto y los gritos primitivos de la criatura, y retroactivamente los sanciona como un mensaje particular, puntúa así, con la palabra, el registro de la organicidad de ese organismo (Evans, 1996).

La cría, desde el momento de su nacimiento hasta sus primeros años de vida, es un ser totalmente desvalido, o sea, con incapacidad de sobrevivir por sí mismo, sin otro en este mundo. No es solamente en el plano de lo biológico que es entendida esta dependencia de Otro, “si lo pensamos en términos de aparato psíquico, la cuestión es también bastante radical en lo que concierne a la dependencia de otro. Esta es una cualidad del psiquismo, depende de un otro, para conformarse (...)” (Quevedo, 2000, p.22)

⁶ Apela a los tres “ordenes” o “registros” (imaginario, simbólico y real) que remiten a aspectos diferentes de la experiencia analítica. lo imaginario está basado en la formación del yo en “el estadio del espejo”. Las identificaciones del yo con el semejante está mediado por éste registro (Evans, 1996)

⁷ Es uno de los tres registros mencionados. Remite esencialmente una dimensión lingüística, la dimensión del significante. Es también el ámbito de la otredad radical, el Otro (Evans, 1996).

Entonces, la imposibilidad de sostenerse por si mismo en el mundo supone una dependencia radical con el Otro, biológica y psíquicamente. Recordemos que lo motor muta en psicomotriz y transita a lo psíquico. Es en este movimiento que la cría es sostenida por el cuerpo materno, donde ésta, al ser ella un sujeto hablante, comienza a marcar al bebé. Este ejercicio especular hace que “ese” bebé sea- ahora- “su” bebé, le otorga, mediante nombres y palabras la libidinización necesaria para dirigirle hacia la falta que funda la posibilidad de desear. Es decir, este Otro –la madre en tanto función- es el donante del lenguaje, y de la pulsión, que Freud definiría como: “representante psíquico de los estímulos que se originan dentro del organismo y se alzan a la mente, como una medida de exigencia hecha a la mente en el sentido de trabajar en consecuencia de su ligazón con el cuerpo” (Freud, 1915, en Quevedo, 2000, p.23).

Pensemos ahora: ¿qué relación tendría la madre con la pulsión de la cría? Lacan (1957) dirá, que la pulsión es el resultado de la demanda del Otro. En el contexto del grafo del deseo éste autor propone la formula ($S \leftrightarrow D$) como matema⁸ de la pulsión. Ésta formula se lee como sigue: el sujeto barrado en relación con la demanda, el *fading*⁹ del sujeto ante la insistencia de una demanda que persiste sin ninguna intención consciente de sostenerla (Evans, 1996, p.159).

En otras palabras, el deseo del sujeto depende completamente de la demanda del Otro. Esto conlleva otra situación de reciprocidad donde el niño sabe muy bien que cuenta con algo de la madre como función (Lacan, 1957-8).

⁸ Neologismo lacaniano derivado de la palabra “matemática”. El matema es parte del álgebra lacaniano (Evans, 1996)

Es por esta relación en dependencia de Otro que la cría en inicios no distingue bien entre lo que se es y su madre.

Es por eso que Lacan dirá:

(...) al comienzo el sujeto está más cerca de la forma del Otro que del surgimiento de su propia tendencia. En el origen el es una colección incoherente de deseos -éste es el verdadero sentido de la expresión cuerpo fragmentado- y la primera síntesis del ego es esencialmente alter ego, está alienada. El sujeto humano deseante se constituye en torno a un centro que es el otro en tanto le brinda su unidad, y el primer abordaje que tiene del objeto es el objeto en cuanto objeto del deseo del otro.

(Lacan, 2002, p.36)

Será así el otro quien sitúe al bebé en el lenguaje promoviendo la posibilidad de aprehender y diferenciar el entorno.

3.3.2. La erotización de la actividad y Satisfacción motriz

La erotización de la actividad del niño aparece cuando la actividad del niño comienza a funcionar por si misma, pensando que por mucho tiempo ha dependido de su madre. “No es la erotización de la actividad de la madre para el niño, es la erotización de la actividad del niño. El cuerpo del niño, tanto en su eje, en sus orificios o en la función

⁹ En la obra lacaniana es un sinónimo de la palabra “Anfánesis” que es equiparada a “desaparición”; por consiguiente el *fading* es la desaparición del sujeto en el proceso de alienación (Evans, 1996). Ernst Jones y Donald Meltzer sostendrán luego una discusión al respecto a partir de la idea de desaparición del deseo.

tónico-postural, se encuentra erotizado. Es ésta actividad que está erotizada, ahí está el origen de la psicomotricidad” (Bergés, 1990, p.17).

Entendemos entonces, que las posturas y los movimientos propios del niño en desarrollo, son una nueva excitación tanto para él como para su madre. Esta excitación es puesta en un código de búsqueda y sintonía: un acuerdo tónico (Acouturier, 1980). Plantea la respuesta postural y/o discursiva de la madre que reactiva la excitación del niño y alimenta así su actividad motriz.

Pensar esto desde la lógica analítica implicaría pensar en el Estadio del Espejo. Lacan dirá, a este respecto, que es en este estadio que aparecerá el yo (je) como resultado del Otro. Entonces es la madre como “otro en el espejo” quien, en esta reactivación de la excitación, tiene las llaves del cuerpo del niño. El niño se reconoce haciendo el descubrimiento de sí mismo, en la especularización de su imagen, a través de las respuestas que acompañan y preceden a cada uno de sus movimientos y los del otro.

Es importante destacar que los montos cuantitativos de la reactivación de aquella condición de acuerdo tónico puede reflejar en el niño dos tipos graduales de respuestas:

La ausencia de reactivación puede traducirse en la inactividad del niño o, al contrario, y puesto que escogemos extremos, en un exceso, como se constata en los niños hiperquinéticos.

(Bergès, 1999, p.28).

Desde otro punto de vista y pensando en la inestabilidad motora, podemos considerar el movimiento sin cese como un exceso de reactivación dentro de un circuito de erotización. Un niño hiperkinético necesitaría de una contención externa basada en “dar

oído” a aquello que en el movimiento puede estar siendo gesto., Jean Bergès referirá a esto en tanto:

La inhibición, es la contención del cuerpo en la medida en que el cuerpo puede ser arrastrado a la satisfacción motriz. La relajación le permite satisfacerse. La inhibición, es la coacción de esta satisfacción porque la satisfacción motriz, no es otra cosa que la erotización de la actividad del niño con la madre.

(Bergès, 1990, p.16.)

3.3.3. Pasaje al acto / "acting out"

El “Acting out” es la traducción al concepto de “Agieren” establecido por Freud, el cuál establece la oposición que la teoría psicoanalítica reconoce entre repetición y recuerdo. Pensando la repetición como referencia a un evento fundante, es pertinente pensar que ambos son “los modos contrastantes de traer el pasado al presente” (Laplanche y Pontalis, 1967, p.4)

Si se reprime el recuerdo de los acontecimientos pasados, ellos vuelven expresándose en acciones; cuando el sujeto no recuerda el pasado, por lo tanto, está condenado a repetirlo actuándolo en el *acting out*.

(Evans, 1996, p.29)

Acting out refiere a acciones de carácter impulsivo que no son armónicas con las pautas habituales de conducta, por lo cual son fáciles de aislar de las tendencias generales de la actividad (Laplanche y Pontalis, 1967, p. 4). Además el paciente, no comprendería de modo consciente la motivación por la cual tiene aquella conducta.

Ahora bien, si pensamos que el recuerdo no es solo recordar algo a la conciencia, sino también comunicarlo, es aquí donde la dimensión del Otro cobra importancia. Para Lacan, el *acting out* sería la imposibilidad de recordar algo junto con la imposibilidad de comunicarlo a Otro (Evans, 1996). “Por lo tanto, el *acting out* se produce cuando la negativa del Otro a escuchar hace imposible el recuerdo” (Evans, 1996, p.29)

Si el Otro no escucha es imposible transmitirle algo por medio de las palabras y está inevitablemente direccionado a comunicarse en acciones cifradas que es preciso que el Otro pueda descifrar, pero que por si mismo resulta imposible.

Lacan en su seminario sobre la angustia (1962-3), establece la diferencia entre el *acting out* y el pasaje al acto, ambos usados como sinónimos en ciertas ocasiones. La distinción radica en que el *acting out* es un mensaje cifrado para el Otro, apelando a una cercanía en la comunicación. En cambio el pasaje al acto es una huida con respecto del Otro ya que:

El sujeto se mueve en dirección a evadirse de la escena. Es lo que nos permite reconocer el pasaje al acto en su valor propio, y distinguir de él lo que es muy distinto (...) el *acting out* (Lacan, 1962-3, p.129).

Ahora bien, ambos son recursos contra la angustia. Sin embargo es necesario hacer la distinción de estos dos conceptos.

Por una parte, el mundo, el lugar donde lo real se precipita y, por otra parte, la escena del Otro, donde el hombre como sujeto tiene que constituirse, ocupar su lugar como portador de la palabra, pero no puede ser su portador sino en una estructura que, por más verídica que se presente, es estructura de ficción. (Lacan, 1962-3, p.129)

Entonces, en palabras de Lacan:

El *acting out* es esencialmente la demostración, la mostración, sin duda velada, pero no velada en sí. Sólo está velada para nosotros, como sujetos del *acting out*, en la medida que eso habla, en la medida que eso podría hacer verdad. Si no, por el contrario, es visible al máximo, y por ese mismo motivo, en un determinado registro es invisible, al mostrar su causa. (Lacan, 1962-3, p.138)

En este sentido, lo que sucede con el niño con inestabilidad motora tiene relación con lo que plantea Jean Bergès como pasaje al acto en sinónimo de “Acting Out”, lo fundamental es observar el reconocimiento en esta dialéctica de la condición del lenguaje:

El pasaje al acto, no quiere decir que paso a la acción, quiere decir que paso del lenguaje que no puedo utilizar a la acción. (...) En esa palabra de pasaje, es preciso que ustedes escuchen, he pasado por ahí porque no podía pasar por otro lado. Es porque estoy privado de la palabra (porque no se me escucha) que paso al acto (Bergès, 1990).

3.3.4. Yo (je) es el otro, el estadio del espejo

Lacan en “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je)¹⁰” (Lacan, 1936) articula el proceso de constitución subjetiva generador de lo imaginario. Aquí el estadio del espejo es un “drama” que para el sujeto, presa de la ilusión, maquina las fantasías que se sucederán desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma ortopédica de su totalidad, irá amoldando y estructurando todo su desarrollo mental (Lacan, 1936, p. 96).

El sujeto ve su reflejo, se ve primero en el otro, identificación narcisista que como proceso trae consigo altos montos angustia y agresividad. Él (sujeto) se ve unificado en el campo del Otro faltante previo a la adquisición del control de su propio cuerpo. Como ya mencionamos, la madre es en un primer momento el representante de este Otro, que

¹⁰ En la lengua francesa el yo es traducido de dos formas: Moi y je. Hasta 1960 ambos términos, en la obra lacaniana, no son claramente diferenciados, a pesar de no ser tomados como iguales. Es después de esa fecha que la diferenciación radica en que el “je” designa pero no significa al sujeto de la enunciación y el “moi” es el yo, el ego.

recubre las faltas de ambos –el niño y ella- con su deseo y construye una ilusión, una imagen unificada para el infans al completarse como un todo narcisista.

El proceso emerge con la inserción de un espejo en el plano unidimensional que transforma construyendo tres lugares: el espejo y dos espacios topológicos, uno real delante de espejo y otro virtual por detrás del mismo. El infans, carente de palabra y pura fragmentación corporal, se encuentra ubicado en el espacio real, su ojo que desconoce la virtualidad y no se cuestiona su mirar (Vallejo, 1979) borra el espejo y homogeniza ambos campos. Por consiguiente, la pulsión escópica¹¹ se dirige hacia los otros objetos del espacio virtual que son mirados como si fuesen de su propio campo real. Este mirar del infans es apresado por un objeto que sobresale de los otros y que devuelve su mirada por ostentar un compromiso libidinal (Vallejo, 1979).

Este movimiento: la mirada del otro en falta, cargará libidinalmente el cuerpo del infans, sus zonas erógenas. Y es así como éste proceso devuelve al niño algo que no es, y que, a pesar de eso, creará serlo. Se organiza, entonces, un aparato protésico que sostiene al infans a través de la mirada especular del otro, a este respecto Bergès y Balbo mencionarán el concepto de transítivismo en que se requiere de la madre para mediar y obstaculizar al cuerpo por sí mismo como objeto de goce (1999).

Este proceso no implica una imagen estática, refiere a que “El estadio del espejo, no es una fotografía, el estadio del espejo comprende un cuerpo animado por el cuerpo de la

¹¹ La pulsión escópica refiere al concepto mencionado por Lacan en el seminario XI en relación a la obra de Maurice Merleau-Ponty -específicamente a “Lo visible y lo invisible”-, se hace necesaria la renuncia al goce del mirar orgánico para lograr la entrada a la mirada propiamente tal; dicho de otro modo, el órgano requiere de una pérdida de su completitud para permitirse ser deseante. Este movimiento se vuelve fundamental en la entrada a lo gesticular en el niño.

madre” (Bergés, 1990, p.17). En este encuentro de fusión entre el infans y su madre se constituye un cuerpo marcado por el deseo. En este lugar no existiría una distinción entre el su cuerpo y el de la madre, ya que para esto se requiere de la operación de primera simbolización de la ausencia de la madre, el llamado Fort Da freudiano.

Freud, en torno a la observación del juego de un niño de año y medio, relata como da paso a la primera operación que el niño gesta en tanto espacio físico independiente de la madre. El escrito relata el jugar de un niño con un carretel de madera atado con una cuerdecita, en donde, sujetando un extremo de la cuerda, arrojaba el carretel por sobre su cuna forrada de tela haciendo desaparecer el carretel tras las telas y luego tirando el cordel para que apareciera el juguete. Así entonces, en el juego el niño establece una operación de desaparición- aparición en donde Freud explica como primera instancia de simbolización ausencia-presencia de la madre, puesto que el niño renuncia a la satisfacción instintiva inmediata, y simboliza, a modo esquemático, la separación de la madre, en una separación simbólica de éste primer Otro.

En consecuencia, el juego del carretel admite tres interpretaciones diferentes y complementarias. “Es posible ver en él, ante todo, una forma de consuelo fantaseado, puesto que es el niño mismo quien pone en escena objetos capaces de «partir» y «regresar» según los caprichos de su fantasía. (...) La segunda interpretación hace hincapié, sobre todo, en el componente agresivo anal y en la necesidad de dominio que lo acompaña, responsables uno y otra de que la pasividad realmente sufrida se transforme en actividad en el plano del juego. (...) [y una tercera interpretación], ¿No será el juego del carretel la expresión de un deseo de venganza que el niño, abandonado por la madre, tiene derecho a experimentar?

Ali, 1974, pp. 27-28.

Estas interpretaciones sobre el juego de un niño con su carretel serán profundizadas posteriormente conforme aparezca ésta observación en las revisiones de los casos. Resumiendo, es éste Otro quien posibilita como espejo, a través de sus palabras cargadas de deseo, la constitución de imagen, del niño como una forma estructurada, y con esto se presenta como un lugar desde donde podrá constituir su yo, el cuál es una ilusión y resultado del Otro.

3.4. La Clínica Psicoanalítica con Niños

3.4.1. Palabra, escucha

Como hemos visto hasta ahora, el Otro es la particularidad de lo simbólico en cada sujeto, el lugar donde está constituida la palabra (Lacan, 1957). La palabra se origina en el Otro por lo que el inconsciente mismo es el discurso del Otro (Lacan, 1966).

El Otro es pues, el lugar donde se constituye el yo (moi) que habla con el que escucha, ya que lo que uno dice es ya la respuesta, y el otro decide al escucharlo si uno ha hablado o no. Pero a su vez, ese lugar se extiende en el sujeto tan lejos como reinan las leyes de la palabra, es decir mucho más allá del discurso que toma del yo sus consignas, desde que Freud descubrió su campo inconsciente y las leyes que lo estructuran.

(Lacan, 1955, p.414).

Pensemos ahora, en lo que refiere a los niños como pacientes, ya habiendo visitado pasajes fundamentales de Lacan. Pensemos en lo que Donald Meltzer, analista británico, añadiera al debate siguiendo la huella de Klein y Winnicott. Añadió que la escucha está poblada de elementos del mundo externo, que los niños son traídos a la mirada del analista, o del terapeuta, bajo la tutela de sus padres y que, ello, además de sabotear en ocasiones los procesos, incluye la dificultad de requerir de un foco puesto en la experiencia (Meltzer, 1996). En la lógica de Winnicott, la indiferenciación de los mundos interno y externo, pone la escucha de la experiencia en el circular a través de objetos que mutan y que, al llegar a la adultez, tomarían la forma de discursos (Meltzer, 1996). Es así que ya en lo preverbal, existe una experiencia mediada y que, además, habrá huellas de ello en lo discursivo,

propio de la vida adulta. Es así que es posible pensar una escucha en la infancia, la palabra llama a la respuesta, en estos términos.

Es de este modo que, al referir a “la palabra” hacemos alusión a la idea de lenguaje como sistema de intercambios y no nos referimos al concepto de “las palabras” como fonemas aislados. Siguiendo esta conceptualización, el trabajo clínico no solo se articulará desde “las palabras” enunciadas, sino desde lo dicho, actuado, escrito o puesto en escena. En otro términos, no solo se responde a lo que el discurso fonético dice, sino, al sentido de los intercambios en sesión.

Volviendo a Lacan podemos ver que:

Ya se de por agente de curación, de formación o de sondeo, el psicoanálisis no tiene sino un médium: la palabra del paciente. La evidencia del hecho no excusa que se le desatienda. Ahora bien, toda palabra llama a una respuesta.

(Lacan, 1958, p. 235)

Será este llamado a la respuesta lo que para Lacan referirá que tanto lo verbal como lo pre verbal se organiza en función de la palabra del Otro. Como ya mencionamos, éste Otro funciona para el infans como la sede de lo simbólico desde dónde el niño logrará asirse a los significantes, es así que situará la instancia de lo simbólico como primordial para el acercamiento con el sujeto.

Ahora, como mencionamos sobre el concepto de palabra, insistiremos en que aquí hace alusión a lo simbólico y que ello no refiere a lo fonético sino, a las producciones corporales. Estas producciones al decir de Acouturier (1980) son:

Múltiples y variadas, más o menos conscientes y voluntarias, más o menos inconscientes e involuntarias, más o menos ambivalentes en su contenido consciente e inconsciente (Lapierre & Acouturier, 1980, p. 127).

Estas producciones están destinadas a penetrar en el cuerpo del otro por medio de la vista, de la audición y despiertan en el otro cuerpo, resonancias, reacciones corporales a modo de respuesta, que el primer cuerpo recibirá como “feed-back” (Acouturier, 1980).

Es en éste proceso de “feed-back” que el adulto se ve sobrepasado por las producciones corporales del niño. Es el sentido que el adulto pone a las producciones corporales, al movimiento de éste niño hiperkinético lo que le perturba. Una dificultad que se presenta en la interpretación del movimiento como un gesto, como una emoción transformada en movimiento.

El niño perturbado en su movimiento adquiere, entonces, un nuevo lugar: el de perturbar a un adulto que denuncia su movimiento, he ahí el origen de la queja, como refiere Bergés:

Es ante esta cuestión que el niño hiperkinético aparece como particular, no es él quien tiene una demanda; él plantea una pregunta al adulto que lo pone en la necesidad de encontrar una causa a su movimiento, porque no es el movimiento lo que molesta al adulto, es el sentido que el adulto da al movimiento en la medida en que lo hace gesto.

(Berges, 1990, p.6).

El adulto que interpreta el movimiento de este niño impide que éste último hable y se perpetúa una lógica de adivinar y agotar los sentidos que le está dando al movimiento sin cese del niño, sin acceder a la interpretación de esto como un gesto y no solo como mero movimiento. El adulto mediará lo motor que, por si solo, se desarrolla en el espacio de lo real; es a partir del espacio simbólico, espacio virtual, que se configurará lo motor en función de un Otro que permitiría la evolución de la estructura psíquica más allá de meros puntos de goce¹² (Levin, 2000).

¹² Goce refiere acá a aquello que es investido en la repetición pero que, sin embargo, no conduce a la descarga pulsional neurótica sino que, por el contrario, produce estancamiento en el puro uso del órgano. En términos freudianos, el goce se situaría en la barrera del principio del placer; por otra parte, Lacan referirá en “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano”, en “Escritos” (1966), al Goce como el lugar previo al ingreso al lenguaje.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Enfoque metodológico

La investigación es de enfoque cualitativo, comprendiendo que esto permitirá sostener formas de producción de conocimiento en realidades irregulares propias de la subjetividad humana (González, 2000). La realidad, para este enfoque es histórica, política y económica (González, 2000). Estos rasgos hacen que el carácter histórico y cambiante de los fenómenos, pese a interpretaciones tópicas más o menos estables que pudiera sugerir nuestro marco teórico, nos ponga frente a la necesidad de establecer criterios de confiabilidad, credibilidad y transferibilidad para responder a la pregunta por la validez y viabilidad (Guba & Lincoln, 1994).

Tomando en cuenta que el objeto de estudio que intentamos alcanzar será interrogado mediante el marco interpretativo del psicoanálisis, el enfoque metodológico pertinente a de ser del tipo heurístico, lo que supone, entonces, la configuración de síntomas y simbolizaciones como unidad básica del acceso a la realidad investigativa (Ortí, 1995).

Dada la naturaleza del objeto de estudio, la inestabilidad motora, nuestra tarea requiere del estudio de los significados vividos, existenciales, más allá de las relaciones estadísticas lo que se acerca al polo de lo fenomenológico. Sin embargo, por tratarse de una interpretación sobre ideas o prácticas nos situaremos en fuentes de datos del orden de registros y documentos, en este caso, registros clínicos de nuestra autoría. Esta

interpretación inicial, sobre las fuentes de datos, nos guía hacia la utilización de las metodologías etnográficas (Rodríguez, Gil & García, 1999).

4.2. Tipo y diseño de estudio

La investigación que presentamos responde a un fenómeno de orden complejo en el marco del trabajo terapéutico en la Unidad de Psicología del Servicio de Neurología del hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Utilizaremos historiales clínicos para observar, a la luz de los constructos teóricos respecto de la inestabilidad motora en el psicoanálisis, cómo es que se presenta la inestabilidad motora en los procesos terapéuticos de pacientes menores de 10 años . Lo anterior alude, entonces, a un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, que se centraría en dar cuenta de características comunes propias del fenómeno de la demanda de deseo del propio cuerpo en el movimiento. La pregunta central en ésta investigación será -por la inestabilidad motora en el entramado de la terapéutica clínica- la siguiente ¿Cómo se comprende, desde el psicoanálisis, la inestabilidad motora en los procesos psicoterapéuticos de pacientes ambulatorios menores de 10 años del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna?

4.3. Estrategia de investigación

La estrategia de investigación que seleccionamos para poder resolver el problema planteado es el *estudio de casos*. Los estudios de caso pueden, como estrategia de investigación, dar luces sobre fenómenos emergentes en contextos particulares de la “vida real”, respondiendo preguntas sobre cómo se produce un fenómeno (Yin, 2003). En el

proceso investigativo, nos encontraremos ante tres problemas: cómo definir los casos a estudiar, cómo determinar la relevancia de los datos y qué hacer con los datos (Yin, 2003).

La esencia de los estudios de caso es que intentarán dar luz sobre las decisiones en torno a un fenómeno: porqué son tomadas, cómo se implementan y cuáles son sus resultados. Investigarán fenómenos en su contexto real considerando, además, límites que no son claramente evidentes (Yin, 2003).

Para realizar una lectura de un fenómeno en que los límites no son evidentes, se hace necesario acotar el campo mediante la resolución de cuatro problemáticas: qué estudiar, qué datos hacer relevantes, qué datos recolectar y cómo analizar los resultados (Philliber, Schwab & Samloss, 1980, en Yin, 2003). Se trata, por lo tanto de un problema lógico en el que deben definirse:

- 1 la pregunta de investigación
- 2 sus proposiciones
- 3 sus unidades de análisis
- 4 el nexo lógico entre los datos y las unidades de análisis
- 5 los criterios de interpretación de hallazgos

(Yin, 2003, p.21)

Nuestro trabajo tiene como objetivo comprender la inestabilidad motora asociada a pacientes menores de 10 años durante los procesos terapéuticos realizados por nosotros en la Unidad de Psicología del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Utilizaremos historiales

clínicos recolectados durante el curso del año 2011 en nuestra práctica profesional en la misma institución.

4.4. Tipo de estudio

Comprendemos, entonces que se trata, de un estudio descriptivo de casos múltiples, pues pretende describir intervenciones en contextos reales y poder realizar cruces entre las informaciones de unos u otros casos de la muestra respecto de los elementos teóricos señalados (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2003).

4.5. Instrumentos de recolección de la información

Tomando en cuenta que el foco de interés de nuestra investigación está en lo que Yin agrupa como estudios de lenguaje, utilizaremos elementos no estructurados de documentos personales, en este caso, las notas de trabajo e historiales clínicos de los pacientes. Estos documentos podrían cumplir con los criterios de estandarización de las descripciones densas, pensando que...

La recogida de datos estará compuesta, además, por notas de campo, considerando que “(...) las personas utilizan vocabularios específicos para trazar líneas de acción (...)” (Taylor y Bodgan, 1986, p. 76).

4.6. Criterios de validez

Acorde con la noción de Estudio presentada al comienzo, se hace necesario presentar y justificar los criterios de validez para nuestro trabajo. Acudiendo a la nomenclatura clásica al respecto, apostamos por los criterios a continuación:

a) Validez de constructo: que implica el correcto establecimiento de medida de los conceptos estudiados.

b) Validez interna.

c) Validez externa: estableciendo los alcances de los hallazgos.

d) Replicabilidad.

Para organizar nuestros constructos, referiremos entonces a los conceptos levantados desde la teoría, con esto cumplimos con los criterios de validación del constructo que propone Yin (2003) para los estudios de caso. Es necesario demostrar, en este paso, que los elementos seleccionados no son cubiertos por otros conceptos.

4.7. Muestreo

Para seleccionar a los sujetos de la muestra fue utilizado el muestreo intencionado, discriminatorio y estratégico, de tipo no probabilístico, pensando en las categorías especiales que arroja nuestro marco teórico y que serán las que contrastaremos con los materiales recolectados. Considerando que nuestro trabajo contrastará elementos de un marco interpretativo con los datos recogidos a lo largo de los procesos terapéuticos, nuestro objetivo es validar el estatuto relacional y responder a un conjunto de categorías que requieren de desarrollo, es así que el muestreo ha de ser de tipo discriminatorio, es decir, “(...) dirigido y deliberado, con elecciones hechas conscientemente sobre qué y a quién seleccionar en función de los datos requeridos” (Strauss & Corbin, 1990, p. 187).

4.8. Construcción de Listado de Dimensiones e Indicadores

A partir de lo pesquisado en los procesos terapéuticos con los pacientes mencionados, de la revisión bibliográfica usada para el marco teórico y metodológico, realizaremos un listado de dimensiones con sus respectivos indicadores para así interpretar los datos obtenidos.

Se utiliza el **análisis de categorías por objetivos**, de la información recopilada mediante las sesiones terapéuticas que se realizan sobre los pacientes mencionados con antelación. Según Gil Flores (1994) en su libro del análisis de datos cualitativos (pp. 65-98), se realizan tres operaciones primordiales en el proceso de análisis de los datos:

1° Lectura de las transcripciones de las sesiones dentro de los procesos terapéuticos de ambos pacientes mencionados. La lectura contribuye al entendimiento global de los contenidos, además de ayudar a identificar algunas relaciones que muestren lineamientos a seguir para el posterior análisis.

2° Categorización. Operación elemental en el análisis de datos cualitativos, que está constituida por dos procesos que se realizan de forma simultánea, los cuales Flores denomina como:

Segmentación y codificación.

a) *Segmentación:* Es la clasificación de todos aquellos fragmentos que refieren o están relacionados a un mismo tema.

Para efectos de la presente investigación, se establecen 2 dimensiones y 4 indicadores, como ya ha sido mencionado.

b) *Codificación:* Es la división de las dimensiones en indicadores, asignando a cada indicador un código.

4.9. Codificación

La codificación será selectiva, eso quiere decir, nuevamente, que responderá a categorías especiales de lo que señalaremos en el marco interpretativo a partir de los datos señalados en el marco teórico. Dichas categorías son aquellas que, para el estudio de casos responden a las proposiciones y unidades de análisis del fenómeno del movimiento en las

fantasías descritas en los historiales clínicos de los pacientes. Lo anterior porque, como debemos saber, los estudios de caso, en tanto estrategia, consisten en el estudio de un fenómeno particular usando uno o más objetos en su contexto real (Titscher, Meyer, Wodak & Vetter, 2000).

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En éste punto de la investigación relacionaremos la con antelación expuesto a dos procesos psicoterapéuticos con niños que dentro de su sufrimiento presentan inestabilidad motora. El Caso I, y el Caso J.

El Caso I trata de una niña de 2 años 6 meses que asiste a terapia con su madre (C). La paciente es derivada desde Neurología para evaluación y manejo por especialista solicitando normas de crianza e higiene del sueño. Con diagnóstico de trastorno conductual del sueño.

El motivo de consulta por el cual asisten según la madre hace referencia a que “en la interconsulta dice, venimos por que mi hija es demasiado inquieta, no para en todo el día. Y por que tienes problemas de sueño (...) problemas para quedarse dormida, se duerme como a las 3 de la mañana y no duerme más de tres horas seguidas. Tiene el sueño muy suave”.

En los antecedentes relevantes de salud podemos decir que en el periodo perinatal de la paciente la madre tuvo embarazo no planificado ni deseado, sin complicaciones importantes. La madre se entera a los 3½ meses de su condición de embarazo. El parto fue de término, sin complicaciones, la paciente I pesó y midió dentro de lo esperado. La lactancia duró 1½ años. La marcha fue alcanzada a los 1½ años ya que a los 8 meses “fue como empezar de nuevo” como dice la madre haciendo referencia a consecuencias de una segunda operación de a corazón abierto. El lenguaje, o sea, las primeras palabras fueron a 1 año 2 meses y el control de esfínter está en inicio durante el proceso terapéutico.

La paciente I, al mes de nacida se le encontró una cardiopatía congénita con hipoplasia del ventrículo izquierdo, junto con flujo restrictivo de la presión, razón por la

cual fue operada al 1 ½ mes de vida. Luego fue hospitalizada 7 veces por neumonía y bronconeumonía antes de los 8 meses de vida para luego ser operada por segunda vez a los 8 meses para después ser hospitalizada 5 veces por neumonía y bronconeumonía hasta la fecha. Ambas operaciones son al corazón por la cardiopatía congénita detectada. La paciente I durante el proceso terapéutico se encuentra cercana a un tercer proceso de operación.

La paciente I vive con sus abuelos maternos desde inicios de marzo del 2011 ya que la madre (C) no puede hacerse cargo de ella durante la semana debido a razones de trabajo. La paciente tiene una hermana mayor, ambas de distinto padre. Del padre de I no hay relato, la madre dice: “no quiere a su hija, no quiso conocerla”, sin embargo, la paciente I tiene conocimiento de éste padre ya que vive cerca de la casa de la madre y cuando la niña está los fines de semana con la ella en ocasiones lo ve pasar por fuera de la casa.

En cambio, el segundo caso es de un varón de 6 años de edad (paciente J) que asiste con su madre y que es derivado desde el servicio de neurología del hospital para evaluación y manejo con el diagnóstico de epilepsia (en tratamiento) e Hiperactividad con déficit atencional.

El motivo de consulta que les trae a consultar tiene relación con que tras la crisis epiléptica que los trajo a consultar al hospital, el comportamiento de J ha cambiado. Se encuentra actualmente tratado con Kopodex (Levetiracetam) y ha bajado las notas en el colegio de un promedio 6,6 a un 5,9, además pelea frecuentemente con su hermano, D de 16 años de edad.

Respecto a los hitos relevantes del grupo familiar, hace un par de años se fue el abuelo materno y el padre, actualmente, se desempeña como jefe de encuadernación en un taller, lo que implica trabajar de de 8.00 a 20.00 hrs.

Sobre los antecedentes perinatales de J la madre (M) dice que “Javier juntó a la familia al nacer”, que ella tuvo depresión postparto y fue diagnosticada con hipotiroidismo.

Con ésta reseña de los casos iremos explicando a continuación los análisis de esta investigación en relación con lo expuesto teóricamente en la misma.

5.1. Análisis descriptivo

En este apartado se presenta una descripción de fragmentos de las sesiones realizadas en ambas intervenciones clínicas. Los resultados se trabajaron en dos momentos: primero; identificación y descripción de los fenómenos relacionados con la psicomotricidad y el psicoanálisis, estableciendo conceptos y unidades de análisis, respondiendo a los pasos de 2 y 3 del “análisis de casos” en Yin (2003), para luego analizar de manera interpretativa desde algunas categorías del marco teórico psicoanalítico. Se cumple con esto con los pasos 4 y 5 del modelo de “análisis de casos” propuesto por Yin (2003).

Sobre la psicomotricidad

Como mencionamos, Wallon enfatiza que lo psicomotor no ha de ser confundido con lo fisiológico, ni se ceñirá al mero estudio del movimiento (en Mialeret, 1981). Por el contrario, el autor mencionará tres tópicos que se interconectan en la vida de los organismos para dar al sistema: movimiento, tonicidad muscular y gesto (Mialeret, 1981).

5.1.1. Movimiento

Los movimientos de los pacientes en sesión se construyen a partir del dominio motor de cada uno en relación consigo, su edad, y con los objetos. Es posible observar en la paciente I, de 2 años 6 meses de edad, que posee marcadas diferencias entre el movimiento pasivo exógeno y el movimiento activo por segmentos:

“Por ejemplo la otra noche la escuché respirar fuerte como si tuviera una pesadilla, dice la madre, pero la moví y se despertó. Antes no pasaba eso; ella lloraba durmiendo y no la podíamos despertar, ahora despertó, abrazó a su pololo (refiriéndose al objeto transicional) y se quedó dormida.” I, en sesión, se da vuelta y mira a la mamá.

(Anexo 1, sesión 22)

Tanto movimiento exógeno como desplazamiento por segmentos, se ven presentes en ésta cita del proceso terapéutico de la paciente I. Vemos, en primer lugar un tipo de movimiento que es impulsado por otro y del cual el cuerpo de la paciente no añade tensión muscular: “(...) la moví y se despertó (...)” (Anexo 1, sesión); Luego, relata la madre, que “(...) abrazó a su pololo (...)” (Anexo 1, sesión). Este acto plantea a la madre un tipo de acuerdo tácito en la mirada, que responderá a los elementos motores del gesto que explicaremos más adelante.

Uno de los estadios del movimiento en Wallon es el de desplazamientos antígenos o activos y que tendría que ver, en lo descriptivo, con cómo la paciente emplea el cuerpo

para recorrer y conocer el espacio que la circunda y también para manipular los objetos con los cuales se relaciona en la realidad del espacio físico de la consulta:

C [madre de la paciente] comienza el relato con la siguiente referencia:

“en la interconsulta dice, venimos porque I es demasiado inquieta, no para en todo el día. Y porque tienes problemas de sueño (...) problemas para quedarse dormida, se duerme como a las 3 de la mañana y no duerme más de tres horas seguidas. Tiene el sueño muy suave”

(I comienza a recorrer el box, a conocer, toma las revistas, las cajas de lápices y le pide a la mamá que se las abra, C se niega, y le digo que si quiere puede dibujar, que puede usar esos lápices y que tiene hojas blancas sobre el escritorio. Las ocupa mientras la madre prosigue con la historia).

(Anexo 1, sesión 1)

El manejo de materiales del modo que observamos en el extracto es propio de los niños pequeños que ya se han iniciado en la conquista de la tonicidad de la marcha (Mialeret, 1984; Levin, 2007). Aún así, éste movimiento activo requiere de los pasos previos de un esquema corporal, a saber, tanto de un control tónico precario como de una relación con la madre, quien modera o regula los límites de su movimiento en relación con lo real.

Otro tipo de movimiento activo, tercero en el esquema que señala Wallon (en Mialeret, 1981) es de desplazamiento activo por segmentos, no muy diferente del

movimiento activo, pero caracterizado por la manipulación del entorno y el logro de un alto control tónico. Como veremos reflejado en la siguiente cita del proceso terapéutico

La madre C dice: “En ese tiempo yo la pasaba mal, me complicaba tanto...yo me iba del hospital y la I quedaba llorando con pena y yo me quedaba muy mal.”

Terapeuta: ¿?

La madre C: “Dejarla en otro lugar, gente extraña que no es su ambiente.”

Terapeuta: “I, tu mamá tiene mucha pena por dejarte aquí, con gente extraña” [I, juega con los mismos juguetes y toma el reloj de la mamá sacado de la cartera, se para y apaga y prende la luz]

(Anexo 1, sesión 2)

Acá podemos observar el desplazamiento por segmentos pues manipula objetos para incorporar la realidad. Es importante destacar que estos son objetos utilizados previamente por la paciente, lo cual grafica una adquisición previa de los mismos. Es así que el movimiento presente ya no es sólo el descubrimiento del espacio, es también una posibilidad comunicativa.

5.1.2. Tonicidad

Este t3pico de an3lisis alude a la relaci3n que se establece entre el tono muscular y los objetos, que va construyendo la imagen corporal del ni1o y la compresi3n del mundo que lo rodea (Mialeret, 1981).

La madre C dice “(...) luego de la operaci3n fue como empezar de nuevo con I, todo lo alcanzado ya no era igual, ya no sostenía la cabeza, no se afirmaba como hasta entonces.”

(Anexo 1, sesi3n 1)

Aquí se puede inferir, respecto de lo que plantea la madre, un posible retroceso a nivel t3nico en la paciente I. En tanto la madre dice que “(...) fue como empezar de nuevo (...)” (Anexo 1, sesi3n 1) refiere en sus dichos a la relaci3n de I en el manejo motor consigo misma y con el medio que la rodea. Llama la atenci3n que I ya habría adquirido experiencia y capacidad t3nica con la cual experimentaba el mundo y que, luego de la operaci3n, pierde algunos elementos de la tonicidad que precisa recuperar, seg3n la madre.

5.1.3. Gesto

Esta categoría se basa en las expresiones corporales que son dirigidas al otro por las cuales se vehiculizan las emociones que est3n codificadas en un lenguaje corporal. El gesto implicaría una convocatoria al otro, que vehiculiza emocionalidad (Levin, 2000). Veamos el siguiente extracto que hace referencia al paciente J, el ni1o de 6 a1os de edad.

El terapeuta al preguntar por la situación familiar, la madre responde que “está cansada, que hacen problemas por todo, que D -padre- está pasando por una nebulosa”. J. interrumpe a su madre y señala “me voy a portar bien”.

(Anexo 2, sesión 22 de marzo de 2011)

Lo anterior dá cuenta de una respuesta del paciente J ante una queja que presenta la madre. Consideremos que J tiene 6 años, está en una etapa de desarrollo diferente a la paciente I y ha alcanzado un manejo del lenguaje que es adecuado a su edad. Seleccionamos este fragmento pues podemos ver ahí los rasgos claros de una operación que, en lo cotidiano, podría parecer simple y que, sin embargo, requiere de un juego de atribuciones complejo sobre el otro. El mismo tipo de fenómeno puede ser visto en la paciente niña de 2 años, I:

La madre dice: “Después de esta segunda operación, desde los 8 meses hasta la actualidad, I ha sido hospitalizada múltiples veces en la sala IRA de la unidad de lactantes por enfermedades respiratorias. Todas las hospitalizaciones son por aproximadamente una semana, pero son reiteradas en periodo de invierno.” Mientras la madre dice esto I deja de dibujar e intenta tomar el teléfono del box y lo bota al piso, suena bastante fuerte. I me mira con un rostro de esperar algún reto o reprimenda por lo del teléfono, le digo desde el lugar del terapeuta:” no te preocupes, yo lo recojo.” I lo intenta tomar otra vez y C [la madre] la detiene, con lo cual I se baja de la silla y empieza a moverse cerca de su madre como cuando los niños insisten por salir de algún lugar.

(Anexo 1, sesión 2)

Ya habiendo explicado las categorías de lo motor en Wallon en el desarrollo lineal, es decir, desde el menor al mayor control tónico para impulsar la gestualidad como punto cúlmine del desarrollo (Mialeret, 1981), pensemos ahora de cara al comportamiento motor disruptivo para apuntar a una escucha de lo hipercinésico, que es lo que nos convoca en el trabajo con ambos pacientes. Agregaremos los eventos que implican retroceso o reelaboración de los movimientos; estos serán fundamentales en la contrastación de la teoría que hemos propuesto para fundamentar una escucha desde el psicoanálisis.

El siguiente ejemplar continúa con la caracterización del paciente J, de 6 años. Cabe recordar que además de los problemas asociados al déficit atencional con hiperactividad que fundamentan su consulta al servicio hospitalario, sufrió epilepsia con pérdida de conciencia 1 año antes de la entrevista, se encuentra en tratamiento con anticonvulsivantes para ello (Levetiracetam). Revisemos a continuación una cita que amplía las posibilidades del modelo de lo psicomotor que hemos descrito:

[El paciente J no quiere dibujar]. Conversamos sobre su primera crisis epiléptica. Dice haber estado comiendo pollo y que, en ese momento, se desmayó. Establecemos, entre paciente y terapeuta, una regla nueva jugando al gato: el que pierde cambia de color de lápiz y parte el que gana el turno anterior. Luego de modificar las reglas, hacemos una casa de palos de helado. J dice “el kopodex me encantó” refiriendo al levetiracetam. Trabajamos en rellenar la casa que J armó en el papel.

(J, sesión 5 de abril de 2011)

El paciente, en el fragmento anterior, pese a poder utilizar los materiales plásticos (lápices, papeles, etc.) se niega a hacerlo, esto implica, por una parte, el avance hasta el manejo tónico esperado a los 6 años y, por otra, una negativa a hacerlo, es decir, el uso gestual de dichas habilidades motoras.

Se añade a lo anterior, siguiendo el relato de la crisis epiléptica, que hay una pérdida de la tonicidad que escapa a lo volitivo y que responde, además, a un funcionamiento orgánico determinado. El paciente J, ante la crisis epiléptica, pierde el tono y se desmaya, en ese momento puede participar sólo de movimientos pasivo-exógenos, como, por ejemplo, ser llevado o movido en esas circunstancias.

En tercer lugar, es posible observar un juego de reglas que da cuenta, nuevamente, de los elementos propios del juego simbólico y de la gestualidad, es decir, de lo que en el marco conceptual de la psicomotricidad estaría nombrado como aquello intermedio entre lo psíquico y lo somático.

Enfatizamos, con esto último, que los procesos descritos en ambos pacientes tienen la posibilidad de asentarse en una estructura desarrollada, a través de un funcionamiento que sea sistemático, leído desde Wallon, en la repetición de lo tónico de cara a la gestualidad (Mialeret, 1981; Levin, 2000; Levin, 2007). De ahí que podamos caracterizar el fenómeno del movimiento como un parámetro común a ambos pacientes en el que, sin embargo, se establezcan claras diferencias entre sus estados actuales de desarrollo.

5.2. Sobre el psicoanálisis

Sobre el mismo corpus, realizamos una lectura desde algunos conceptos psicoanalíticos fundamentales que dan luces sobre eventos de la estructuración psíquica en la escucha. El objeto de esto es dar cuenta de la motricidad y de los rasgos de inestabilidad motora o hipercinesia a través del marco teórico psicoanalítico, objetivo de nuestra investigación.

Revisaremos, entonces, lo que refiere a fort-da, fantasía de muerte, ansiedad de separación, objeto transicional y acting out. Seleccionamos estos conceptos por tratarse de elementos que, en lo fenomenológico, son comunes a ambos casos clínicos y que dan cuenta, además, de la dinámica a la base del proceso de la inestabilidad motora. Ilustraremos cada uno de ellos utilizando viñetas clínicas.

5.2.1. Fort-da

El fort-da es caracterizado en lo teórico como el juego y movimiento psíquico que resuelve la dificultad de desarrollo implicada en el paso del principio del placer al principio de realidad. Se trata del “juego del carretel” freudiano. Implica una trasmutación de la ligazón de la moción pulsional en energía quiescente o tónica, sustituyendo lo que satisfizo originariamente el aparato psíquico en el goce en un ejercicio que modifica el objeto y a la vez la estructura del individuo, fundando deseo y estableciendo las bases para el proceso secundario que permitiría la aparición en escena del principio de realidad (Freud, 2007). Se tratará de un juego de control y descontrol respecto del objeto y que, en

términos concretos, indica un “lejos” (Fort) y “acá” (Da), expresiones que dan cuenta del ejercicio deseante y aprehensivo en que lo tónico y lo motor entran en juego (Freud, 2007).

Revisaremos dos viñetas clínicas respecto de este evento, la primera de la paciente niña I, y luego el paciente niño J:

La madre C refiriéndose a complicaciones con dejar a su hija en otro lugar que no sea con ella dice: “Dejarla en otro lugar, gente extraña que no es su ambiente.”

Terapeuta (Tp): “I, tu mamá tiene mucha pena por dejarte aquí, con gente extraña” (I, que juega con los mismos juguetes y toma el reloj de la mamá sacado de la cartera, se para y apaga y prende la luz)

(Anexo I, sesión 2)

El encender y apagar la luz es interpretado por el terapeuta como un intento por simbolizar la ausencia de la madre en una rehistorización de la experiencia. La paciente lleva a cabo un acto que interfiere en las condiciones ambientales en las que se lleva a cabo la entrevista, establece un movimiento repetitivo en el encender y apagar la luz. La paciente intenta no sentirse desorientada por la fantasía de la partida de la madre mientras revive, a través del relato materno, la experiencia de separación vivida.

El paciente niño J, por su parte, muestra conductas que también se asociarían a estas secuencias de lejos-cerca ó control-descontrol, como veremos a continuación:

En relación al proceso terapéutico del paciente J el terapeuta dice: “no respeta las reglas del juego del gato, dibuja inmediatamente los tres círculos y la línea que marca el triunfo en cada juego; repite esta acción todo el resto de la sesión y se vuelve más expansivo, dibuja él los tableros siguientes. Al final de la sesión, hago las tres figuras del modo que lo hace él y cierro el juego. Luego de eso, realizamos un último juego en el que ambos respetamos los turnos, en este último, no hay ganadores.”

(Anexo 2, sesión 17 marzo)

El paciente muestra en este fragmento conductas aceleradas y movimientos expansivos en el juego, dibuja y controla el juego, ante esto denota un alto control tónico pero, sin embargo, se abstiene, en términos del juego, del sistema de reglas compartido. Es de este modo que adquiere el control sobre el terapeuta y sí mismo al transgredir las reglas que sostenían la operatoria del juego del “gato”.

5.2.2. Ansiedad de separación y angustia de muerte

En este interjuego de reconocimiento de sí y reconocimiento de otro, es posible pesquisar ansiedades que aluden a la situación del infante ante el alejamiento del próximo asegurador. Nos referimos directamente a un extracto de las sesiones asociada con ansiedad de separación en la paciente I recordando que ésta tiene en su historia experiencias cercanas a la muerte como lo es su condición médica de cardiopatía congénita, las

operaciones, y también experiencias de separación con su próximo asegurador como los son las hospitalizaciones. Teniendo esto en mente revisemos:

La madre C comienza el relato haciendo referencia sobre la interconsulta: “en la interconsulta dice, venimos por que I es demasiado inquieta, no para en todo el día. Y porque tiene problemas de sueño (...) problemas para quedarse dormida, se duerme como a las 3 de la mañana y no duerme más de tres horas seguidas. Tiene el sueño muy suave.”

(Anexo 1, sesión 1)

Podríamos interpretar en esta cita que I podría evitar el dormir, aplazando de este modo, lo más que pueda, la experiencia de corte en la relación real con la madre, evitando, a su vez, la ruptura de unos eventos diurnos respecto de otros. Ocurre algo similar en el caso del paciente niño J:

(...) el terapeuta al preguntar cuáles son los motivos para llorar en la casa, la madre M menciona que “Llora porque se siente solo cuando lee”. Se acaba la hora de la sesión. J intenta quedarse. Se van.

(Anexo 2, sesión 26 de abril)

Al mencionar que “llora porque se siente sólo cuando lee”, la madre de J reporta una situación que se repitió sistemáticamente en el curso del trabajo con el paciente y que implicaría una dificultad para realizar actividades en solitario. Esta experiencia tiene la particularidad de puntuar la necesidad del paciente de posicionarse ante los espacios que lo circundan con continuidad, lo que se asemeja a los “escenarios anticipatorios” que

menciona Estaban Levin (2000), en los que lo intolerable de la experiencia real es aquello que escapa a lo predecible, en este caso, la ausencia de la madre es la que opera como un estresor efectivo en J.

Veamos ahora una nueva cita del paciente J donde parece ser que en éste, la queja es puesta en sesión por dos sujetos: por una parte J, que manifiesta su inconformidad ante lo que dice su madre y, por otra, lo que su madre dice de él:

J se pone muy inquieto, comienza a agitarse e interrumpe el relato de la madre reiteradamente. Le causa especial molestia y [la] tironea (...). Ella señala que “cuando algo no le gusta, reacciona de este modo, con berrinches”.

(Anexo 2, sesión 26 de abril)

Es así que este alejamiento de la madre implica la necesidad de establecer este “modo de funcionamiento” que reporta la madre del paciente en los “berrinches”. Recordemos, además, que la vida de J está poblada de otras amenazas, pues sufre de epilepsia, lo que se sitúa en la vida familiar como un fantasma de muerte. El fantasma de muerte está, recordemos, en el terreno de lo imaginario, como mencionara Ferenczi en relación a las producciones del orden de la fantasía. Comprenderemos las dificultades de referir al concepto de fantasía siguiendo el uso del lenguaje cotidiano que, por una parte, aludiría a los sueños diurnos, y a las fantasías de orden inconscientes, por otra (Isaacs, 2000). Pensemos, entonces, y por ahora, en un gesto que da cuenta de un dolor psíquico con anclaje en lo inconsciente y que sirve para operar como mediador de la realidad en el espacio psíquico.

5.2.3. Objetos y fenómenos transicionales

Ya mencionamos la lógica de la transacción de elementos inconscientes en el espacio simbólico compartido, esto no se manifiesta como algo novedoso, por el contrario, responde a la descripción del síntoma como formación de compromiso entre dos deseos inconscientes (Evans, 1997). Ahora bien veamos como se presenta esto en la paciente niña I en quien ya hicimos referencia a la existencia de objetos transicionales.

Tp: “I tiene algún muñeco o pañito que sea de ella, que lo use siempre.”

La madre C: “si, un Goofy. Tiene un peluche que no lo suelta, dice que es su pololo (...) de hecho, una vez se fue para mi casa y se le olvidó traerlo, tuvimos que ir a buscarlo a media noche por que ella no quería dormir sin su Goofy, su pololo.”

(Anexo I, sesión 18)

En la cita anterior se muestra reflejada la existencia de un objeto transicional en I, el muñeco Goofy. El objeto transicional es un proceso más bien típico que permite al niño efectuar una transición entre la primera relación con la madre y el paso a la relación con los demás objetos (Laplanche y cols, 1998).

Aquello que manifiesta la motricidad de I, en formación y lo hipercinético de J. Describen una necesidad de inscripción de los eventos motores en un espacio de transición.

5.2.4. Acting out

El Acting out es un concepto del psicoanálisis que hace referencia la imposibilidad de recordar algo que se encuentra reprimido y que se manifiesta en conductas de tipo impulsivo que son de fácil distinción ya que se muestran disarmónicas con las tendencias generales de la actividad (Laplanche y cols, 1998). Lacan integra a ésta explicación que el acting out no es solo la imposibilidad de acceder a un recuerdo reprimido además tiene como característica una imposibilidad de comunicar esto a otro (Evans, 1997).

Revisaremos tres viñetas clínicas relacionadas con éste concepto comenzando con el paciente niño J:

J llega con un brazo enyesado, menciona que “faltó la semana anterior porque tenía miedo de que me riera del brazo.” Pregunto, ¿qué ocurrió? y la madre M comenta que “la llamaron del colegio para avisarle que J tenía el brazo quebrado. Añade, “siempre andamos corriendo”.”

“D [su hermano, de mismo nombre que el padre] se enteró antes que el papá [del brazo quebrado].”

(Anexo 2, sesión 26 de abril)

En la medida en que el paciente J presenta en el plano fantasmático, en lo que el terapeuta es para él, el soporte de un saber, un representante de la burla de su familia en relación con su fractura, puede precipitar ante el encuentro con él en sesión un acting out que actúe de acuerdo con sus procesos inconscientes (Lacan, 2006).

Al parecer J tiene ciertas pautas de comportamiento que se repiten en circunstancias en donde él se molesta con otro:

Pregunto ¿cómo ha estado J?, la madre indica que “los últimos días ha estado medio fraudulento”, explica que se refiere a que ha tenido accidentes. Dice luego que “fueron al médico los tres”.

J se pone muy inquieto, comienza a agitarse e interrumpe el relato de la madre reiteradamente. Le causa especial molestia y tironea a su madre. Ella señala que “cuando algo no le gusta, reacciona de este modo, con “berrinches”.”

(Anexo 2, sesión 26 de abril)

El papel de agente castrador en este gesto de la conducta de J es tomado por la madre al emerger una situación de angustia a propósito de un peligro de lo que puede ser nombrado. Ésta situación conflictiva fue vivida al parecer en una especie de acting out, en tanto surge la angustia que no se verbaliza y se hace acto frente a la madre quién está en negativa de escuchar en tanto sostener aquella función castradora en la sesión.

Esto responde al concepto de acting out en tanto” imposibilidad de comunicar el recuerdo al Otro por medio de la palabra” (Evans, 1997, p29).

Algo similar sucede en el proceso terapéutico de la niña de corta edad I, en la cita que revisamos a continuación:

La madre C dice retomando la temática de la historia de hospitalizaciones de su hija: “en la historia de I, en las hospitalizaciones. (...) bueno hija, tu estuviste hospitalizada por un problema en tu corazoncito.”

(I con un lápiz empieza a agitar los juguetes dentro de la caja sin dejar oír bien lo que C está relatando, ni lo que yo pueda decir ante ellas, solo para un par de veces pero retoma al proseguir la conversación)

(Anexo I, sesión 5)

Así es como el gesto de golpear a la madre opera vehiculizando la emoción de miedo al abandono, por parte de I. En ésta sesión, el movimiento por desplazamiento de segmentos se utiliza en tanto gesto al puntuar el tema que causa cierta angustia en I. La imposibilidad de comunicar a su madre con palabras lo que sucede con ella en relación con su experiencia de vida hace que I reaccione con un mensaje cifrado en forma de acting out.

5.3. Análisis interpretativo

La descripción que hemos hecho, partiendo desde lo psicomotor en los niveles del movimiento, lo tónico y lo gestual, siendo ésta última menos detallada, y luego siguiendo con fenómenos psíquicos descritos desde la teoría psicoanalítica, tiene la intención de poder aludir a fenómenos de orden comunicativo en lo motriz.

El sueño, por ejemplo, principal problema de la paciente I referido en su motivo de consulta, respondería al parecer como una metáfora de la muerte o del desamparo, en el sentido que el dormir puede cambiar la realidad que la rodea, duerme y puede perder a su próximo asegurador, entendiendo que un psiquismo en constitución necesita de otro. Requerirá de un Otro que cumple una función estructurante como sede de lo simbólico en el bebé, que le permite lograr significarse así misma. Es en son de ésta ansiedad que Joan Riviere refiere que

La dependencia de la madre, y el temor a perderla, que Freud considera la fuente más profunda de ansiedad, es ya, desde un punto de vista (el de la autoconservación) una defensa contra un peligro mayor (el de la impotencia contra la destrucción interna)

(1965, p.55)

Ya vimos en Wallon (en Mialeret, 1981) que es imposible aludir a lo motor por sí solo, no se refiere, entonces a una causalidad psíquica pura ni, tampoco, a una causalidad material; lo psicomotor estará en el espacio intermedio, transitando entre lo material y lo transaccional. Dicho de otro modo: las modificaciones tónicas, posturales y vocales se transforman en un diálogo (Levin, 2000). Aquel diálogo se establece entre el individuo y su entorno y, en el caso de la clínica, entre el fenómeno que se organiza como síntoma y el individuo, el sujeto se articula como sujeto deseante a partir de la transición que media el otro.

Cuando mencionábamos que J se “pone inquieto”, hacemos alusión a un fenómeno de separación de orden diferente al que mencionáramos ante la angustia de separación del sostenedor real en el caso de la paciente I. Recordemos la cita:

J se pone muy inquieto, comienza a agitarse e interrumpe el relato de la madre reiteradamente. Le causa especial molestia y [la] tironea (...). Ella señala que “cuando algo no le gusta, reacciona de este modo, con “berrinches”.”

(Anexo 2, sesión 26 de abril)

La lógica del “berrinche” de J, caracterizándola como este exceso de movimiento que causa molestia en la madre, la que es expresada, junto como movimientos voluntarios que la remecen, indica una acción particular repetitiva que podríamos pensar opera ante la angustia de separación de la madre en un nivel que podríamos pensar imaginario. Revisemos esto desde lo compartido del gesto.

Los movimientos del niño sostienen la motricidad postural de la madre. La actividad del niño es la puesta en acto de la hipótesis de un saber que su madre supone, y está libinizada en la medida en que se anuda al deseo de ella que la reactiva sin cesar. De modo que hay motivos para preguntarse si la hiperquinesia no puede aparecer como una reactivación imposible por el lado del niño ante la ausencia del deseo en la madre; ausencia que puede llegar incluso a un interdicto reiterado al que el niño responde entonces con una in-estabilidad.

(Bergès, 1998, p. 28)

Levin (2000; 2007) menciona que en el juego ficcional los niños -y podríamos agregar los adultos- ponen en escena sus representaciones y metáforas. Una metáfora, en este sentido, estaría puesta en la escena para otros libidinizando los objetos. El mundo del lenguaje, por su parte, exige que estos procesos alcancen un estado de desarrollo normal que implica, en el caso del terapeuta.

Lo descriptivo muestra una propiedad fundamental de la escucha analítica pues permite mediante un mecanismo simbólico la modificación de lo nombrado. Dicho de otro modo, es el nombre de la cosa aquello que modifica lo nombrado (Nasio, 1996). Se trata,

entonces del modo en que cada individuo construye, siguiendo esta idea, una teoría del objeto a través de una serie de leyes de intercambio e imágenes psíquicas de valor afectivo para el sujeto (Nasio, 1996). Con esto nos situamos, entonces, en un doble juego al mencionar la posibilidad del “llenado” de los contenidos de la historia de los individuos pero permitir, también, un fenómeno común en las estructuras. Se trata de lo que Nasio menciona como “falla epistemopsíquica” (1996, pp. 13-14) y que alude al “intermediario” que transa entre lo objetivo del cuerpo medible y aquello propio de cada historia, es así que muchos teóricos referirían a los cuerpos agujereados, sin embargo, en este momento podemos mencionar que responde a la idea freudiana de sexualización del mundo psíquico.

Tomando en cuenta lo anterior, nos llama la atención particularmente el fenómeno del “berrinche” como carta de presentación en el paciente J (Anexo 2). Notamos que como acto repetitivo estas manifestaciones podrían ser consideradas una conducta-significante. Entonces, debemos pensar en el cruce de las conductas del paciente como un evento crucial que toma características particulares en lo comunicativo, es decir, apunta a una lógica de reconocimiento dual.

La madre es convocada en su lugar de cuidadora tras estos actos: “M menciona que J se tiene que portar bien, que ha bajado las notas y que al escribir se aburre. Ha sido citada al colegio (...) por el problema de la baja de notas” (Paciente 2, sesión 22 de marzo). La repetición de esta secuencia hace que no se trate de un evento aislado, por el contrario, responde a una pauta que señala una “realidad-superficie” en términos de Nasio (1996) o, bien, una organización de las zonas erógenas en Meltzer (1996), es decir, a una organización propia del sujeto deseante en función de los objetos que puedan haber

permeado la historia propia en un momento anterior. Bajo este alero es que “el problema de baja de notas” no es posible de ser intervenido como un objetivo terapéutico, es más, probablemente nos debiéramos centrar en la significación del “berrinche” y en la pregunta de porqué se aburre al escribir: ¿qué es lo que no puede ser escrito? ¿quién nos entrega la pregunta por el “portarse bien”? ¿por qué es que para J el portarse bien es un imperativo?

Ante lo mencionado, sabemos que se trata de una queja común y que, sin más, podemos volver a los textos de referencia para mencionar un fenómeno creciente en esto (e.g. Armstrong, 2001), sin embargo, proponemos sostener la idea de “realidad-superficie” que se perpetúa en el gesto y que posibilita la habitabilidad del cuerpo.

En la paciente I, vemos un evento similar en el que la paciente “es hablada”: “(...) *no me va a durar mucho la I, o sea, yo se que ella tiene mucha fuerza y va a vivir, pero todo dices que con la cardiopatía que tiene es muy poco probable que pase de la adolescencia*” (Anexo 1, sesión 8). Es así que se establece la mirada de la madre puesta en discurso. Al decir “mirada de la madre” nos referimos al deseo materno, a lo que ven los ojos de la madre en el hijo. La dificultad de esto es que, a diferencia de J, el niño de corta edad puede llegar a reconocer su imagen en el espejo pero, como mencionamos en lo que respecta a lo motor, se encuentra en un momento previo al desarrollo alcanzado por J y, ante la tarea de reconocerse como uno puesto el deseo de la madre, posee recursos más primitivos. Este hecho demanda que se convoque al niño a una respuesta por su imagen en un momento previo y es aquí donde el deseo marca el pronóstico que la paciente porta. La idea de “no me va a durar mucho la I” limita la habitabilidad del mundo imaginario en la

niña, la ansiedad propia de una amenaza a la unión entre madre e hija, en otros términos sostiene cada uno de los eventos posteriores del desarrollo psicomotor. Diremos, entonces, que el acuerdo tónico incluye aquello del cuerpo que expresa un dolor en lo real, pensando en la posibilidad de muerte pero que, además, contiene algo de la mirada del otro que pronostica los movimientos posteriores de lo que Nasio (1996) referirá como parte de la “realidad-superficie”. El gesto, por lo tanto, no es un elemento estático sino que, muy por el contrario, se trata de un evento dinámico y fluido en el que se transan los deseos de dos sujetos.

6. DISCUSIÓN

Tomando en cuenta lo que hemos mencionado en las páginas anteriores, podemos situarnos en el terreno de lo psicomotor como eje de análisis del fenómeno de la inestabilidad motora (o hiperactividad) para justificar una noción de escucha que, citando a Bergès (1990) pone al exceso de movimiento en el niño como un síntoma de un cuadro nosológico particular, propio de las categorías diagnósticas psiquiátricas pero que, como planteamos a un comienzo, deja de lado elementos estructurales y de desarrollo que claman por una escucha diferente a la que puede ser respondida a través de lo farmacológico. Analizaremos esta propuesta a partir de lo expuesto teóricamente para luego revisar algunos alcances que nos parece relevante sostener en torno a la práctica clínica.

Retomemos la mención de Lacan hecha con antelación en lo referido a la escucha y la palabra.

Ya se dé por agente de curación, de formación o de sondeo, el psicoanálisis no tiene sino un médium: la palabra del paciente. La evidencia del hecho no excusa que se le desatienda. Ahora bien, toda palabra llama a una respuesta (Lacan, 1958, p.235).

Ya hemos dicho que lo único que se intercambia en un análisis son palabras, no solo enunciadas, sino también palabras actuadas, etc. Pero no palabras en su relación a la comunicación, palabras en el sentido significante. Entonces, todo lo que se intercambia en sesión que tiene peso significante (palabras, gestos, actitudes) será medio fundamental del psicoanálisis con niños.

Lacan, agrega que no hay palabra sin respuesta, que toda palabra es de alguna manera un llamado a la presencia del Otro. Entendemos que si la palabra llama a la

presencia del Otro por consiguiente trae consigo una simbolización de la ausencia del mismo.

En el juego de un niño con su carretel, que ya hemos mencionado, encontramos aquella simbolización de la ausencia por las palabras fort-da. O como vimos en la paciente I cuando al hablar de sus hospitalizaciones ella enciende y apaga la luz como un intento por simbolizar la ausencia de la madre en una rehistorización de la experiencia.

Entendemos así que este proceso llamado fort-da está vinculado a la captura del sujeto por el lenguaje. Retomemos, si todo llamado espera una respuesta, es porque la palabra en primer lugar viene del Otro. Si bien entendemos que esto no tiene relación con lo verbal o preverbal ya que lo preverbal igual está organizado por la palabra del Otro.

En niños con inestabilidad motora es en el movimiento como gesto, a la vez como significante, en donde el sujeto yace y por medio de éste se pone en escena su verdad, desatender el gesto es desatender al sujeto mismo.

Así como es importante la emergencia de lo significante del sujeto (palabra, gesto) también lo es la palabra del terapeuta en lo que refiere a la puntuación. Esto nos refiere a otro lugar ético en donde Lacan nos dirá:

"Así, es una puntuación afortunada la que da su sentido al discurso del sujeto"" (Lacan, 1996, p.189). Sus medios son los de la palabra, en cuanto que confiere a las funciones del individuo un sentido; su dominio es el del discurso concreto en cuanto campo de la realidad transindividual del sujeto; sus operaciones son las de la historia en cuanto que constituye la emergencia de la verdad en lo real (Lacan, 1996, p.193).

Lo transindividual, este intercambio de palabras, debe ser entendido lejos de la teoría de las comunicaciones, poco tiene que ver con la comunicación ya que ambos (emisor y receptor) son sujetos que comprenden de forma distinta el mensaje.

Creemos que el rescate de una ética de la palabra, que reintegre la subjetividad es la alternativa que puede dar respuesta al progresivo intento por parte de la psiquiatría contemporánea de adecuar la infancia a patrones conductuales estándar, a la objetivación y adaptación del sujeto a lo social.

Existen niños que se mueven excesivamente con el fin de cerciorarse que están vivos, a pesar del mandato adulto a que funcionen como objetos, o bien, niños que se mueven con objetivo de desbordar las interpretaciones de una madre que se niega a leer al niño, como ausencia de transitivismo; entre otras interpretaciones más.

Además existe muchos discursos que hablan sobre la Hipercinesia relacionándola a un fenómeno que escapa de un parámetro social que no incluye la necesidades particulares de los sujetos en cuestión (Bergès, 1990; Bergès y Balbo, 1999).

Ahora bien, una postura ética alternativa pasa por trasladar el foco de una ética basada en la normalidad, a otro foco que se situé básicamente desde el propio deseo. Donde lo importante no es saber que es lo correcto, lo bueno o lo malo, sino que es lo que emergerá en el niño en análisis.

Esto supone una relación con ese saber puesto en escena que es el saber inconsciente del analizante.

Comprendemos que al parecer la lectura social de los adultos (padres, escuela) que hacen sobre la inestabilidad motora, sobre la hipercinesia, no supone aquel saber tras los movimientos, tras el gesto. Esto lo vimos en el paciente J que, en el transcurso del proceso

terapéutico, con sus complicaciones de elaboración del proceso de mentalización y verbalización, tiene un retroceso en lo que podríamos caracterizar como el “nivel del uso de palabras” con lo que el dialogo a través del movimiento y el tono se vuelve dominantes. O bien, la paciente I, que aun no ingresada completamente en el lenguaje, la imposibilidad de verbalizar lo que sucede con ella a nivel emocional, lo expresa a nivel tónico, a nivel de gesto; que es suponer un saber tras su conducta.

Para entender este saber, revisaremos brevemente la idea de Levin que menciona el desarrollo puesto en relación con funciones de lo motor, verbal y perceptual (Levin, 2007a). Pensar eso implica consecuencias en la comprensión del movimiento, pues sosteniendo la evolución madurativa de los sistemas enunciados (motor, verbal y perceptual), ponemos en tela de juicio la posibilidad de estandarización de los hitos madurativos por sí mismos, en términos de contenido, si así se quiere, y escapa de la fijación de la atención sobre el reclamo del síntoma para poner el trabajo -clínico- al servicio de una escucha que permita organizar el desarrollo del psiquismo incluyendo los procesos de movimiento, sea este excesivo o ausente en relación a la norma. Nos trasladamos, entonces, a un desarrollo puesto en el discurso (e.g. Levin, 2007a).

Las influencias que pueda plantear un proceso terapéutico guiado desde el psicoanálisis nos conduce a una complicación ética que ha sido profundamente discutida en relación a la transferencia en la clínica infantil (e.g. Bergès, 1990; Bergès & Balbo, 1999; Meltzer, 1996; Nasio, 1996; Winnicott, 1990) aludiendo a la idea de dependencia de los procesos terapéuticos y, además, a las implicancias de la intervención en un psiquismo en construcción. Intentamos resolver este último punto pensándolo como una crítica válida, si así fuera planteado, a la noción de intervención en un individuo que está en desarrollo y

cuya estructura no ha alcanzado los niveles de maduración adultos del organismo. Ahora bien, por nuestra parte seleccionamos la lógica de trabajo psicoanalítico considerando, en primer lugar, los montos de intrusión de cada una de nuestras intervenciones en el proceso terapéutico, comprendemos de esto que la dificultad principal reside en procesos delicados como la nominación puesta allí como herramienta en el trabajo clínico.

Ahondaremos en el punto anterior pensando en el concepto de “violencia” que enfatiza Piera Aulagnier (1977) al decir que es imposible devolver algo a un otro – y que este algo sea efectivo en la terapéutica- sin que remueva elementos significantes. Será esta “incidencia remodeladora” (Punta, 2005, p. 91) la que marque un primer corte en la relación terapéutica.

Luego, retomando el problema del psiquismo como dinámico, hemos de pensar que las estructuras nerviosas, como ha sido comprobado (Levin, 2010), se forman por neuronas que migran y se organizan de acuerdo a procesos de aprendizaje los que no remiten en ningún caso a la exclusividad de las conductas del niño o dispositivos de enseñanza formal. El sistema nervioso es plástico, sostiene potencialmente infinitas combinaciones y posibilidades de cambio (Levin, 2010). Es ante esto que el sostén constante que recibe está puesto, principalmente, en lo simbólico como el lugar interventivo por excelencia. En esta discusión habrá autores que referirían, incluso, a la inexistencia del Síndrome de Déficit Atencional (e.g. Armstrong, 2001, en Punta, 2005). Lo interesante en esas variantes estará en el sostén que da la madre como “otro asegurador” (Punta, 2005) y en los aspectos que, como mencionamos al plantear las preguntas de esta investigación, referían al segundo eje de la clasificación francesa de las patologías mentales.

7. CONCLUSIÓN

El lugar clínico del psicoanálisis en la inestabilidad motora no es el lugar del discurso normalizador que se establece frecuentemente en otros discursos terapéuticos como la psiquiatría por ejemplo, donde el sujeto, rechazado de su lugar, en beneficio de cierta objetividad nosográfica, toma el lugar de un objeto, un objeto de estudio o tratamiento.

Lo que ocurre también en algunos tipos de terapia psicológica, donde de igual modo el sujeto a veces es escindido, es fragmentado en su subjetividad, en su cuerpo si es desprovisto de palabras, ya que sabemos es un cuerpo hablado porque está signado por otro, y que además está provisto de palabras, quizás no enunciadas, pero si hechas gesto.

El hacer clínico del psicoanálisis sólo recurre a la particularidad de la palabra del sujeto, sea enunciada o actuada, dirigida a un otro, permitiendo que el sujeto asuma su propia historia en la medida que esta se va constituyendo.

O sea, el psicoanálisis no es solamente un dispositivo en que se trabaja desde una técnica particular -asociar libremente, estar recostado en el diván, trabajar lapsus, etc- además ofrece la lectura psicoanalítica de lo que sucede con este niño que es desubjetivado, en donde su imagen corporal queda capturada por distintos discursos que hablan de él, que le dopan e intervienen buscando aplacar aquello que a los adultos desborda. Se puede pensar entonces que hay una clínica psicoanalítica posible en el espacio de la salud público que atienda al sujeto en sufrimiento. Una mirada particular que aborde al sujeto, pero no una mirada que impida ver a éste encegueciéndolo.

Si pensamos que el marco general por el cual se rige la salud pública de nuestro país está básicamente sostenido por la remisión sintomática de una enfermedad sin dar

énfasis en que ahí donde hay un síntoma también emerge parte de la subjetividad del paciente. El psicoanálisis rescata y permite el emerger del sujeto. Es decir, se intenta posibilitar la emergencia del sujeto allí donde el discurso normalizador lo suele opacar. Que el paciente, en nuestro caso los niños con inestabilidad motora, puedan significar lo que les sucede desde otro lugar, no como víctima de una especie de enfermedad, si no como sujeto deseante, activo. O sea, dar posibilidad al despliegue de la palabra en aquel lugar donde no se ha dado importancia al decir del niño sobre lo que le sucede, reconociendo que allí hay un saber, un sujeto.

8. REFERENCIAS

- Ali, S. (2001) *El Espacio Imaginario*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- APA (1990): *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona. MASSON.
- APA (1995): *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona. MASSON.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Armstrong, T. (2001). *Síndrome de déficit atencional con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Baxter, P. & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. En *The Qualitative Report*. Volumen 13, número 4, diciembre de 2008, pp. 544-559.
- Beltran, J. García, R. Hernando, D. (1999). *Aplicació didáctica dels jocs a l'educació física*. Publicacions de la Universitat Jaume I, D.L.
- Bergés, J. (1990) Les enfants hyperkinétiques. Conferencia pronunciada en Santiago de Chile, en las primeras jornadas franco-chilenas de psiquiatría y psicoanálisis. Traducción de Matías Marchant.
- Bergès, J. & Balbo, G. (1999). *Sobre el transactivismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, S (1998) Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos, Ensayos y experiencias. N°25. Buenos Aires: Ed. Novedades Educativas
- Bleichmar, S. (1999). *Las Hiperkinéticas certezas del ser*. Buenos Aires: Ed. Novedades Educativas.
- Diatkine, G. (1999). *Jacques Lacan. Vida y pensamiento psicoanalítico*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

- Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1995). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En J. Rodríguez (ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Manuales Universitarios.
- Evans, D., (1997) Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano, Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Flick, Uwe (2004) Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones morada.
- Freud, S. (1900) La Interpretación de los sueños. En Obras Completas Freud Total 1.0. Ed. Nueva Hécade
- Freud, S. (2001b). Más allá del Principio del Placer, Psicología de las Masas y análisis del yo y otras obras (1920.1922). Obras Completas tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gil, J. (1994). Aproximación Interpretativa al Contenido de la Información Textual, en Análisis de Datos Cualitativos, Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S. A.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2000) Metodología de la investigación, Santiago: Mac Graw Hill
- Isaacs, S. (2000). Naturaleza y función de la fantasía. En Klein, Heimann, Isaacs & Riviere, *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Hormé S.A.
- Janin, B (2006) Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones. Buenos Aires: Ed. Novedades Educativas.
- Klein, M. (1987) El Psicoanálisis de niños. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Lacan, J. (1949) El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) en Escritos (pp. 93-100). Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1955 – 56) El Seminario, Libro 3 Las psicosis. Buenos Aires: Ed. Paidós.

- Lacan, J. (1957 – 58) *El Seminario, Libro 5 Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1966) *Función y Campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis* .En *Escritos* (pp.227-310). Buenos Aires: Ed. Siglo Veintiuno
- Lacan, J. (1966) *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*. En *Escritos* (pp.473-510). Buenos Aires: Ed. Siglo Veintiuno
- Lapierre, A. & Aucouturier, B. (1980). *El cuerpo y el inconsciente*. Barcelona: Editorial científico-médica.
- Laplanche. J. et al (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Levin, E. (2007a). *La infancia en escena*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, E. (2007b). *La función del hijo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, E. (2010). *La experiencia de ser niño*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mannoni, M. (1985). *Un saber que no se sabe. La experiencia analítica*. Barcelona: Gedisa.
- Meltzer, D. (1996). *El proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- Nasio, J.D. (1996). *Los gritos de cuerpo*. Buenos Aires: Ed. Paidós
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *CIE-10, Capítulo V, Pautas diagnósticos y de actuación ante los trastornos mentales en atención primaria*. Madrid: OMS.
- Ortí, A. (1995). *La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis de la investigación social*. Cap. 3 (pp.85 – 95). En Delgado, J. Y Gutiérrez, J. (Eds.) *Métodos y Técnicas de Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales*. Barcelona: Síntesis Psicología.
- Punta, M. (2005). *La clínica del niño y su interior*.
- Quevedo, M. (2000). *El niño en el discurso psicoanalítico: Una contribución para la comprensión de la clínica psicoanalítica con niños en el marco de la neurosis*,

- psicosis y autismo infantil. Tesis de maestría no publicada, Universidad Diego Portales.
- Quinn,P (1997).Atención Déficit, diagnosis y tratamiento, desde la infancia a los adultos. New York: Brunner.
- Roizblatt, A. Bustamante, F.Bacigalupo, F.(2003) Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos, Revista Médica de Chile, v.131 n.10. Santiago Chile.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research.Londres: Sage.
- Titscher, S., Meyer, M., Wodak, R. & Vetter, E. (2000). Methods of text and discourse analysis. Londres: Sage.
- Urzúa, A. Domic, M, Cerda A. Ramos M, Quiroz J. (2009)Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. Revista chilena de pediatría. v.80 n.4. Santiago de Chile.
- Vallejos, A. (1979). Introducción a la topología del narcisismo de Jacques Lacan. Buenos Aires: Ed. Helgueros.
- Winnicott, D. (1990). *Deprivación y Delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Yin, R. (2003). Case Study Research: design and methods. Londres: Sage.

9. ANEXOS

Anexo 1: Paciente 1

Edad : 2 años 6 meses

Asiste con : C, Madre.

Origen y motivo de derivación

I es derivada desde Neurología para evaluación y manejo por especialista solicitando normas de crianza e higiene del sueño. Con diagnóstico de trastorno conductual del sueño

Motivo de consulta

La madre de I, señala que: “en la interconsulta dice, venimos por que I es demasiado inquieta, no para en todo el día. Y por que tienes problemas de sueño (...) problemas para quedarse dormida, se duerme como a las 3 de la mañana y no duerme más de tres horas seguidas. Tiene el sueño muy suave”.

Antecedentes de Salud

En el periodo perinatal de la paciente podemos decir que fue embarazo no planificado ni deseado, sin complicaciones (madre se entera a los 3½ meses de su condición de embarazada). Parto de término del embarazo, sin complicaciones, I pesó 3,410 kg. Con 49 cts. de estatura. La lactancia duró 1½ años. La marcha fue alcanzada a los 1½ años ya que a los 8 meses “fue como empezar de nuevo” dice la madre, por causas de una operación. El lenguaje, o sea, las primeras palabras fueron a 1 año 2 meses y el control de esfínter está en inicio

Ahora bien, al mes de nacida a la paciente le encontraron una cardiopatía congénita con hipoplasia del ventrículo izquierdo, junto con flujo restrictivo de la presión, razón por

la cual fue operada al 1 ½ mes de vida. Luego fue hospitalizada 7 veces por neumonía y bronconeumonía antes de los 8 meses de vida para luego ser operada por segunda vez a los 8 meses para después ser hospitalizada 5 veces por neumonía y bronconeumonía hasta la fecha. Ambas operaciones son al corazón por la cardiopatía congénita detectada. Ahora en la actualidad se acerca a un tercer proceso de operación.

Observaciones

I vive con sus abuelos maternos desde inicios de marzo ya que la madre no puede hacerse cargo de ella durante la semana debido a razones de trabajo no puede cuidarla ni dejarla sola en casa pero que está con ella los fines de semana.

I es operada por cardiopatía en la cual el riesgo vital es enorme pero sobrevive satisfactoriamente, luego de eso pasa por 7 hospitalizaciones por neumonías antes de ser operada por segunda vez con consecuencias de un derrame pulmonar, luego es hospitalizada 5 veces por neumonías y bronconeumonías.

La paciente tiene una hermana mayor, ambas de distinto padre. Del padre de I no hay relato, la madre dice: “no quiere a I, no quiso conocerla”, sin embargo la paciente tiene conocimiento de éste padre ya que vive cerca de la madre y cuando la niña está los fines de semana con la madre en ocasiones lo ve pasar por fuera de la casa.

Sesión I (recepción)

I. y C.

Viernes 8 de Abril de 2011

11:00 hrs.

I. junto a su madre llegan de la mano, puntuales a sesión, se explica que es una sesión de recepción en donde solo se indagará sobre las motivaciones para consultar a psicólogo y sobre lo contextual en su historia que traerán a sesión.

(I. y C. se sientan en las sillas que están del otro lado del escritorio el cual por ésta ocasión se encuentra en medio del box.)

C. comienza el relato haciendo referencia sobre la interconsulta: “en la interconsulta dice, venimos por que I. es demasiado inquieta, no para en todo el día. Y por que tienes problemas de sueño (...) problemas para quedarse dormida, se duerme como a las 3 de la mañana y no duerme más de tres horas seguidas. Tiene el sueño muy suave”

(I. comienza a recorrer el box, a conocer, toma las revistas, las cajas de lápices y le pide a la mamá que se las abra, C. se niega, y le digo que si quiere puede dibujar que puede usar esos lápices y que tiene hojas blancas sobre el escritorio, y las ocupa mientras la madre prosigue con la historia.)

Sobre el embarazo de I., C. refiere a que el embarazo fue de término que no hubo problemas ni durante el embarazo ni al nacer, que los problemas empezaron a el mes de vida ya que I. “se puso morada cuando estábamos en la playa y tuve que traerla inmediatamente para acá” aquí fue operada a corazón abierto por una cardiopatía congénita la cual le salva la vida. A los 8 meses de vida deben operarla por segunda vez en donde la madre de I. relata: “no querían operar a mi hija aquí, tuve que llegar a poner una demanda ir a un canal de televisión para hacer escándalo y que me la operaran. Si no hubiera hecho eso I. no estaría aquí ahora. (...) luego de la operación fue como empezar de nuevo con I., todo lo alcanzado ya no era igual, ya no sostenía la cabeza, no se afirmaba como hasta

entonces.” La madre también refiere a que antes de los 8 meses, de la segunda operación de I. ella (la paciente) no comía nada.

Después de esta segunda operación, desde los 8 meses hasta la actualidad, I. ha sido hospitalizada múltiples veces en la sala ira de la unidad de lactantes por enfermedades respiratorias, todas las hospitalización son por aproximadamente una semana, pero son reiteradas en periodo de invierno. Mientras la madre dice esto I. deja de dibujar e intenta tomar el teléfono del box y lo bota al piso, suena bastante fuerte. I. me mira con un rostro de esperar algún reto o reprimenda por lo del teléfono, le digo no te preocupes yo lo recojo. Lo intenta tomar otra vez y C. la detiene, con lo cual I. se baja de la silla y empieza a moverse cerca de su madre como cuando los niños insisten por salir de algún lugar.

Al preguntar por el lugar en dónde viven C. refiere a que no vive con I., que vive con su otra hija (Y) y que I. vive con sus abuelos en Maipú mientras ella vive en lo prado, al preguntar por esto responde que es por razones de trabajo, no tiene con quien dejar a I. mientras ella trabaja, en cambio con su otra hija la puede dejar en el colegio mientras ella trabaja.

El tiempo ya está por terminar, y C. al tema de que cuando se ven, que es los fines de semana por las circunstancias actuales, duermen juntas.

Quedan citadas para la próxima sesión en mismo horario la próxima semana.

Sesión II

I. y C.

Viernes 15 de Abril de 2011

11:00 hrs.

I. y C., llegan 5 minutos tarde saludo a ambas, digo: “la semana pasada no me presente bien, soy [terapeuta] y en esta sesión voy a escuchar te a ti I.”.

(I. está un poco más retraída que la semana anterior, le comento que tengo unos materiales para trabajar, le paso la caja de juegos, pero la observa con lejanía.)

“la semana pasada hablamos de muchas cosas en la sesión, muchas cosas de ti I.”.

Le pregunto a C., si recuerda algo y me dice que sí; “sobre las hospitalizaciones, sobre que vive con la abuela, sobre el papá...”

Terapeuta (Tp): I., hablemos sobre esas cosas, cuando tu naciste estuviste hospitalizada mucho tiempo como un añito... ¿me quieres ayudar C.? (...)

C.: Cuando tú naciste, como al mes te llevé a la playa...estábamos ahí y te pusiste moradita (...) te traje para acá, te hospitalizaron y yo venía todos los días (...)

Tp: Conversamos otras cosas, como sobre tu papá, I.... [I. intenta salir de la sala...] quizás no quieres escuchar sobre él ya que quieres salir, tu papá no te conoce, no se ha acercado a conocerte

C.: Eso I. lo sabe.

Tp: ¿Usted se lo contó?

C.: no, ella ha estado cuando yo converso de eso

Tp: Aproveche de decirle. (C. le dice...)

(I., juega con el reloj de la mamá)

Y le digo, aquí están los materiales, tus dibujos por si quieres retomarlos.

(I. juega con la mamadera, con las tasas y mete los cubitos en la tasa)

Tp: ¿Cómo va el sueño de I.?

C.: Está durmiendo un poco mejor, pero sigue siendo poco.

Tp: ¿A qué cree usted que se debe? ¿Vendrá de la historia de I.?

C.: al hospital puede ser, ya que los despiertan a cada rato los enfermeros.

Tp: I., tu mamá cree que si tú duermes poco tiene que ver que cuando estabas hospitalizada y dormías, ahí te despertaban toda la noche con procedimientos y por eso tendrías sueño liviano, yo la verdad no estoy tan seguro de eso.

(SILENCIO)

C.: En ese tiempo yo la pasaba mal, me complicaba tanto...yo me iba del hospital y la I. quedaba llorando con pena y yo me quedaba muy mal.

Tp: ¿?

C.: Dejarla en otro lugar, gente extraña que no es su ambiente.

Tp: I., tu mamá tiene mucha pena por dejarte aquí, con gente extraña.

(I., que entre que juega con los mismos juguetes y que toma el reloj de la mamá sacado de la cartera, se para y apaga y prende la luz)

Tp: I., te enoja lo que hablamos, ¿te quieres ir?

C.: Apaga la luz y dice tele.

Tp: ¿?

C.: Significa salir

Tp: ¿de dónde?

C.: de la casa

Tp: ¿a dónde?

C.: a la plaza

I.: Plaza...

Tp: ¿su lugar?...te acuerdas...

C.: si, pero con mi otra hija también

Tp: pero es su lugar al parecer (I.)

(I. continúa prendiendo y apagando la luz detrás de C.)

(SILENCIO)

Tp: I., parece que la mamá está triste...

C.: Hay cosas pegadas que uno no se puede sacar...

(I., busca un pegamento para pegar su dibujo. C. llora)

Tp: ¿Qué es lo que te pega?

C.: Cuando yo quede embarazada de I., no quería que naciera [llanto...]. Quería darla en adopción, no quería tenerla.

(I., se para por detrás de C. quien estaba sentada en el diván y con las palmas de sus manos golpea a C. en las orejas...)

I.: mi mamá... mi mamá... mi mamá...

(Hablo con I. y pido a C. que hable con I.)

Tp: Claro I., ¿es tu mamá!

Tp: ¿Cómo es ahora?

C.: llora... ahora todo es distinto, desde que me salió la guata por el embarazo...yo ya quería tener a I., y desde que nació es mi vida con (Y)...

(I. cambia de posición o toma la caja de juegos, la suelta y se dirige a la manilla de la puerta)

Ip: I., ¿te vas? Debemos ordenar tus materiales de trabajo.

C.: si, ordenemos...

(Ordenan los materiales de trabajo entre ambas, y antes de irse I. dice en tres momentos distintos, gracias.)

Sesión III

C.

Viernes 29 de Abril de 2011

11:00 hrs.

C. llega 15 minutos tarde a sesión. Se plantea que el objetivo de ésta sesión es trabajar sobre la historia previa al nacimiento de I. para luego continuar con la historia de I. al nacer.

C. hacer referencia a que el tema de dar en adopción a I. está solucionado, siente ella, sin embargo, lo que dice tenerla pegada es otra cosa.

C.: cuando estaba mas chica mis papás estuvieron muy ausentes, yo fui criada por mis abuelos que me dieron mucho cariño, yo estoy muy agradecida de ellos, pero no es lo mismo.

Tp: ¿qué lo diferencia?

C.: yo pasaba con mucha soledad, no veía a mi mamá y a mi papa nunca. (...) eso me da mucho miedo, estar repitiendo lo que viví yo con I..

Tp: ¿qué edad tienen tus papás?

C.: M., mi mamá tiene 45 años, y P., mi papá, tiene 48.

Tp: eran muy jóvenes al tenerte:

Tp: si, así como yo cuando tuve a Y. (...) eso si, ahora nos llevamos bien con mis papas, o sea, no tan bien, pero por lo menos nos juntamos. (...) me carga llevarme mal con mis papás.

Tp: parece que todavía hay cosas complicadas ahí.

C.: si, el papá de Y., no es el mejor papá del mundo, pero por lo menos está presente con plata y de vez en cuando viene a ver a Y.. El problema es que mi papá no lo pasa. Dijo una vez, “si lo ve lo mata”, y no he podido solucionar eso. (...) me llama la atención por que con M., el papá de I., nunca fue así y eso que el si que se portó mal desde que supo que estaba embarazada.

Tp: ¿a que se dedica M.?

C.: trabajo en tantas cosas, pero en lo que estuvo más tiempo fue en una empresa de limpieza de vidrios de edificios, también en autos como mecánico, taxista; y ultimo trabajo colocando estas maquinas de pinball.

v: por que dices que se portó mal contigo, parece que te refieres a algo puntual.

C.: si, puso en duda que I. fuera hija de él, la mamá de él decía: “mi hijo no tiene por que cargar con muertos que no son de él”, y luego, cuando un día fui a pedir apoyo de él a su casa, la mamá salió y me trato de puta, de tal por cual.... Y hoy ella quiere conocer a la I..

(...) como si yo hubiera querido quedar embarazada, yo no quería tener otro hijo en la vida, se me fueron todos los sueños abajo, yo estudiaba psicopedagogía y tuve que dejarlo y ponerme a trabajar por mis hijas. ¿? Trabajo en una tienda vendiendo ropa femenina.

Tp: tienes aún contacto con la familia de M..

C.: si, ellos viven a pocas cuerdas de nosotros, siempre veo pasar en moto a M. y le digo a I., ese es tu papá el de la moto, e I. repite “Moto”. Ahora de hablar con ellos nada, solo de vez en cuando con el hermano de M., E., pero él es un mentiroso, apareció para la segunda vez que operaron a I. en el hospital. Pero el es “cahuinero”, solo se hace presente

para decir que nos quiere ayudar y solo saca información pa' decírsela a la mamá por que no nos ayuda nunca. El lleva y trae ¿?, si, el lleva y trae información de aquí pa' allá cuando aparece. Cómo cuando I. fue desahuciada.

Tp: háblame de I..

C.: eso, I. fue desahuciada, voy a morir si le pasa algo, es como mi pilar en la vida. (...) cuando nació yo no sabia que venia enferma, me la entregaron sanita en el Félix Bulnes (hospital), pero después cuando llegué a operarla después de que se puso moradita en la playa me dijeron que estaba desahuciada sin alcance quirúrgico, se iba a morir y no podría sacarla del hospital.

Tp: ¿qué diagnóstico dieron para poder asegurar aquello?

C.: I. tiene una cardiopatía congénita, una hipoplasia, además tiene algo pulmonar por lo que siempre cae enfermita en invierno, flujo restrictivo y problemas de presión. Para eso toma, captopril, aspirina, furosanida, alectoma, fenobarbital, sildenafil.

Tp: ...

C.: yo la veía a I. y decía: ella quiere vivir.

Tp: ¿pero cómo es eso de que no tenía alcance quirúrgico?

C.: tuve que presentar un recurso de protección con un abogado que me conseguí, llamar a un canal de televisión y me conseguí un concejal de Cerronavia que me ayudara con esto hasta que logre que la trasladaran aquí. Y aquí fue la peripecia con lo mismo, no la querían operar. (...) cuando estábamos aquí, allá abajo, en el poli de cardio, la tía P –una enfermera que se encariño mucho con I.- tenia a la I. en brazos mientras intentaban estabilizarla, se estaba muriendo. Y a ellos casi se les muere.

(...) fue el mismo director del hospital quien habló conmigo para atender el caso. Me dijeron que era un caso sorprendente, lo que tenía I. no era un corazón, era algo redondo con un hoyo al medio con las arterias cambiadas, con un ventrículo derecho gigante y un ventrículo izquierdo pequeñísimo. Yo decía ¿cómo puede vivir la I. con ese corazón?... y por eso estoy convencida que la I. tiene mucha fuerza. Los médicos decían que había un 99.9% de probabilidades que la I. muriera.

Yo esa semana que la I. estuvo aquí no comía nada, y mis amigos me llevaron poco menos que obligada a comer por aquí cerca y en mi mente sentí una llamada de la I., y me comienza a bajar la leche y pienso “algo le pasó”. Salí corriendo, dejé a mi mamá pagando. Llegue aquí tiritando, tiritando, se me iba el cuerpo. Yo me imaginaba que llegaría el doctor y me diría que no pudo.

... esperamos como 7 hrs y llegó la alegría. Pudieron hacer algo con I., había que esperar 72 horas que no hubiera problemas pos operatorios, pero yo tenía fe que no los habría, y luego debemos esperar 6 meses para que le hagan un CATE (una segunda intervención) para el cual esperamos dos meses más de la cuenta. Sin embargo, un médico me dijo, él mismo que me dijo que había hecho mucho escándalo para que la operaran, me dijo: “no cantes victoria antes de tiempo” eso se refería a las otras operaciones que se tenía que hacer la I..

... en este CATE hubo una complicación, I. tuvo un derrame pulmonar derecho. Luego de esta operación fue como empezar de nuevo. ¿?. Si, por que I. no sostenía la cabecita, le costaba hacer las cosas que ya había logrado hacer. Además tuvo consecuencias en relación a que después de esto tenía posibilidades más grandes de enfermarse de cosas virales, bronconeumonía, bronquitis, etc. (...) de hecho, desde la

primera y la segunda operación fue hospitalizada 4 o 5 veces, y desde la segunda hasta hoy como unas 8 o 9 veces (...) por periodos de no más de 1 o 2 semanas, mientras termina el invierno.

Tp: cómo lo haces cuando la hospitalizan, no vives con ella ¿cierto?

C.: no estoy con ella desde marzo, ella vive con mis papás, y yo vivo con Y. y mis abuelos (...) mi abuelo tiene 71 años y mi abuela 69, él tiene un taller de desabolladora y mi abuela es dueña de casa. Vivo también con una tía mía pero que es de mi edad, J. que tiene 27 años y ella tiene una bebita que tiene solo una semana que se llama A. Mis abuelos tiene un ciber el cual lo atiende J., y con mi abuelo y mi trabajo son los principales ingresos de la casa.

Tp: ¿en qué trabajan tus papás?

C.: mi mamá solo trabaja los fines de semana en un local vendiendo bebidas, es por eso que en la semana puede cuidar a I., y así yo la veo los fines de semana. Mi papá tiene un local de ventas de cosas de computación.

Tp: C., se nos ha acabado la hora, la próxima sesión nos vemos con I. y tú. Ahí trabajaremos lo que me haz contado.

Sesión IV

I. y C.

Viernes 6 de mayo de 2011

11:00 hrs.

No asisten. Avisa.

Sesión V

I. y C.

Viernes 13 de mayo de 2011

11:00 hrs.

C. e I. están puntuales a su sesión. Entran a la consulta ambas y como es habitual las dos se sientan en el diván.

Tp: ¿cómo haz estado?

C.: Bien, la I. ya anda mejor. (...) mi madre me cuenta que I. ya duerme bien. Yo llamo como a las 10 de la noche e I. ya está durmiendo y se despierta como a las 7 y en éstas dos semanas muy pocas noches se ha despertado.

Tp: I., hace ya varias semanas, casi un mes que no nos vemos. La última vez que nos vimos te conté que llamaría a tu mamá solita para hablar de ti y luego Uds. no pudieron venir.

C.: Si, tuvimos que ir a un funeral de la abuela de mi madre. (...) o sea, de la tátara abuela de I..

(Le entrego a I. sus materiales de trabajo, en eso interrumpen la sesión con algo protocolar del hospital por lo que debo salir de la consulta, el tema es sobre la interconsulta de un niño que está hospitalizado)

Al volver:

Tp: I., tuve que salir por algo urgente, se trataba de un niño que necesita atenderse aquí, así como tú, por que estuvo hospitalizado lo que fue un poco complicado para el, lo pasó mal (...) tu también estuviste hospitalizada como el (I. dibuja como hasta entonces y

las líneas se hacen más disruptivas). Es esa una de las cosas que hablamos con tu mamá la semana que no viniste.

(Me dirijo a C.) ¿Me ayudas a contar a I. lo que hablamos?

C.: (sonríe) Bueno. I., cuando vine con el psicólogo hablamos de lo que pasó desde que te estaba esperando, que yo supiera a los tres meses que te estaba esperando y que te tuviera aquí, en la guatita y yo no te quería pero que ya como a los seis meses te quería. Sentía como te movías. Luego estuviste hospitalizada...

Tp: pero, el parto y antes de las hospitalizaciones ¿qué pasó?...

(Hacia I.) Hubo un hecho en donde tu mami lo pasó mal, **(I. juega con las tasitas)** que la trataron muy mal, tu abuela, la mama de tu papá.

C.: si, me humillaron mucho, me trataron muy mal me dijeron mentirosa.

Tp: I., a tu mamá le dijeron mentirosa por que dijeron que tu no eras hija de M., de tu papá, pero después...

C.: después me dieron la razón, y quieren conocerte tu abuela, pero yo no quiero que conozcas a esa gente. O sea, si ellos se quieren acercar bien pero por mí que no lo hagan nunca.

Tp: luego de eso que pasó, ¿I. nació?

C.: **(a I.)** tú naciste sin problemas y quise llevarte a la playa. Estuvimos ahí como una semana y empezaste a tener problemas para respirar, llegamos aquí al hospital y estabas moradita, se te notaban las costillas y te dejaron hospitalizada...

También hablamos de tu papá, que a todo esto lo vi el otro día.

Yo: ¿cómo se llama el papá de I.?

C.: M1..

I.: M2.!

C.: no, M1..

I.: M1.....

C.: tu papá no te quiso conocer, no estuvo cuando naciste, ni en todo lo que haz vivido

Tp: C., tú me haz contado de M., padre de Y. (tu hermana I.). Pero C., ¿alguna vez pensaste en hacer familia, mejor digo, en tener una cierta estabilidad proyectada con una pareja?

C.: con M. no, con M. si. (...) con M. si cuando supe que estaba embarazada, pero todo lo deseché después de cómo se portó.

Tp: pero ahora, ¿piensas en tener pareja?

No, por ahora no. Por lo menos hasta que crezca la Y.. ¿?. Si hasta que crezca y tenga por lo menos unos 12 años y se sepa (I. dice: Tapa) cuidar sola.

(C. le pasa la tapa de la caja de materiales e I. intenta taparla)

Tp: ¿a qué te refieres con que se pueda cuidar al relacionarlo con el no tener pareja?

C.: si a que son cosas especiales, hay que cuidar a las niñas en esa edad, y yo quiero hacerlo, no como me cuidaron a mí, parece que se equivocaron.

Tp: ¿qué pasó contigo a esa edad?

C.: si (llora), pero no quiero hablar de eso, es algo que me pega, algo que me tiene pegada.

(I. toma la mamadera de la caja de juegos y se la entrega a la mamá)

Tp: I., ¿le das la mamadera para que pueda calmar su llanto? **(I. me sonrío)**

C.: si, yo le doy la mamadera cuando llora.

Tp: I., la mamá está triste por otras cosas que pasaron en su vida, cosas que no tienen que ver contigo.

C.: no quiero hablar de eso, es algo que se nunca voy a superar, algo que me tiene pegada.

Tp: no necesariamente no lo podrás superar.

C.: no quiero hablar de eso.

Tp: de acuerdo, solo hablaremos de lo que sucede ahora para que I. pueda entenderlo. De todas formas creo que sabes que es un tema que no es primera vez que haces referencia de él.

C.: ¿cómo?

Tp: recuerda, “esto es lo que me tiene pegada” como dijiste recién, ya lo habías dicho antes y yo te ofrecí una interconsulta para que puedas atenderte en el COSAM de tu comuna, para que trabajes eso que te pega.

C.: si, me interesa

(I. despega de la muralla uno de los dibujos mientras la madre responde)

Tp: I. despegó lo que había pegado, ¿en qué estábamos?

C.: en la historia de I., en las hospitalizaciones. (...) bueno hija, tu estuviste hospitalizada por un problema en tu corazoncito.

(I. Con un lápiz empieza a agitar los juguetes dentro de la caja sin dejar oír bien lo que C. está relatando, ni lo que yo pueda decir ante ellas, solo para un par de veces pero retoma al proseguir la conversación)

Tp: **(subiendo el volumen de la voz)** bueno I., noto que el tema de tu hospitalización te complica mucho, dejaremos ésta sesión hasta aquí para que lo pienses, y

la próxima semana hablaremos sobre ese tema, ahora ayúdame a guardar tú materiales de trabajo.

(I. y C. guardan los materiales, juguetes y dibujos junto a los despegados en la caja y lápices en su estuche)

C.: I., despídase del psicólogo.

I.: Chao, Gracias.

Sesión VI

I. y C.

Viernes 20 de mayo de 2011

11:00 hrs.

Ambas llegan a sesión 15 minutos tarde, tuvieron un problema para tomar el metro, de hecho I. viene muy contenta ya que como dice la madre “le encanta viajar en metro conmigo”.

Luego de conversar un poco sobre la semana retomamos, como quedamos la sesión anterior, el tema de las hospitalizaciones de I. en lo cual los treinta minutos que quedan de sesión prosiguen así.

Tp: la sesión anterior dijimos que seguiríamos trabajando sobre el tema que nos convoca, puedes continuar C.?

C.: I., hablábamos sobre tus hospitalizaciones

(I. se complica nuevamente, hace ruido, pateo la caja).

C.: Hija cuando te operaron (...)

I.: ¡No! ¡No!

Tp: I. parece que el tema aún te complica mucho, con mamá vamos a intentar ir más despacito, más suavcito.

I.: suavcito.

(...)(C. continua contándole a I. que ahora está un poco más relajada pero aún un tanto tensa, escucha y dibuja)

C.: cuando estuviste aquí en el hospital yo estuve siempre contigo, voy entendiendo que quizás por eso es que te complique dormir, aquí toda la noche te despertaban para hacerte cosas y yo no estaba, pero no era por que no quisiera, de hecho me quedaba hasta que me echaran, yo te traje una caja musical que le pedía a las enfermeras que te pusieran cuando lloraras.

Tp: aún tiene esa caja I.

C.: si en la casa está.

I.: ¡casa!!

C.: bueno, cuando me tenia que ir tu te ponías a llorar y a mi me dolía mucho el corazón me daba mucha pena, no me iba por querer hija.

(En éste intertanto I. me regala unos dibujos, se quiere llevar mi lápiz y me lo regresa)

C.: Bueno eso fue lo que paso en tu hospitalización de la operación, ahora cuando estabas por bronquitis o esas cosas no siempre podía quedarme.

(I. pega tres dibujos y despega dos, toma unas tijeras y corta una hoja blanca.)

Tp: I. te noto aún complicada, parece que quieres cortar el tema ó te preocupa otro, lo pegado. Pero mamá trabajará ese tema, en la semana le he entregado un papelito (interconsulta) que le sirve para poder trabajar eso que la tiene pegada, no te preocupes por eso. (...)

C.: **(continua)** I., cuando estabas aquí me costaba mucho dejarte.

I.: ¡No!

(Despega un dibujo enojada)

Tp: I., si quieres te llevas ese dibujo, y creo que logro entenderte e imagino lo difícil que es despegarse, separarse. Conversémoslo la próxima semana.

Sesión VII

I. y C.

Viernes 27 de mayo de 2011

11:00 hrs.

No Asiste. Avisa.

Sesión VIII

I. y C.

Viernes 3 de junio de 2011

11:00 hrs.

I. y C. llegan 10 minutos tarde a sesión. En ésta sesión se intenta no conducir ni provocar ningún tema solo el que ellas quieran plantear. Y me proponen hacer una sesión corta ya que tienen que ir a hacer hora a cardiología para ver las posibilidades de la próxima operación de I..

(I. reconoce su caja de juegos y sus dibujos, saca los lápices escrito y comienza a dibujar)

Pregunto por qué es lo que quieren trabajar ese día, y sin hacerse mucho esperar emerge el tema de la posibilidad de irse a vivir juntas entre I. y C..

C.: quizás hablar sobre el tema de que aún no podemos irnos juntas con I., yo estoy esperando que pase algo en el trabajo. Me han dicho que es posible que cambie de trabajo, o sea, yo trabajo con los papás de una amiga en venta de ropa femenina en un centro comercial y la posibilidad es que me cambie en la misma pega, a algo más de oficina.

Tp: eso implicaría que....

C.: que podría tener otros horarios mas fijos para poder ver a I., mi idea no es sacarla de golpe de donde mi mamá, pero si que vaya mas tiempo con nosotras, con Y. y conmigo.

(I. sigue dibujando y se entretiene pasándome dibujos y luego pidiéndome los)

Tp: si, así I., de aquí para allá, pero al parecer no es por mucho tiempo.

C.: no I., tu sabes que no es por que no quiera, es por que no puedo, pero a penas pueda lo haré.

(Silencio)

C.: el otro día nos topamos con M..

I.: M.!

C.: si el pasó cerca de nosotros en la feria, o sea, qué cerca, pasó por al lado de nosotros y adivine. No nos saludo, ni siquiera miro a I..

Tp: ¿I., tú te diste cuenta?

C.: yo le dije después que pasamos que ese era su papa, el que no quiso conocerte, que se llama M., el que anda en moto.

I.: Moto.

(Luego de esto se les hace un poco tarde y deciden irse, al irse I. guarda sus materiales pero decide sacar uno de los dibujos que tiene pegados y llevárselo)

Tp: I., veo que te quieres llevar algo de éste lugar.

(Se despiden, y me avisan que de ponerse el clima frio llevaran a I. a la playa por lo cual no vendría, de todas formas dejamos cita para la próxima semana que de no estar I. debe venir C.)

Sesión IX

I. y C.

Viernes 10 de junio de 2011

11:00 hrs.

Llega C. sola a sesión, me cuenta que tuvo problemas en el trabajo por lo cual en la noche no pudo ir a buscar a I. a Maipú para poder traerla a sesión.

C.: disculpa [terapeuta], no pude traer a I., anoche tuve que hacer inventario en la pega y no me dio el tiempo para ir a buscar a I. a Maipú para poder traerla para acá. Iba a llamar al hospital para avisar, pero me dijiste que si no podía venir I. que de todas formas viniera yo.

Tp: si Muy bien.

Tp: cuéntame, ¿hay algo de lo que me quieras hablar?

C.: si, hay algo que me complica.

Tp: dime...

C.: esto de que I. está con mi mamá, pasa que ella le pone otro tipo de reglas y yo se las cambio, el otro día estuve con ellos, y con lo de ir a dormir hubo un problema. Resulta que yo, donde no veo a I. en toda la semana siempre dejo que se duerma tarde conmigo viendo tele, y mi mamá desde las 9 que empieza con que “I. hay que ir a dormir etc.” entonces a mi no me gusta, lo entiendo eso si, es ella quién pasa todo el tiempo con ella, en realidad no me puedo quejar mucho.

Tp: si I. estuviera toda la semana contigo sería así.

C.: yo creo que no, es solo por ahora que los fines de semana I. se queda dormida bien tarde.

Tp: y cómo se porta contigo.

C.: conmigo se porta bien, creo yo. Es con mi mamá que se subleva un poco. El otro día la encontraron jugando a afeitarse con la maquina de mi papá.

Tp: ¿cómo?, no es peligroso eso.

C.: no, o sea, si un poco, pero no tanto, es la maquina desenchufada de mi papá. El cuento es que la pillaron que se había cortado un poco de pelo y que quería afeitarse.

Tp: será que a I. le conviene ser más hombre en esa familia.

C.: ¿cómo?

Tp: I. se cortó el pelo y jugaba a afeitarse. ¿Alguien lo noto temprano?

C.: la verdad es que parece que no, no es muy vista en la casa de mi mamá, como que todo el mundo está en la suya, eso también me da lata.

C.: el otro día la pillaron jugando con un cuchillo.

Tp: eso si es peligroso.

C.: si, pero estaban presentes todos. Es que en esa casa pasan más en la cocina que otros lados entonces I. -que no le gusta estar sola- juega en la cocina, y me contaron que de repente sacó un cuchillo y se puso a jugar pero se lo quitaron al tiro.

Tp: ¿qué te sucede cuando sabes de eso?

C.: no se como explicarlo, algo de impotencia el no poder estar criando a I.. Me encantaría ser solo yo quien pone las reglas, pero ahora no se puede no más y hay que conformarse. Pero yo creo que estaría pendiente todo el día de ella. Además tengo que aprovecharla.

Tp: a qué te refieres con aprovecharla

C.: a que no me va a durar mucho la I., o sea, yo se que ella tiene mucha fuerza y va a vivir, pero todo dices que con la cardiopatía que tiene es muy poco probable que pase de la adolescencia.

Tp: y cómo te relacionas con eso...es muy complejo.

C.: la verdad si y no, pero no quiero ni pensar en eso.

Tp: ¿te parece lo hablemos después de la próxima sesión?

C.: si está bien.

Sesión X

I. y C.

Viernes 17 de junio de 2011

11:00 hrs.

C. e I. llegan puntuales a sesión. Me avisan que desde la otra semana I. estará en la playa casi todo julio por causas del clima, entonces la madre de I. decide que sería positivo trabajar sobre que refiere esta condición para I., accedo.

(I. toma los dibujos de su caja de juego, y pega uno donde aún está el espacio del dibujo que se llevó)

C.: I., como te había dicho en la casa, el desde el lunes te irás a la playa con tu tía.

I.: playa!

Tp: I., tu mamá encuentra que es importante explicarte por que tienes que ir a la playa desde él lunes.

C.: si, es que es para protegerte del refrió, eso.

Tp: tu mamá te quiere contar que, a consecuencia de tu enfermedad, ese problemita que tienes al corazón por el cual te operaron, tu tiene una tendencia a resfriarte, o sea, es mas fácil que te puedas enfermar aquí que en la playa, entonces para evitar alguna complicación como los años anteriores, tu mamá decidió que mejor lo pases en la playa.

C.: si, pero no te preocupes que te llamaré todos los días, siempre.

I.: todo días!

Tp: si I., entonces haremos algo, mientras tu estás en la playa tu mamá vendrá aquí solo si se complica por algo, si no es así ella no ocupará éste espacio que es para las dos.

C.: ¿entonces yo no vengo la sesión que viene?

Tp: a no se que sea necesario. ¿Cuántas semanas estará por allá?

C.: deberán volver como el 25.

Tp: entonces nos vemos el viernes 29 I..

I.: nos vemos.

Sesión XI

I. y C.

Viernes 24 de junio de 2011

11:00 hrs.

No Asiste. Avisa.

Sesión XII

I. y C.

Viernes 8 de julio de 2011

11:00 hrs.

No Asiste. Avisa.

Sesión XIII

I. y C.

Viernes 15 de julio de 2011

11:00 hrs.

No Asiste. Avisa.

Sesión XIV

C.

Viernes 29 de julio de 2011

11:00 hrs.

Aparece C. a sesión, pero aparece sola. Por las temperaturas muy heladas en la última semana es que decidieron extender su estadía por una semanas más.

En ésta sesión se trabaja el tema que tiene pegada a C. en una sesión corta.

Tp: ¿cómo estás C.?

C.: un poco cansada, es que en la semana fue mi cumpleaños y lo celebre suave pero igual me acosté súper tarde y no he podido recuperar el sueño.

Tp: felicidades.

C.: gracias.

Tp: I. no estuvo contigo entonces.

C.: no pero me llamó y me cantó por teléfono, quedamos que cuando volviera saldríamos juntas.

Tp: ¿cómo lo pasaste en tu cumpleaños?

C.: bien, fueron mis amigas y las compañeras de trabajo con sus pololos.

Tp: ¿tú tienes pareja?

C.: no, y tampoco quiero.

Tp: ya me habías contado cuando hablamos de M. y M., pero cuéntame por que no ahora.

C.: por que no quiero que a mis niñas les pase lo que a mi me pasó.

Tp: eso que te tiene pegada.

C.: si, pero no quiero hablar se eso.

Tp: entiendo que no quieras hablar de eso, pero debo decirte que eres tu quién trae el tema al tapete.

C.: si, lo se. Pero no se por que no puedo hablarlo.

Tp: haz pensado hacer un proceso, ¿cómo te fue con la interconsulta?

C.: no me han llamado, y la verdad me han dicho que sería bueno que hiciera terapia, pero yo creo que se me va a pasar sola.

Tp: ¿ha disminuido hasta ahora?

C.: pasa por ciclos, a veces estoy bien mucho tiempo y a veces me acuerdo y me siento muy mal buen tiempo también.

Tp: ¿cuándo te pasó eso, nadie se alertó?

C.: ese es mi mayor dolor, nadie se daba cuenta que me había pasado. Hasta que lo tuve que decir y las cosas no cambiaron mucho, no me defendieron.

Tp: fue algo reiterado.

C.: no.

Tp: entonces te molesta que no se hayan dado cuenta.

C.: si que no lo vieran

Tp: como no han visto a I. jugar a cortarse el pelo.

C.: si algo similar, pero más grabe.

Después de esto C. prefiere no seguir hablando del tema y me pregunta por datos contextuales a la operación, si es que puedo ir a la sala cuando esté I. hospitalizada.

Sesión XV

I. y C.

Viernes 5 de agosto de 2011

11:00 hrs.

No Asiste. Avisa.

Sesión XVI

I. y C.

Viernes 12 de agosto de 2011

11:00 hrs.

Atención telefónica.

Sesión XVII

I. y C.

Viernes 19 de agosto de 2011

11:00 hrs.

No Asiste. Avisa.

Sesión XVIII

C.

Viernes 26 de agosto de 2011

11:00 hrs.

Llega a sesión solamente la madre de la paciente y viene un poco preocupada dice:

C.: he hablado con mi mama que está en la playa con I. y ella no se ha portado muy bien, no le hace caso a mi mamá y hasta dio vuelta una cuna.

Tp: ¿por qué ese cambio, ha pasado algo?

C.: si, o sea, creo que sí. Lo que pasa es que no he podido estar con ella porque llevan tres semanas en la playa y cuando llamo I. o está durmiendo ya –por que llamo tarde- o está jugando. He podido hablar con suerte día por medio con ella. Ya estoy que pesco un bus y parto pa' allá.

Tp: ¿qué te detiene?

C.: que me he cambiado de trabajo, o sea, estrictamente es el mismo trabajo, o bien la misma empresa. Nos cambiamos de oficina.

Tp: ¿y además del lugar cambia algo?

C.: si, ahora podré tener tiempo para quedarme más con I., ya lo hablé con mi madre. La idea es que se quede tres semanas conmigo y una sola con mi mamá. Es que lo que pasa es que ya no seré del mismo tipo de vendedora, como que ahora es más horario de oficina, saldré más temprano y ganaré un poco más.

Tp: es una noticia que te tiene contenta, a pesar de lo de I. en la playa.

C.: si, me tiene contenta por que podré volver a vivir con I., imagino que eso ayudará mucho a al proceso de I. porque me ha dado mucha pena, mi mamá me contó que

la I. llora durmiendo, que no se despierta pero le caen sus lagrimas. De todas formas tiene el sueño liviano y en el día se porta muy mal.

Tp: I. tiene algún muñeco o pañito que sea de ella, que lo use siempre.

C.: si, un Goofy. Tiene un peluche que no lo suelta, dice que es su pololo (...) de hecho, una vez se fue para mi casa y se le olvido traerlo, tuvimos que ira buscarlo a media noche por que ella no quería dormir sin su Goofy, su pololo.

Tp: ¿desde cuándo tiene a éste pololo?

C.: desde marzo más menos, lo recuerdo bien por que encontró a ese muñeco en las cosas de la casa de mi mamá, era un muñeco de la J. mi tía, es un Goofy bien grande.

Tp: ¿te llama la atención la fecha?

C.: mmm. Tú dices por que es cuando nos separamos.

Tp: pareciera.

C.: si, creo que tiene que ver. Desde que se cambió de casa que tiene que dormir con ese Goofy, de hecho yo le compré otro para que tenga en mi casa pero no es igual para ella, le gusta pero no es lo mismo. Bueno en la semana cuando se queda con mi mamá yo pongo el Goofy entre la Y. y yo para acordarme de la I. al dormir.

Tp: quizás I. hace lo mismo.

C.: si, puede ser.

Tp: quizás es la forma de contar con alguien constante que puede llevar para todos lados, hasta para la playa, siempre el mismo.

C.: si creo que tiene mucho sentido.

Cerramos sesión.

Sesión XIX

I. y C.

Viernes 2 de septiembre de 2011

11:00 hrs.

Llegan a sesión 15 minutos tarde, aparece C. con I. que está notoriamente más grande, al entrar al box I. reconoce sus materiales de trabajo, me saluda, abre la caja y se dispone a usarlo, pero antes me ofrece una sonrisa. Ésta sesión tiene como objetivo revincularse con la paciente.

Tp: Veo que me reconoces I., ¿cómo estás?

I.: bien.

Tp: ¿cómo te fue en la playa?

I.: Bien, olas grandes.

Tp: había olas grandes, ¿y te balaste?

I.: si, con abuelita, ducha.

C.: no, el psicólogo pregunta si te bañaste en las olas

I.: olas grandes.

Tp: te veo mucho más grande I..

I.: grande!

Tp: si mucho mas grande y conversadora.

C.: si, las jodió, está muy parlanchina y creció mucho.

(I. saca las tazas y le pasa una a la mamá –amarilla- a mi –azul- y ella se queda con la rosada. Nos sirve un tecito imaginario que pide que nos tomemos)

Tp: gracias I., no me lo tomaré ahora pero lo dejaré aquí en el escritorio.

C.: hace tiempo que no venia con I. para acá, por la playa y donde había estado enfermita.

Tp: así supe I., aparte de estar con olas grandes, estuviste enfermita, pero no viniste para acá.

C.: no, no fue necesario, logramos controlar los refritos en la casa.

Tp: ¿eso es habitual?

C.: si, mas menos, a veces no es tan común y terminamos viniendo para acá.

I.: metro!

Tp: ¿metro?

C.: si I., terminamos viniendo para acá en metro (...) es que a la I. le encanta andar en metro.

I.: metro encanta.

Tp: miren que bien, ahora está el metro desde la misma plaza hasta acá.

C.: si pero nosotros venimos de lo prado no desde Maipú eso si.

Tp: verdad que vienen de tu casa.

(I. le sirve tecito a la mamá y a ella, le pide a la mamá que se lo tome)

Tp: cuéntenme, ¿cómo está todo con lo que hemos trabajado?

C.: bien, I. duerme mucho mas tranquila, y se porta bastante bien. Me ha costado acostumbrarme ya que hace tiempo no nos veíamos con I., pero ella se acopló mucho conmigo, ha estado toda la semana en la casa no se quiere ir donde la abuela.

La sesión se hace más corta por el retraso en la hora de llegada.

(I. guarda sus materiales, ya no vuelve a tomar los papeles en toda la sesión, los deja de lado, y quiere llevarse la taza. Accedo con el contrato que a la próxima vez que venga la traiga. La taza que se lleva es la rosada.)

Sesión XX

I. y C.

Viernes 9 de septiembre de 2011

11:00 hrs.

No Asiste. Avisa. (Hora al médico)

Sesión XXI

I. y C.

Viernes 16 de septiembre de 2011

11:00 hrs.

No Asiste. Avisa.

Sesión XXII

I. y C.

Viernes 30 de septiembre de 2011

11:00 hrs.

I. y C. aparecen puntuales a sesión e I. trae consigo la tacita rosada.

Tp: I., veo que cumpliste con traer la tacita.

C.: si, pero no quería traerla.

Tp: bueno I., pero había sido un trato y de todas formas lo cumpliste.

I.: mía!

Tp: si es tuya, pero hay solo tres tacitas, es difícil que podamos tomar los tres si falta una.

(I. abre la caja, saca las otras dos tacitas y nos sirve tecito)

Tp: ¿cómo está todo?

C.: todo súper bien, con lo que le pasa a I. ya no tiene casi nada, o sea, de repente se despierta en la noche y a veces se porta mal, pero creo que le pasa a todos los niños. Por ejemplo la otra noche la escuche respirar fuerte como si tuviera una pesadilla, pero la moví y se despertó, antes no pasaba eso ella lloraba durmiendo y no la podíamos despertar, ahora despertó abrazo a su pololo y se quedó dormida.

(I. se da vuelta y mira a la mamá)

Tp: ¿pololo?

(I. me mira a mí y abraza las piernas de la mamá)

C.: te dio vergüenza jeje. Si el goofy po' I.. A el le dices pololo.

I.: pololo.

C.: el muñeco que llevas a todos lados para dormir con él. Me voy a poner celosa.

TP: I. tu sabías que tu mamá también tiene un goofy con el que se acuerda de ti cuando tu no estás.

I.: cufy (goofy)

C.: sí, ves yo hago lo mismo, cuando tu no estás, y estás donde tu abuelita o en la playa, yo duermo con la Y. y con el monito entre las dos, como cuando tu estás con nosotras. Así pienso que estas con nosotras.

(I. le quita la taza a la mamá y las pone las tres sobre mi escritorio, y busca los respectivos platos para ponerlas, a I. se le caen y no puede sostener todos juntos, sin embargo lo sigue intentando hasta que le ofrezco ayuda que acepta)

Al cerrar la sesión se lleva nuevamente su taza, pero ahora con su respectivo plato diciendo, míos.

Sesión XXIII

C. e I.

Viernes 7 de octubre de 2011

11:00 hrs.

I. y su madre pasan puntualmente a sesión. I. me reconoce y se alegra un poco. Pasa al box y reconoce sus materiales y se dispone a usarlos y con ello trae la taza que la última sesión que vino se llevó, pero sin su respectivo plato.

C. relata lo mejor que anda I., que sigue desde un tiempo a esta parte durmiendo bien y continuado, aún en ocasiones se despierta para asegurarse de que está con ella.

Sobre la conducta la madre refiere que ve a I. normal, a veces se porta mal, pero son pocas veces, “además los niños tienen que portarse mal de vez en cuando.” Dice C..

(I. toma papeles y tijeras, les hace un corte a los papeles que ésta vez es mucho más pequeño que los cortes a papeles de sesiones anteriores y me los entrega)

Tp: creo entender lo que intentas decir I., lo que te preocupa es la separación, aún la separación con tu mamá, pero ya no tanto.

Al hablar del proceso realizado C. argumenta que cree ya estar para un alta.

C.: creo que I. está mucho mejor, y yo he aprendido mucho en esto. Ahora se hablarle a I., que no tengo que pensar que no escucha y que ella me habla no solo con palabras, también con lo que hace.

(I. comienza a tomar sus materiales de trabajo y me los entrega, algunos en mis manos y otros en mi escritorio.)

Tp: no se si estoy entendiendo bien, pero creo que me estas entregando tus materiales, quizás me devuelves lo que usaste para trabajar en esta terapia, quizás ya no los necesitas más.

(I. toma la taza que tiene la madre y me la pasa)

Tp: al parecer I. estás preocupada por tu madre para trabajar con ella, pero los temas de tu mami los tiene que trabajar con otro terapeuta.

(Le entrego una tarjeta de una psicóloga a la madre, dejando bien claro la necesidad de trabajar sus temas en el futuro. C. se compromete a averiguar por las formas de pago para hacer terapia. Y ahí I. vuelve al escritorio y toma la taza que tenía la madre y que me había pasado a mí, quiere llevársela)

(C. habla sobre las posibilidades de hacer terapia mientras I. le pide que abra la llave de agua que está dentro del box, y ambas juegan con el agua. La madre intenta normar las conductas de I. mientras que la paciente se preocupa de lavar la taza y darle agua a la mamá y a ella.)

Se plantea la posibilidad de un cierre, pero que sea pensado por ellos, que la próxima vez que vengan lo decidimos.

Al finalizar la sesión I. me dice que se llevará la taza, que es suya y me da las gracias.

Sesión XXIV

C.

Viernes 14 de octubre de 2011

11:00 hrs.

A sesión llega solo la madre de I. ya que la paciente, a consecuencias de las bajas temperaturas que matizaron el ambiente el fin de semana anterior y con las complicaciones que eso conlleva a la salud de I. es que tomaron la decisión de llevarla a la playa en el lugar que ahora está.

Como quedo puntuado en la sesión anterior, trabajamos la posibilidad de hacer un cierre por tanto a modo de una conclusión previa –sólo con la madre- se trabaja que ha pasado en ésta experiencia terapéutica.

C.: creo que I. está mucho mejor, ha cambiado, pero no solo ella; yo también he cambiado.

Tp: así parece.

C.: si, así es. Antes pescaba a I. pero nunca le hablé así de directo como hiciste tú, lo hice acá, lo hicimos acá.

Tp: se hizo, pero I. también fue directa contigo.

C.: si, ahora se leerla, la comprendo. Muchas veces antes solo entendía a lo que decía I. y habla bastante poco, o cuando lloraba, ahora sé que con lo que hace también dice. Y muchas veces también me quiere decir a mí.

Tp: ¿cómo es eso?

C.: si, que hay muchas cosas que ella hace, así con movimientos, y que tienen que ver con algo que quiere decir, pero que me quiere decir a mí. O sea, me he dado cuenta que no se porta de la misma forma conmigo que con mi mamá y supongo que eso no es por azar.

Tp: que bueno que lo veas así. Conuerdo contigo en todo, solo debemos saber si I. está de acuerdo con hacer un cierre así que para la próxima sesión avísame cuando ella llegue para confirmar la hora.

Finalizamos la sesión.

Sesión XXV

I. y C.

Viernes 21 de octubre de 2011

11:00 hrs.

Cierre.

I. y C. llegan puntualmente a sesión, lleva desde el lunes de esta semana en Santiago, trae consigo la taza que se llevó la última sesión que asistió y trae una pelotita con la que juega.

Al pasar a la consulta C. hace referencia a que si ha conversado con I. la posibilidad de hacer un cierre hoy. Dice:

C.: como me dijiste hable con I. sobre la posibilidad de hacer un cierre hoy, un día a la hora de almuerzo le comenté sobre que aquí lo decidiríamos. Ella no me dijo nada, solo me dijo rico mamá, pero por la comida.

Tp: I., entonces sabes que es de lo que hablaremos hoy.

(I. toma la taza y me la entrega, dice gracias)

Tp: de nada.(...) C., I., ¿por qué no me cuentan lo que trabajaron aquí?

C.: bueno, aquí trabajamos sobre los problemas para dormir que tenias I., y lo torbellinito que eras, ¿te acuerdas?. Hablamos sobre tu historia, que parece en algún lado la tenias, pero no te acordabas. Hablamos sobre cuando naciste, incluso antes... hablamos de tus hospitalizaciones, las operaciones que pasaste aquí en el hospital.

(I. toma la mamadera y hace como que sirve algo en las tacitas y nos entrega a cada uno, ella toma la rosada, para C. la amarilla y para mi la azul) ...(C. prosigue)

C.: yo aprendí a leerte, a escucharte.

Tp: me parece que eso es algo fundamental, pasaron ambas un proceso juntas y aprendieron a leerse.

I.: juntas!

Tp: si, I..

(Luego de esto hay un lapso de silencio)

Tp: bueno, al parecer I. éste será el último día de todo el proceso, te acuerdas que hace dos semanas conversamos que ya no sería necesario continuar, que tú y tu mami ya están bien, ella misma te lo ha dicho.

I.: bien! Mami!

(I. toma la pelotita y la lleva al sector del lavamanos y juega con ella de espaldas a mí)

C.: bueno de todas formas quizás cuando seas más grande puedes volver, si quieres trabajar algo.

(I. se da vuelta y me lanza la pelotita sin mucha fuerza)

C.: no I., eso no.

Tp: si quieres que reciba esa pelotita me tienes que mostrar antes de lanzarme la pelota para poder tomarla.

(Le paso la pelotita a I., y ella me la muestra , me la lanza, la alcanzo a tomar y se la devuelvo)

Tp: de todas formas I., tu mamá tiene mi número de teléfono para que me llame, se lo di por que en un tiempo más, no pronto, tú tendrás que operarte nuevamente, ya tienes muchos aprendizajes sobre tu experiencia anterior, no será tan complicado. Bueno es por eso que tu mami tiene mi número, me llamará para ese entonces.

(I. toma las tacitas y le pide a la mamá que abra el agua, se ponen a jugar entre las dos, C. se muestra un poco menos coartadora del juego pero siempre situando ciertos limites)

(I. toma bastante agua)

Tp: bueno, siempre es difícil hablar de cierre. Ustedes trabajaron muy bien aquí

I.: muy bien!

Tp: si, muy bien I.. Ya desde la otra semana no vendrás, será otra separación, pero cuando realmente lo necesites puedes volver ya te conté que tu mamá tiene mi tarjeta.

C.: si, si yo creo que lo que se viene con I. es que se pueda ir para mi casa definitivamente, pero eso va en camino, claro igual sin dejar de lado a mi mamá.

(I. muerde la pelotita que traía y la empieza a desarmar)

C.: no I., después no te voy a comprar otra (I. continua), o sea, si quieres puedes romperla pero después no te voy a comprar otra.

Tp: quizás es solo la curiosidad de conocer que tiene dentro.

C.: es que está dejando solo el centro.

Tp: dejando el corazón.

(I. se acerca y me pasa el centro de la pelotita mordida)

Tp: Gracias I. lo cuidaré.

(Silencio)

Tp: bueno, ya se acabó el tiempo. Espero estén muy bien.

(I. toma las tacitas, las 3 y se las quiere llevar, dice mías. Le pido que guarde sus materiales y los guarda todos menos las tacitas que dice “mías”)

Tp: bueno I., te las puedes llevar, pero cuídalas mucho.

I.: gracias, chao.

Cerramos sesión.

Anexo 2: Paciente 2

Edad : 7 años

Asiste con : Madre.

Origen y motivo de derivación

J es derivado desde el servicio de neurología para evaluación y manejo con el diagnóstico de epilepsia (en tratamiento) e Hiperactividad con déficit atencional secundario.

17 de marzo de 2011 11.00 am

Asisten J. y su madre, M.. Entrevista de recepción.

M. relata que a J. “le faltan dedos”, que es regalón y que a ratos se está aprovechando de su situación. Al preguntar de qué se trata, ella comenta que tras la crisis epiléptica que los trajo a consultar al HLCM, ha cambiado su comportamiento. Se encuentra actualmente tratado con Kopodex (Levetiracetam). Ha bajado las notas en el colegio de un 6,6 a un 5,9 y pelea frecuentemente con su hermano, D. (16 años).

Respecto a los hitos relevantes del grupo familiar, hace un par de años se fue el abuelo materno y el padre, actualmente, se desempeña como jefe de encuadernación en un taller, lo que implica trabajar de de 8.00 a 20.00 hrs.

M. comenta que J. está tranquilo por las mañanas y que “desordena” al papá.

Al preguntar sobre los antecedentes perinatales, ella menciona que “J. juntó a la familia al nacer”, tuvo depresión postparto y fue diagnosticada con hipotiroidismo.

Llama la atención al final de la sesión que J. toma muchísima agua.

Dispongo hojas de papel en blanco sobre la mesa, J. se muestra reticente al contacto. Tomo un lápiz rojo y dibujo una línea al centro de la página, añado otra, finalmente, J. cierra la figura y se arma un bloque que pinto de rojo una vez cerrado. Luego, dibujo – en orientación hacia él – una persona con líneas, repite la figura en azul; añado una cara y él la replica; dibujo dos pares de líneas cruzadas en una parte de la hoja de jugamos al “gato” -tres en línea.

J. no respeta las reglas del juego, dibuja inmediatamente los tres círculos y la línea que marca el triunfo en cada juego; repite esta acción todo el resto de la sesión y se vuelve más expansivo, dibuja él los tableros siguientes. Al final de la sesión, hago las tres figuras del modo que lo hace él y cierro el juego. Luego de eso, realizamos un último juego en el que ambos respetamos los turnos, en este último, no hay ganadores.

22 de marzo de 2011 (sesión 2)

Asisten J. y M..

J. llega más inhibido que en la sesión anterior. Le pregunto qué ocurre y responde “estoy trabajando”. Luego hablan sobre la comida que le gusta a J..

M. menciona que J. se tiene que portar bien, que ha bajado las notas y que al escribir se aburre. Ha sido citada al colegio de su hijo por el problema de la baja de notas.

Al preguntar por la situación familiar, ella menciona que está cansada, que hacen problemas por todo, que D. -padre- está “pasando por una nebulosa”. J. interrumpe y señala “me voy a portar bien”.

Sobre el “portarse bien”, pregunto a M. qué es lo que ocurre. Ella señala que hay conflictos en casa, nombra ese conflicto como “D. v/s D.”, aludiendo al padre y al hermano de J..

D. (40) dice, según M., que a J. “hay que tratarlo como un niño enfermo”, lo que a ella “le duró muy poco”. Indica que estaban separados y que se “juntaron por el J.”, señala que la llegada de J. a la familia implicó un cambio, que hubo conflictos de “D. (40) con el D. (16) cuando nació el J.”. J. interrumpe: “cuando nací yo, nada pasó”.

M. relata que “J. nació con show, el 30 de diciembre, la mamá casi se muere (...) Danielito (16) me tenía preocupada, no quería que mi hijo sufriera (...) [J.] se los echa a todos al bolsillo (...)” J. interrumpe nuevamente: “les quité todo”.

M. menciona que aprendió a caminar desde chico, él señala que le carga que le “hagan trampa”, a propósito del juego.

29 de marzo de 2011 (sesión 3)

Asisten J. y M..

J. golpeó a M. el martes de la semana anterior. Ella indica que no es “de castigos” porque tiene dificultades para cumplirlos. Tras la situación de la semana pasada dejó de hablarle durante toda la tarde. Dicen haberlo conversado y que “no va a volver a pasar”. El domingo quiso golpear a la abuela. J. se molesta con el relato y golpea a M.. Señalo que no corresponde hacer esto en sesión.

Al preguntar porqué cree ella que ocurrió esto, M. dice que el martes un niño pellizcó a J. porque la profesora le pidió buscar a la inspectora. Ella dice que J. no le contó. Él señala que sí lo hizo. Agustín, el niño que lo pellizcó, golpeó dos veces a la profesora. M. comenta que D. (40) no dijo nada, J. agrega “dijo algo: que no lo volviera a hacer”. Comían comida china, señala M., J. agrega que era su premio por hacer todas las tareas. Me llama la atención, en este punto, que se trata de un diálogo en el que ambos se reconocen, ella da cuenta de algo y él modifica el relato con su información.

M. dice que viven de allegados en la casa de sus suegros hace 15 años añade “15 años y un día”. Dice que ella no quería tener otro hijo “(...) me salió este de chiripa”.

Aplico (sic) los test HTP, persona bajo la lluvia y el dibujo de la familia.

Llama particularmente la atención que se pone muy ansioso al dibujar al padre.

Ve entre los documentos que guardo el juego del “gato” de la semana anterior: “gané haciendo trampa”.

Jugamos (sic) Jenga, el objetivo es realizar una actividad cooperativa con reglas junto a J.. Comenta durante el juego que golpeó a M. porque “soy malulo”. Comenta “al papá le pegué, hice magia... hicimos magia”. Modifica las reglas del juego en reiteradas ocasiones.

5 de abril de 2011 (sesión 4)

J. es traído por M..

No quiere dibujar. Conversamos sobre su primera crisis epiléptica. Dice haber estado comiendo pollo y que, en ese momento, se desmayó. Establecemos una regla nueva jugando al gato: el que pierde cambia de color de lápiz y parte el que gana el turno anterior. Luego de modificar las reglas, hacemos una casa de palos de helado. Dice “el Kopodex me encantó” refiriendo al levetiracetam. Trabajamos en rellenar la casa que J. armó en el papel.

12 de abril de 2011 (sesión 5)

Asisten M., J. y D. (16).

Llama la atención que asista D. (16). Menciona que tuvo notas bajas en el colegio el año anterior, que por ello estuvo castigado una semana. D. menciona que él tiene una personalidad más fuerte que el resto de su familia. M. asiente. “el papá no expresa emociones”, dice D., indica que con el nacimiento de J. cambió mucho la familia.

D. (16) hace un año hizo cursos de primeros auxilios, los eligió porque lo consideró necesario ante la epilepsia de su hermano. Pido que relaten en conjunto este episodio. Mencionan que “llamaron al D. (16)” cuando ocurrió esto, que lo encontró el abuelo paterno en la cama. “D. (16) es muy nervioso, tiene la personalidad del papá. Su sistema nervioso está conectado con el cuerpo” Señala M.. La crisis epiléptica hizo que D. (16) viera “las dos caras del papá (...) No hay cosa más importante que los hijos”, puntúa con esto que D. (40) no estuvo presente.

D. (16) indica, sobre D. (40): “a mi me hincha y lo mando lejos, el J. es bueno para chocar con el resto... Tiene que pasar algo muy grave para que el papá se afecte, él no puede estar solo... todo gira en torno a J., el que habla más fuerte manda”. Pregunto si con esto se refiere a los conflictos de J. con el papá, D. (16) indica que “va mucho por el carácter del J., no sigue órdenes”. M. interrumpe y señala que “D. (40) hacía lo mismo con el Danielito (16), lo mismo que con el J.”. D. (16) dice “el papá siempre se salva de todo”.

19 de abril de 2011

No asisten, avisan.

26 de abril de 2011 (sesión 7)

Asisten J. y M..

J. llega con un brazo enyesado, menciona que faltó la semana anterior porque tenía miedo de que me riera del brazo. Pregunto qué ocurrió y M. comenta que la llamaron del colegio para avisarle que J. tenía el brazo quebrado. Añade, “siempre andamos corriendo”.

“D. (16) se enteró antes que el papá [del brazo quebrado]. El papá averiguó luego y los fue a buscar al hospital. J. sabe que el papá lo fue a buscar porque está preocupado por él.”

Pregunto cómo ha estado J., ella indica que “los últimos días ha estado medio fraudulento”, explica que se refiere a que ha tenido accidentes. Dice luego que “fueron al médico los tres”.

J. se pone muy inquieto, comienza a agitarse e interrumpe el relato de la madre reiteradamente. Le causa especial molestia y tironea a su madre. Ella señala que cuando algo no le gusta, reacciona de este modo, con “berrinches”.

Pregunto cuáles son los motivos para llorar en la casa, M. menciona que “Llora porque se siente solo cuando lee”. Se acaba la hora de la sesión. J. intenta quedarse. Se van.

3 de mayo de 2011

Tras el berrinche de J., no asisten, no avisan.

Es necesario reencuadrar telefónicamente.

10 de mayo de 2011

Suspenden por tope de horarios con Neurología.

17 mayo

Comentan que J. se aburre con mucha facilidad, se pone de pie en clases.

Hora de juego.

24 de mayo

J. quería entrar al baño con la mamá. M. comenta que tuvo un ataque de llanto.

Hora de juego. Finalizada la hora de trabajo con J., M. comenta que hay cosas que quisiera conversar en privado.

31 de mayo

Sesión individual con M.. Refiere a problemas legales del abuelo materno de J.. No son transcritos por petición de la Madre del paciente.

7 de junio

Sesión individual con M.. Refiere a problemas legales del abuelo materno de J.. No son transcritos por petición de la Madre del paciente.

14 de junio

Sesión conjunta con J. y M.. Aunque no son mencionados los problemas legales del abuelo, el problema de las dificultades en el establecimiento de normas por parte del padre es importante. Ella menciona que él tiene dificultades para “retar” a los niños porque llega muy tarde. Ante esto, es el hermano de J. quien intenta tomar este rol. Es puntuado esto en sesión y se fortalece el rol de M. como sostenedora de las reglas.

21 de junio

No asisten.

28 de junio

Avisan, no asisten.

5 de julio

Ahora J. anda en bicicleta solo, sin ruedas. Estuvo de vacaciones, subió las notas a un 5,7. Relata haber peleado con su abuelo “ por la tele”. Traen a sesión el test de conners del colegio. Señalan que le cuesta hacer las tareas, que inicia las actividades con dificultad y las termina en la casa. Mientras, J. se esconde dentro del cuello de su polerón.

Continuamos (sic) con el CAT-A. Menciona, sobre la lámina del tigre y los monos, que “hay un tigre que se los come a todos, se llama Pedro. Primero, se comió a un niño llamado Omar [nombre modificado del original]. Después, se comió a un universo, se iba comiendo de persona en persona el universo.

Había un extraterrestre que le dio asco, fueron amigos y fin. Era como de saliva (...) le sirvió para esconder los huesos de los humanos. Los perros tienen menos huesos y a los leones les gustan más.”

12 de julio

Sesión de devolución.

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES
(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.

POCO = 1 PUNTO.

BASTANTE = 2 PUNTOS.

MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres
(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.

POCO = 1 PUNTO.

BASTANTE = 2 PUNTOS.

MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA

(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos.

Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptorios	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene aspecto enfadado, huraño				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.				
14. Intranquilo, siempre en movimiento.				
15. Es impulsivo e irritable.				
16. Exige excesivas atenciones del profesor.				
17. Es mal aceptado en el grupo.				
18. Se deja dirigir por otros niños.				
19. No tiene sentido de las reglas del “juego limpio”.				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				

Descriptorios	Nada	Poco	Bastante	Mucho
21. No termina las tareas que empieza.				
22. Su conducta es inmadura para su edad.				
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR

(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos.

Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptorios	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarbado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal.				
12. Es miedoso.				
13. No puede estarse quieto.				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				

Descriptorios	Nada	Poco	Bastante	Mucho
20. Es discutiador.				
21. Es huraño, coge berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediante, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza				
26. Es susceptible, se "pica" fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un "matón".				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediante.				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				

41. Se queja de dolores de vientre.				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, “fardón”.				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación				